



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA

FACULDADE DE ITAITUBA – FAI

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARINILCE VALENTE MOTA

**O PAPEL DA ENFERMEIRA NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DE
ALTO RISCO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA**

Itaituba

2016

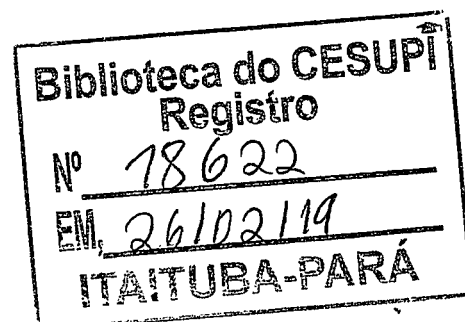
MARINILCE VALENTE MOTA



O PAPEL DA ENFERMEIRA NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Raquel Batista Silva, Esp.



Itaituba
2016

MARINILCE VALENTE MOTA

**O PAPEL DA ENFERMEIRA NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DE
ALTO RISCO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Raquel Batista Silva, Esp.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota _____

Prof.^a Aline

Orientadora: _____ Nota _____

Prof.^a Raquel Batista Silva, Especialista

Avaliador (a): _____ Nota _____

Prof.^o Raimysson

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba-PA, 10 de Outubro de 2016.

Dedico esta conquista primeiramente ao meu Deus todó Poderoso, que me deu muita saúde para ter vontade e coragem de estudar, ao meu pai Marinho, e os meus filhos, M^a Francinilce, M^a Francineide, Ocicleia Márcia, Ocicley Márcio, Neila Duarte, Jackson Mota, Elen Duan e meu companheiro Ednelson, minha nora Marly, meu genro Marcos e todôs os meus netos que sempre estiveram ao meu lado me incentivando para que eu não desistisse de mais uma conquista na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus todo Poderoso, que me deu muita saúde para ter vontade e coragem de estudar. Aos meus filhos e filhas que de forma carinhosa tem me dado apoio nos momentos mais difíceis, ao meu companheiro que sempre procura me ajudar, nos momentos quando não dava para eu fazer os trabalhos domésticos era ele quem o fazia.

Agradeço muito minhas irmãs, Marlene, Marlize, Margarice, e meus irmãos Odenil, Oci e Odil que de forma especial me incentivaram para que eu não desistisse de estudar, e desse sonho que era de ser graduada em Enfermagem.

Agradeço muito a todos os meus professores que me ajudaram nos meus erros e sempre me deram mais uma chance de refazer o que estava errado, em especial minha orientadora Raquel Batista, pelo apoio, que dedicou seu tempo com muita paciência e carinho para orientar-me neste trabalho e também a professora Aline que me orientou e corrigiu bastante os meus trabalhos como o projeto e o TCC I e II. Agradeço à Faculdade de Itaituba, ao diretor professor Abel Huyapuam de Sá Almeida pela oportunidade de trazer este curso de Enfermagem para Itaituba, o qual eu tinha muita vontade de fazer, mas não tinha condições de me deslocar para fazer em Santarém ou em outro lugar.

E não deixo de agradecer de maneira grandiosa, meu pai Marinho, e minha mãe Inácia que já está no céu e tenho certeza que ela me amou de verdade, estes sempre estiveram ao meu lado na minha infância. Neste mundo o palco da vida é o que meus pais e professores me ensinaram, e todos estes ensinamentos serviram de fato, para que eu vire “Estrela Principal” e eles são os primeiros a me aplaudir.

Enfim, agradeço todos os amigos e familiares que de forma direta e indiretamente deram boa contribuição para que eu alvejasse nessa maravilhosa conquista, e se Deus quiser serei como um passarinho voarei cada vez mais alto e longe com mais uma, pós-graduação, porque a idade não impede você realizar seu sonho só proporciona mais maturidade de seguir um novo horizonte.

Estar grávida é um dos momentos mais sublime e muito importante na vida de uma mulher, mas isso requer cuidados com o corpo e o bem-estar da mãe. A beleza de cada mulher vem de sua confiança e auto-estima e tudo isso é transformador. E a Enfermeira vai sempre estar do seu lado, nos momentos difíceis com uma fé divina lhe orientando, e que tudo vai dar certo.

(Viviane Duarte)

RESUMO

A gravidez na adolescência tem causado serias implicações por ser um período de transformações que acaba atingindo a adolescente e sua vida social como um todo, e se apresenta como um fenômeno que vem sendo discutida a cada ano no Brasil. A gravidez na adolescência é considerado motivo de preocupação pelas Organizações de Saúde Nacionais e Internacionais, onde a adolescente gestante não recebendo os devidos direcionamentos no período pré-natal pode vir sofrer uma série de problemas, tendo como principais o parto pré-maturo, má formação do feto, até um possível aborto. Por ser motivo de preocupação, o objetivo irá buscar compreender o significado da gravidez na adolescência e os fatores nela envolvidos, como também conhecer o papel da Enfermeira na assistência pré-natal de alto risco da gestante adolescente, e investigar os motivos que levaram a adolescente a engravidar precocemente e as principais conseqüências na sua vida. O método utilizado para a realização deste trabalho baseou-se em uma revisão bibliográfica qualitativa de caráter descritivo que analisou as publicações acerca do tema "O papel da enfermeira no atendimento Pré - natal de Alto Risco da gestação na adolescência", no que se refere ao acompanhamento de gestantes adolescentes. Para a pesquisa foram utilizados temas-chaves que envolvem o assunto, tais como: A assistência pré-natal no Brasil; a gravidez precoce; o papel da enfermeira no acompanhamento de adolescentes grávidas, pré-natal. Esse cenário mostra um alto índice de gravidez na adolescência, que acabam tendo como conseqüências sua educação interrompida, onde não estão preparadas psicologicamente para tornar-se mães, o que pode prejudicar bastante o desenvolvimento do bebê. A assistência pré-natal é um fator importante na redução da gravidez na adolescência, no sentido de se evitar problemas específicos do parto ou mesmo cuidados imediatos ao recém-nascido, além daqueles do período puerperal.

Palavras - chave: Pré-Natal. Adolescente. Enfermeira. Gravidez na adolescência.

ABSTRACT

Teenage pregnancy has caused serious implications to be a period of transformation that ends up reaching adolescents and their social life as a whole, and presents itself as a phenomenon that has been discussed every year in Brazil. Teenage pregnancy is considered cause for concern by Health Organizations National and International, where the pregnant adolescent not receiving proper directions in the prenatal period may come to suffer a number of problems, the main pre-mature birth, malformation fetus, until a possible abortion. To be of concern, this study will seek to understand the meaning of teenage pregnancy and the factors involved in it, but also know the role of the nurse in the prenatal care of high-risk pregnant adolescent, and investigate the reasons teen to get pregnant early and the main consequences in your life. The method used for this work was based on a qualitative literature review of descriptive character that analyzed the publications on the topic "The role of the nurse in the Pre care - Christmas High pregnancy of risk in adolescence," with regard to monitoring of pregnant adolescents. For the research were used key themes surrounding the subject, such as: Prenatal care in Brazil; early pregnancy; the role of the nurse in the monitoring of pregnant adolescents, prenatal care. This scenario shows a high pregnancy rate in adolescence, they end up having consequences as his interrupted education, which are not prepared psychologically to become mothers, which can greatly harm the developing baby. Prenatal care is an important factor in reducing teenage pregnancy, in order to avoid specific problems of delivery or immediate care to the newborn, in addition to those of the puerperal period.

Key - words: Prenatal. Teenager. Nurse. Teenage pregnancy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Movimentos de manobra de palpação gestacional em sentido longitudinal I	24
Figura 2 - Movimentos de manobra de palpação gestacional em sentido longitudinal II	24
Figura 3 - Movimentos de manobra de palpação gestacional em sentido longitudinal e transversa	24
Figura 4 - Posições normais e anormais fetais	24
Figura 5 - Tempos do mecanismo de parto	48
Figura 6 - Técnicas de incisão de cesariana I	51
Figura 7 - Técnicas de Cesariana II	51

LISTA DEQUADROS

Quadro 1 - Alterações fisiológicas da gestação.....	21
Quadro 2 - Correlação entre o tamanho uterino e a IG.....	23
Quadro 3 - Vacinação na gestação.....	27
Quadro 4 - Causa de CIR	39
Quadro 5 - Índice de gravidez na adolescência.....	61
Quadro 6 - Indicadores de risco gestacional.....	66
Quadro 7 - Fisiopatologia e fatores de risco	67
Quadro 8 - Fatores supostamente associados ao CIUR.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de fecundidade entre adolescentes	62
Gráfico 2 - Escolaridade de adolescentes grávidas	63
Gráfico 3 - Dados estatísticos das adolescentes alfabetizadas.	63

LISTA DE ABREVIATURA

Altura uterina (AU)
Atenção Primária à Saúde (APS)
Batimentos Cardíacos Fetais (BCFs)
Baixo Peso ao Nascer (BPN)
Batimentos por Minuto (BPM)
Beta- Gonadotrofina Coriônica Humana (B-HCG)
Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)
Crescimento Intra-Uterino Restrito (CIUR)
Dispositivo Intra-Uterino (DIU)
Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)
Estados Unidos da America (EUA)
Idade Gestacional (IG)
Índice de Massa Corporal (IMC)
Ministério da Saúde (MS)
Parto Pré-Termo (PPT)
Pré-Natal (PN)
Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)
Recém-Nascidos de Baixo Peso (RNBP)
Ruptura Prematura de Membranas (RPM)
Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS)
Sistema de acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL)
Sistema único de saúde(SUS)
Tratamento Fora de Domicílio (TFD)
Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)
Vírus da Hepatite C (HCV)
Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 ABORDAGEM GERAL: HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DO PRÉ-NATAL.....	16
2.2 DA CONCEPÇÃO AO PARTO, PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO PRÉ-NATAL.....	20
2.3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CAUSAS E EFEITOS	29
2.3.1 Atividade sexual precoce	31
2.3.2 Riscos da gestação na adolescência	34
2.4 O PAPEL DA ENFERMEIRA NO PRÉ-NATAL DE ALTO-RISCO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	40
2.4.1 A Enfermeira no Atendimento do Pré-Natal de Alto-Risco: Apoio Emocional e Psicológico.....	45
2.5 PRINCÍPIOS OBSTÉTRICOS NO ACOMPANHAMENTO PERINATAL.	47
2.6 ACOMPANHAMENTO DA CADERNETA, LEIS E DIREITOS DA GESTANTE..	52
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	56
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
5 CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS	73

1 INTRODUÇÃO

A monografia em questão trata sobre o Papel da Enfermeira no Atendimento Pré-natal de Alto Risco da Gestação na Adolescência, uma vez que este é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, e considerado motivo de preocupação pelas Organizações de saúde nacionais e internacionais (BRASIL, 2005).

A gravidez na adolescência tem causado serias implicações por ser um período de transformações que acaba atingido à adolescente e seus projetos sociais como um todo, e se apresenta como um fenômeno que vem sendo discutido a cada ano no Brasil (BRASIL, 2005). Por ser motivo de preocupação, este estudo buscou compreender o significado da gravidez na adolescência e os fatores nela envolvidos, tendo como objetivo analisar as mudanças ocorridas no cotidiano familiar e social de adolescentes grávidas, bem como descrever a reação da família e do parceiro na descoberta da gravidez, investigando os motivos que levaram a adolescente a engravidar precocemente e as principais consequências na sua vida.

O profissional de enfermagem tem o papel de acompanhar todas as mulheres grávidas, principalmente adolescentes para dar início ao pré-natal, com maior atenção para este grupo que se caracteriza de risco devido os problemas que podem surgir durante a gestação. A fim de minimizar os riscos de uma gravidez precoce e problemas relacionados ao período Peri natal e pós-parto, é que são necessárias orientações acerca desta temática, principalmente para que os profissionais da área obtenham ainda mais suporte teórico no atendimento a essas gestantes adolescentes (BRASIL, 2010).

Por isso, fez-se necessário entender quais os riscos que a adolescente sofre no período gestacional, quais os cuidados necessários que a mesma deve ter nesse momento e como o profissional de enfermagem pode contribuir para minimizar os efeitos que essa gestante sofre ao longo do processo.

Assim justifica-se que o papel da enfermeira na assistência a esse público se faz de primordial importância, haja vista que poderá contribuir de diversas maneiras com essas jovens auxiliando e orientando-as no decorrer da gravidez no intuito de proporcionar saúde e bem estar da mãe e do bebê. Além do que a enfermeira acaba atuando até mesmo como uma psicóloga (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Geralmente a maioria das gestações ocorre sem maiores intercorrências, são as que se denominam gestações de baixo risco, no entanto há aquelas que necessitam de maior atenção por parte da gestante e da equipe de enfermagem, pois são as que podem apresentar problemas no percurso gestacional, são as que se conhece por gestação de alto-risco (PEREIRA; BACHION, 2005).

De acordo com Peixoto (1981), em sentido geral, determinadas gestações potencialmente são chamadas de “gestações de alto risco”, principalmente nas adolescentes, pois envolvem maiores riscos fetais e que como tal, solicitam maior atenção durante gestação e parto. O primeiro passo para se identificar a gestação como sendo baixo ou alto risco, é entender o momento aproximado da concepção do feto, sendo que a partir desta análise começa o início do período de acompanhamento a essa gestante, é o que denominamos: pré-natal.

As adaptações fisiológicas maternas são atribuídas aos hormônios da gravidez e a expressão mecânica decorrente do útero em crescimento e de outros tecidos. Essas adaptações protegem o funcionamento fisiológico normal da mulher, satisfazem as demandas metabólicas impostas pela gravidez ao seu corpo e fornecem um ambiente propício para o desenvolvimento e crescimento do feto. Embora a gravidez seja um fenômeno normal podem ocorrer problemas (LOWDERMILK *et al.*, 2012).

Assim sendo, nos dias atuais o trabalho de auxílio obstétrico ao aplicar as metodologias clínicas, e metodologias complementares (exames laboratoriais e de ultra-sonografias), por meio do primeiro contato com a gestante trará informações essenciais para observações a serem repassadas a paciente. Neste momento o trabalho desenvolvido pela enfermeira consiste de interrogatório e orientação nos quais a mesma procurará obter dados relacionados à idade, estado civil, profissão, ocupação, hábitos, nacionalidade, naturalidade, antecedentes familiares e pessoais, dados da gestação atual se primigesta ou não (NEME, 2005).

A metodologia desenvolvida neste estudo trata-se de pesquisa qualitativa por meio de trabalhos bibliográficos com revisão de literatura, a fim de proporcionar aos leitores ampla visão sobre a compreensão da atuação do profissional de saúde Enfermeira no atendimento a gestantes adolescentes. A priori foram levantadas várias informações acerca da temática utilizando bibliografias publicadas a partir do ano de 2004, artigos científicos, livros publicados entre 2005 a 2015 e por meio de pesquisas na internet. Após analisar todas as possibilidades deste estudo conclui-se

que os Governos Federal, Estadual, Municipal juntamente com instituições sociais, deveriam cuidar com mais coerência dos nossos adolescentes incentivando sobre um método que não o faça com que esses jovens não engravidem precocemente, como por exemplo, fazendo, mas palestras quinzenais tanto para os adolescentes, familiares pais, tios, tias, e entre outros que convivem no meio familiar, para que todos fiquem cientes que quem vive em uma sociedade temos que cuidar dos outros, pois viram uma família, e quem ama cuida.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ABORDAGEM GERAL: HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DO PRÉ-NATAL

No Brasil a ocorrência de assistência pré-natal vem sendo considerada um importante instrumento da saúde pública desde 1970, momento no qual se constatou um aumento considerável no número de gravidez principalmente em mulheres menores de vinte anos. Este aumento vem sendo registrado com base no número de consultas pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, uma vez que estatisticamente em 1995 as consultas por parto constavam 1,2% enquanto que em 2003 constatou-se 5,1% de consultas, evidenciado um aumento de assistência pré-natal nesse período. Conforme relatado, estima-se que no Brasil, a cada ano tem se um milhão de nascido vivo, e as mães com idade entre 10 e 19 anos, número que corresponde 20% de total de nascidos vivos em nosso país. Embora as taxas de fecundidade desde as décadas 1970 tenham diminuído a proporção de nascido vivo, filho de mães menores de 20 anos não parou de crescer. Em 1976, era de 11,7%, 1980, 15,3%, em 1988 16%, em 1990 17% em 1994 17,6% (PONTE JÚNIOR; XIMENES NETO, 2004).

De acordo com os dados apresentados por Ponte Junior; Ximenes Neto (2004) pode-se perceber a evolução nas taxas de nascimentos vivos e conseqüentemente de assistência dos partos pela rede do sistema único de saúde, que acompanha os casos por meio do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN). Programa este que visa à ampliação na cobertura do pré-natal e análise dos dados disponíveis com compromisso na qualidade de atenção a gestante.

Com o objetivo de acolher a mulher desde o início da gravidez até o fim da gestação garantindo o nascimento de uma criança saudável bem como o bem estar materno e neonatal, foi que o SUS criou o sistema de informação-SISPRENATAL. Este tem obtido grandes avanços na descoberta de várias incidências que prejudicam a gestante durante o período da gravidez até o pós-parto, o que tem proporcionado grandes avanços na área de assistência pré-natal (BRASIL, 2010).

A assistência pré-natal deve ser iniciada assim que a possibilidade de gravidez for considerada, como por exemplo, atraso menstrual, ou algum sintoma que seja considerado gravidez. Diante da confirmação, é importante que se comece

logo o acompanhamento do pré-natal, pois quanto antes for iniciado, melhores serão os resultados alcançados (PEIXOTO, 1981).

Conforme Brasil, (2005), o pré-natal precisa ser iniciado logo nas primeiras semanas de gravidez, onde será realizada na primeira consulta a ficha de anamnese, o qual o enfermeiro vai ter um longo período de conversa com a gestante em busca de saber aspectos epidemiológicos, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos, após o enfermeiro adquirir todas essas informações, ambos vão conversar sobre a gravidez atual.

A assistência pré-natal compreende todas as medidas que o obstetra introduz ou recomenda (diagnósticas, preventivas e curativas) durante a gestação (dietéticas e outras), visando à estruturação hígida do conceito e à manutenção e/ou à melhora das condições de saúde psíquica e física da grávida (NEME, 2005).

De acordo com Neme (2005), o caráter preventivo da assistência pré-natal é de fundamental importância no período gestacional, onde em sua primeira visita médica a gestante será submetida a vários exames que podem detectar patologias subclínicas que talvez ainda não tenha sido descoberta para ser diagnosticada, já que o tratamento adequado previne possíveis agravamentos no decorrer da gestação.

Para Peixoto (1981), o pré-natal é um direito de todas as gestantes, independente de quaisquer condições, sendo assim toda gestante, sejam elas adolescentes ou não, tem o direito de se inscreverem para terem um bom acompanhamento na sua gravidez, e garantir o bem estar seu e do bebê. Dessa forma, a assistência é atribuição obrigatória a toda gestante, independente de condições raciais, econômicas, religiosas ou sociais, porém, dentro de certo critério, há entidades que permitem "a priori".

Neme (2005), em sua publicação "ante-natal and Postnatal", apresenta uma síntese evolutiva da assistência pré-natal, que se resume em três fases:

A primeira inicia-se com aconselhamentos mencionados em livros hindus, onde é recomendado que as gestantes mantenham-se alegres, e evitem a cólera, o medo e obedecem regras dietéticas especiais. Ainda nessa fase há uma preocupação com as gestantes que se sentem abandonadas, nesses casos há um tratamento especial, onde então foi criado um meio de acolher essas mulheres gestantes, ou seja, um centro especializado chamado serviço de proteção a gestante, hospitais de pré-maternidade valorizando a mãe e ao binômio materno

fetal(1901). Já na segunda fase, os Estados Unidos introduziu, na assistência as gestantes, o direito as visitas domiciliares, e também às internações para que todas as mulheres fossem tratadas com humanização e respeito. A terceira e atual fase na qual se valorizou em particular o conceito, surgiu o que se chama de Perinatologia, que se trata dos cuidados relacionados à gravidez de alto risco, que se estende até mesmo após o nascimento do bebê.

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Neme (2005), ressalta que a assistência pré-natal é para atender os interesses maternos e fetais, dando todo apoio para as gestantes adolescentes, que estão precisando de acolhimento e orientações, para:

1. Identificar associações mórbidas e promover o seu devido tratamento.

(Dentição, sífilis, câncer genital, anemias, cardiopatias, neuropatias, diabetes, obesidade, desnutrição, endocrinopatias etc.).

2. Garantir o estado geral da gestante e até melhorá-lo.

3. Prevenir a ocorrência de entidades específicas à gestação (doença hipertensiva gestacional).

4. Propiciar adaptação perfeita do organismo materno às solicitações do ciclo gravídico-puerperal.

5. Orientar hábito de vida adequado à gestação em relação à higiene alimentar e corporal e as terapêuticas iatrogênicas.

6. Prover assistência psicológica, contribuindo para a solução de problemas e conflitos.

7. Favorecer o preparo psicológico para o parto, salientando as vantagens do parto natural.

8. Instruir a gestante no que se referem os princípios fundamentais da puericultura neonatal.

Em relação ao conceito, os seguintes objetivos são fundamentais:

1. Prevenção de malformações.

2. Garantir a perfeita estrutura do organismo fetal, identificando a restrição do crescimento do conceito.

3. Prevenção do abortamento, parto prematuro e do óbito Peri natal.

4. Prevenção da sífilis e outras infecções e infestações.

5. Diagnosticar e dar assistência aos casos de incompatibilidade sanguínea feto-materno.

6. Prover terapêutica intra-útero de patologia fetal (obstrução uretral, hidrocefalia etc.).

7. Avaliar as condições de maturidade e vitalidade fetais, quando indicado o parto prematuro.

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais à qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização (BRASIL, 2005).

Dessa forma, é importante entender que o acompanhamento pré-natal, e puerperal de qualidade, é de fundamental importância para a saúde e bem estar da mãe e do bebê, onde o enfermeiro consegue passar todo apoio e orientação necessária que a gestante precisa, de forma humanizada, sem discriminação a nem uma classe social. É muito importante que todas as mulheres assim que percebam alguma mudança no período menstrual, como por exemplo, atraso menstrual, é preciso que façam uma consulta médica o qual vai pedir exames periódicos, para verificar se trata realmente de uma gravidez, e então iniciar os primeiros procedimentos do pré-natal.

No entanto, segundo Pereira; Bachion (2005), nem todas as mulheres que atrasam a menstruação estão grávidas, às vezes são outros problemas, por isso é de grande importância que se realizem as consultas, e façam exames para ter a certeza da gravidez, por isso, a gestante tem que seguir toda a rotina do pré-natal seja ela simples ou de grande complexidade, mais suas expectativas nem sempre são das melhores, por isso é fundamental ter uma assistência efetiva das seguintes condições:

1. Iniciar a assistência no primeiro trimestre da gestação, a fim de permitir, precocemente, ações preventivas, educativas e terapêuticas.

2. Controle periódico, contínuo e extensivo à população alvo. Coleta e análise dos dados obtidos em cada consulta. Facilitar o fluxo de informações com os serviços de saúde no sistema de referência e contra-referência. Para tanto se exigem: ficha pré-natal, cartão da gestante e mapa de registro diário das ocorrências.

3. Pessoal treinado e capacitado (médicos e enfermagem).

4. Área física ampla e adequada.

5. Instrumental e equipamentos mínimos (pelvímetro, fita métrica, estetoscópio de Pinard, sonar-Doppler, balança com dispositivo para determinar altura, tensiômetros arteriais, ultrassom e cardiotocógrafos).

6. Apoio laboratorial mínimo (tipagem sanguínea e fator Rh, sorologia para sífilis, exames de urina – tipo I e cultura, hemograma, parasitológico de fezes e secreção vaginal, colpocitologia oncótica).

7. Avaliações periódicas das ações da assistência prodigalizada, a fim de se considerar mudanças estratégicas e funcionais. Para tanto, considerar os resultados obtidos em relação à morbiletalidade materna e Peri natal da população assistida.

8. Reserva de medicamentos básicos (vitaminas saís de ferro, laxantes, analgésicos, antibióticos, cremes vaginais etc.).

Atualmente a consulta de enfermagem na rede básica é realizada de acordo com o roteiro estabelecido pelo Ministério da Saúde, garantida pela Lei do Exercício Profissional e pelo Decreto 94.406/87, e assegura que a enfermeira (o) pode acompanhar integralmente o pré-natal de risco habitual (SHIMIZU; LIMA, 2009).

2.2 DA CONCEPÇÃO AO PARTO, PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO PRÉ-NATAL.

De acordo com Pereira; Bachion (2005), o pré-natal é um meio de apoio para mulheres que querem engravidar e as que já estão grávidas, procurarem à unidade de saúde e se informarem sobre a assistência pré e pós-parto, pois é muito importante para todas, pois traz todas as informações cabíveis sobre a gravidez como, conseqüências, complicações e anormalidades que pode ocorrer no período gravídico, parto e pós-parto. Todas elas devem passar por toda a rotina implantada e norma como manda o ministério da saúde, fazer todos os exames que são pedidos na primeira consulta, responder as perguntas, que seja de praxe é de inteira importância para uma boa inscrição de pré-natal, evitando assim, o risco de complicações pré e pós-parto através de consultas periódicas e contínuas com o médico e enfermeiro, nas quais tem o intuito de prevenir intercorrências obstétricas potencialmente evitáveis.

As consultas com a enfermagem obstétrica são extremamente benéficas e podem se intercalarentre as consultas médicas. Neste momento, as pacientes recebem muitas, orientações no qual são abordados diversos assuntos, dentre eles

higiene, nutrição, cuidados com o recém-nascido, amamentação, aplicação de vacinação antitetânica, além de motivação para que a mesma participe de cursos preparatórios para o parto, isso ocorre desde a primeira consulta e a gestante deve receber uma carteira pré-natal que servirá para todas as anotações de forma clara e objetiva, bem como as devidas intercorrências e urgências que surgirem.

No momento da consulta a enfermeira deve incluir nas orientações conteúdos sobre a fisiologia da lactação, de técnicas corretas de amamentação e outras alterações. Essas ocorrem na maioria das gestações e podem gerar sintomas desconfortáveis para a gestante, que é fator nas freqüentes idas às consultas de pré-natal.

Além das mudanças emocionais, o organismo materno sofre uma série de adaptações fisiológicas, atribuídas aos hormônios da gravidez e à pressão mecânica decorrente do aumento do útero e de outros tecidos. Essas modificações podem ser locais, principalmente no útero e nas mamas, ou gerais, no sistema cardiovascular, renal, respiratório, entre outros, assim como a postura e a deambulação (MONTENEGRO; REZENDE, 2013).

Freitas *et al* (2011), descreve as principais alterações fisiológicas da gestação, que vão desde ganhos de peso à vigilância da pressão arterial, a medida da altura uterina, e ausculta dos batimentos cardíofetais, apresentando onde ocorre a alteração, quais são as alterações, fisiopatologias e o manejo das mesmas, apresentadas no quadro que segue:

Quadro1 - Alterações fisiológicas da gestação

		Fisiopatologia	Manejo
Pele e anexos	Estrias	Ruptura de fibras elásticas da pele.	Não há tratamento específico.
	Linha nigra	Hiperpigmentação cutânea na linha média do abdome	Não há tratamento específico. Costuma desaparecer após o parto.
Sistema musculoesquelético	Dores lombares	Mudança no eixo gravitacional do corpo, relaxamento ligamentar e fadiga muscular.	Melhora sintomática com medidas gerais. (repouso relativo, alongamento, calor local, analgésicos, postura adequada). Evitar o uso salto alto.
	Dores hipogástricas	Pressão do útero sobre a musculatura abdominal pélve e bexiga, associada ao relaxamento ligamentar.	Melhora sintomática com repouso. É importante diferenciar de contrações uterinas.

	Cãibras	Causa desconhecida. Ocorre em 30% das gestações, mais à noite. Associada à presença de varizes.	Repouso, aumento da ingestão hídrica e de cálcio.
Sistema digestivo	Náuseas e vômitos.	Matinais, não persistem além do 2º trimestre. Relacionados a fatores hormonais (HCG) e psicogênicos.	Tranquilização, eventualmente medicação antiemética.
	Sialorreia	Pode acompanhar náuseas no 1º trimestre.	Não há tratamento específico.
	Pirose	Compressão gástrica pelo útero, com aumento do refluxo gastroesofágico.	Fracionamento das refeições, uso de cabeceira elevada. Evitar a posição supina após as refeições e a ingestão de alimentos agravantes.
	Constipação	Redução da motilidade intestinal, pela ação hormonal e pela compressão exercida pelo útero sobre as porções terminais do intestino.	Aumento da ingestão hídrica e de fibras alimentares.
Sistema circulatório	Síncope e tonturas	Hipotensão ou hipoglicemia.	Repouso, alimentação adequada.
	Varizes e edema em membros inferiores.	Compressão venosa pelo útero gravídico, dificultando o retorno venoso.	Elevação de membros inferiores e uso de meias elásticas.
T	Hemorróidas	Compressão do útero sobre o plexo hemorroidário, mais sintomático na presença de constipação	Normalização do hábito intestinal com fibras e hidratação adequada. Uso de banhos de assento e anestésicos locais. Regridem após o parto.
Sistema geniturinário	Polaciúria	Compressão do útero sobre a bexiga, com redução da capacidade vesical.	Afastar infecção urinária
	Leucorreia	Aumento das secreções vaginais por ação hormonal. Secreção esbranquiçada, sem irritação da mucosa vulvar e vaginal.	Afastar vaginite

Fonte: Freitas *et al*, (2011).

Ao observar as alterações fisiológicas da gestação entende-se que é essencial o acompanhamento profissional com o intuito de controlar tais intercorrências, muitas das quais são relacionadas ao ganho de peso durante o período gestacional. Deve-se levar em consideração o peso estimado da gestante antes de engravidar e considerar dentro da normalidade um ganho semanal de 400 gramas a partir do segundo trimestre, recomenda-se a suplementação de ácidos

fólicos, pelo menos trinta dias antes da concepção até a décima segunda semana, e de sulfato ferroso da vigésima semana até trinta dias após o parto.

Outro procedimento que deve ser adotado é a medida da pressão arterial, que será realizado a cada consulta pré-natal, a fim de prevenir e detectar o diagnóstico precoce de pré-eclâmpsia e outros distúrbios hipertensivos, haja vista que se considera hipertensão quando os níveis forem iguais ou superiores a 120/80mmhg.

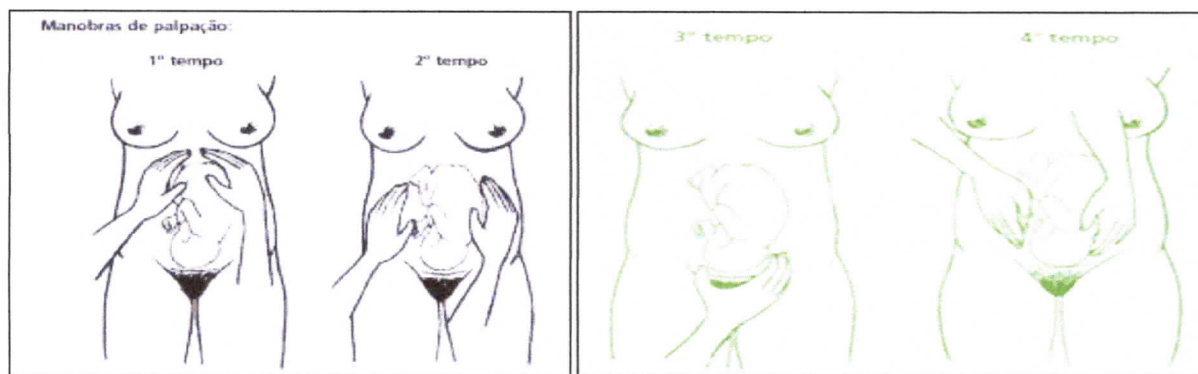
Uma das principais medidas a ser adotada é o acompanhamento do crescimento fetal, ou medida da altura uterina (AU), este procedimento permite o examinador monitorar o desenvolvimento normal fetal conforme a idade gestacional e detectar possíveis desvios de crescimento, a mesma é feita colocando-se um extremo da fita métrica sobre a borda superior púbica e outro no fundo uterino, nesse sentido a cada duas semanas é essencial este acompanhamento que pode evitar que o feto cresça a baixo do peso, conforme apresenta-se no quadro a seguir.

Quadro 2 - Correlação entre o tamanho uterino e a IG.

Semanas	Tamanho uterino
Até a 6ª semana de gestação	Não ocorre alteração do tamanho uterino.
Na 8ª semana	O útero corresponde ao dobro do tamanho normal.
Na 10ª semana	Corresponde a três vezes o tamanho habitual.
Na 12ª semana	Ocupa toda a pelve, sendo palpável na sínfise púbica.
Na 16ª semana	Encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical.
Na 20ª semana	Situa-se na cicatriz umbilical.
A partir da 20ª semana	Existe uma relação aproximada entre as semanas de gestação e a medida da altura uterina, e quanto mais próxima ao termino da gestação, menos fiel é a correspondência.

Fonte: Freitas *et al*, (2011).

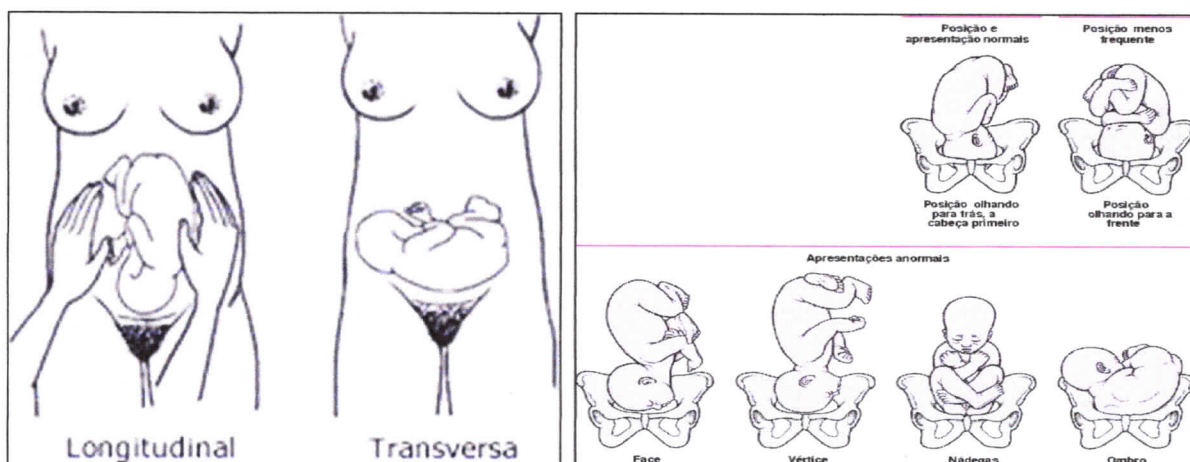
Com o intuito de diagnosticar desvios de normalidade a partir da altura uterina e a idade gestacional, verificar o crescimento fetal um dos principais procedimentos realizados é a palpação obstétrica juntamente com a medida da altura uterina. Nesse procedimento a profissional busca identificar os pólos cefálicos e pélvicos e o dorso fetal. Estes podem ser facilmente identificados a partir do terceiro trimestre (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A seguir observa-se como o profissional de enfermagem deve realizar as manobras de palpação:



Figuras 1 ; 2 - Movimentos de manobra de palpação gestacional em sentido longitudinal I e II.

Fonte: Manual Técnico, Brasil, (2006).

Em ambas as situações o feto encontra-se em situação longitudinal que é a mais comum nas gestações, nesse momento o profissional em enfermagem deve analisar as situações de contorno do bebê, dorso que o mesmo se encontra e até a quantidade de líquido amniótico.



Figuras 2;3,4 - Movimentos de manobra de palpação gestacional em sentido longitudinal, transversa e Posições normais e anormais fetais Fonte: Manual Técnico Brasil, (2006)

Observa-se na segunda imagem da figura 03 que o feto encontra-se em situação transversa, essa posição reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional. As apresentações mais frequentes são a cefálica e a pélvica.

De acordo com as posições apresentadas na figura 04, verifica-se que a posição e apresentação normal constam na primeira imagem no qual o feto encontra-se de cabeça para baixo encaixado na pelve, com a face voltada para trás podendo ser tanto do lado direito como esquerdo e o pescoço dobrado para frente com o queixo encolhido e os braços cruzados sobre o peito, em seguida observa-se na segunda imagem o feto em posição menos frequente de cabeça para baixo

também encaixado na pelve, mas virado para frente. Nessas duas situações ainda é considerado normal a posição do feto, no qual o nascimento ocorre sem complicações a mãe e ao bebê (FREITAS et al, 2011).

Na posição de face o feto encontra-se olhando para frente, com o pescoço esticado e arqueado para trás, o que dificulta o parto vaginal uma vez que o que primeiro aparece na expulsão é o queixo dificultando a passagem do feto. Já na posição vértice, o pescoço encontra-se levemente arqueado mostrando primeiro a fronte do feto, o que também impossibilita a passagem do mesmo pelo canal vaginal. Nestas posições, a cabeça necessita de mais espaço para atravessar o canal de parto, pelo que o parto pode prolongar-se e a expulsão torna-se difícil, sendo então necessária a intervenção por meio de cesariana (BRASIL, 2006).

Quando o feto apresenta-se de nádegas também denominada podálica, observa-se que o mesmo pode sofrer lesões, incluindo a morte, quer seja antes, durante ou depois do parto, pois como as nádegas são bem mais estreitas que a cabeça o espaço do canal vaginal não permite que a cabeça passe, e se forçado a cabeça da criança pode ficar presa dentro da mãe, motivo este que muitas vezes são causas de problemas neurológicos, causando lesões cerebrais, haja vista que o oxigênio passado pelo cordão umbilical pode deixar de passar para o bebê. Tais complicações só podem ser evitadas se o problema for detectado antes do nascimento. Em certos casos, pode-se virar o feto até o pôr numa posição cefálica, pressionando o abdômen da mãe antes de o parto começar, normalmente na 37.^a ou 38.^a semana de gravidez, contudo na maioria dos casos muitos médicos recomendam uma cesariana. Na última posição verifica-se o feto atravessado horizontalmente no canal de nascimento, o mesmo apresenta-se de ombros, com as costas viradas para a pelve, o praticamente fechando o canal de parto. Nestes casos, normalmente, faz-se uma cesariana, pois tal posição torna o parto vaginal praticamente impossível (BRASIL, 2006).

Além do conhecimento relacionado à assistência ao parto, o profissional deve conhecer as alterações que regem na medida em que as semanas vão se passando. Para cumprir essas inúmeras funções, embora assessorado, por vezes, outros especialistas devem examinar esta gestante, para avaliar o crescimento, a vitalidade e a maturidade do concepto (NEME, 2005). Segundo o autor é necessário que haja uma conduta assistencial do obstetra, que deverá ser permanente e adaptarem-se as eventuais ocorrências evolutivas que se apresentarem durante a parturição,

devido à complexidade e as inusitadas situações que muitas das vezes ocorrem durante a evolução da gestação.

Um dos mais importantes procedimentos realizados pelos profissionais de enfermagem é a ausculta dos batimentos cardíofetais que determina a frequência cardíaca do feto, este tem como recurso avaliar as condições do embrião na gravidez e no parto. Para identificar os batimentos cardíofetais(BCFs), é necessário ser realizada ultrassonografia a partir da quinta ou sexta semana de gestação, com o sonar Doppler a partir da décima ou décima primeira e com estetoscópio de Pinard a partir da vigésima semana, esse procedimento possibilita a mãe ouvir os batimentos cardíacos do bebê, trazendo uma sensação de tranquilidade, ao mesmo tempo em que não ouvi-los pode gerar ansiedade intensa (BRASIL, 2006).

Durante o pré-natal a enfermeira tem que saber diferenciar o que é normal e anormal, durante uma ausculta dos batimentos cardíacos (BCF), o objetivo é constatar a cada consulta a presença, do ritmo, e a frequência, se esta dentro da normalidade porque se não estiver, o profissional deverá encaminhar a gestante de risco para o serviço de especialização (BRASIL, 2010).

A frequência dos batimentos deve ser observada durante um minuto e neste tempo situar-se entre 110 a 160BPM, as variações para mais ou para menos podem indicar respectivamente à bradicardia e a taquicardia fetal, e representam motivo para uma avaliação mais detalhada. Ao longo da 16ª semana o melhor local de realizar a ausculta situa-se próximo ao púbis, local onde o bebê se encontra com crescimento uterino (BRASIL, 2006).

De acordo com o Brasil (2010), cabe a enfermeira observar se existe movimentação fetal, contração uterina, estímulo mecânico sobre o útero aumento transitório na frequência cardíaca para um prévio diagnóstico de complicações. Nesse momento alguns procedimentos devem ser seguidos:

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
- Identificar o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto;
- Segurar o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal. Quando disponível, utilizar o sonar Doppler;
- Encostar o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio;

- Fazer, com a cabeça, leve pressão sobre o estetoscópio e só então retirar a mão que segura o tubo;
- Procurar o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal;
- Controlar o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as freqüências são diferentes;
- Contar os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua freqüência e ritmo;
- Registrar os BCF na ficha Peri natal e no cartão da gestante;
- Avaliar resultados da ausculta dos BCF.

A percepção materna e a constatação objetiva de movimentos fetais, além do crescimento uterino, são sinais de boa vitalidade fetal.

Conforme Freitas *et al* (2011), alguns exames laboratoriais devem ser solicitados para todas as gestantes durante o pré-natal, dentre eles cita-se, o de tiragem sanguínea, sorologia para sífilis, anti-HIV, urocultura, hemoglobina, secreção vaginal, rastreamento de diabetes gestacional, sorologia para toxoplasmose, BHsAg, anti-HCV, sorologia para rubéola, sorologia para citomegalovírus, rastreamento para Streptococcus do grupo B, e triagem para doença de tireóide. Todos esses exames constituem recomendações do ministério da saúde que considera a não realização dos mesmos uma diminuição na qualidade da assistência pré-natal.

O procedimento preventivo que é adotado no pré-natal é a vacinação em mulheres de idade fértil, o que constitui medidas importantes na prevenção de doenças neonatais. Dentre as vacinas solicitadas encontra-se: vacina antitetânica, vacina contra influenza, entre outras que são apresentadas nos dados abaixo:

Quadro3 - Vacinação na gestação.

Tipo		Recomendação
Hepatite B	Inativa e recombinante	Sem riscos para o feto. Vacinar na gravidez se alto risco para adquirir a doença (profissionais de saúde, usuárias de drogas, contato sexual com portadores, politransfundidas).
Influenza, gripe H1N1	Vírus atenuado ou morto	Recomenda-se a vacinação.
Raiva e hepatite A	Vírus inativo ou morto	Podem ser usadas na gestação.
Febre amarela	Vírus vivo e atenuado	Não deve ser aplicada em gestantes ou mulheres que pretendam engravidar nos próximos três meses. Só deve ser feita em casos de exposição eminente.

Sarampo, caxumba, rubéola, varicela.	Vírus vivo e atenuado	Não devem ser aplicadas em gestantes ou mulheres que pretendam engravidar nos próximos três meses.
Pneumococos	Polissacarídeos	Pode ser usada na gravidez, especialmente em pacientes transplantadas, cardiopatas, pneumopatas, hepatopatas, alcoolistas, diabéticas, asplênicas, nefropatas crônicas ou imunossuprimidas.

FONTE: Freitas *et al*, (2011).

Além disso, outras medidas devem ser adotadas pelas gestantes, como cuidados higiênicos, nos quais se recomenda banho de imersão, sauna, piscina ou mar, levando-se em consideração o uso de roupas confortáveis; sapatos baixos; e sutiã, para pacientes com varizes meias elásticas. A prática de exercícios físicos moderados constitui excelente atividade cardiovascular dos quais os exercícios adequados nesta fase correspondem aos aquáticos, pois estão associados a significativa melhora de dor lombar nas pacientes, além de outros benefícios. No que diz respeito à vida sexual, a princípio não há restrição para atividade durante gestações de baixo risco, as mesmas devem ser contra-indicadas somente em situações especiais, como o trabalho de parto prematuro, ou ruptura prematura de membranas (FREITAS *et al*, 2011).

Outro fator preponderante está relacionado à abstenção de drogas ilícitas, haja vista, que o uso de cocaína e craque está associado ao deslocamento prematuro da placenta, ruptura da membrana, hipertensão arterial, proteinúria e convulsões. No que diz respeito ao tabagismo, o mesmo está associado ao abortamento espontâneo, trabalho de parto pré-maturo, baixo peso ao nascimento, restrição de crescimento intra-uterino e gestação ectópica, no que tange a ingestão de álcool está associada à síndrome do álcool fetal, que inclui dificuldade no desenvolvimento neurocomportamental, distrofias faciais, e retardos de crescimento. Desse modo, se entende que toda mulher ao confirmar a gravidez, é necessário que inicie o pré-natal, com responsabilidade, onde precisa seguir toda uma rotina que é necessária para o bom desenvolvimento da gravidez (FREITAS *et al*, 2011).

2.3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CAUSAS E EFEITOS

Sabe-se que a fase da adolescência é uma importante etapa do desenvolvimento do ser humano para atingir a maturidade biopsicossocial, pois é neste período que a sexualidade manifesta-se com surpreendentes necessidades, de desejos e sensações corporais desconhecidas, a fim de buscar relacionamento interpessoal, sendo focado e ocasionado pelas alterações hormonais de ambos os sexos (BRASIL, 2006).

É desafiador entender tais mudanças nesta etapa, pois as peculiaridades que são desenvolvidas da personalidade do indivíduo marcam não só suas características corporais, mas abrange os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais. Este conjunto é indissociável e confere unidade na formação neste momento importante da vida.

Apesar de as crianças frequentemente brincarem de jogos de beijos que as preparam para relacionamento héteros sexuais no futuro, as novas necessidades que sentem tornam os adolescentes incrivelmente consciente da própria sexualidade um aspecto do desenvolvimento que influencia consideravelmente seu alto conceito. Uma das principais lutas enfrentadas pelos adolescentes é como lhe dar apropriadamente e expressar seus sentimentos sexuais, um assunto muito influenciado pelos contextos sociais e culturais nos quais estão inseridos (SHAFFER, 2005; P, 166).

Ainda ratificando o conceito, Brasil, (2006) ressalta que a adolescência é um período de constantes transformações, e ocorre entre a infância e a idade adulta, e é considerada uma importante etapa do desenvolvimento do ser humano para atingir a maturidade que se caracteriza por mudanças físicas e psicológicas que ocorrem desde a puberdade até ao completo desenvolvimento do organismo.

Guimarães e Colli (2011), afirma que dados apontados pela Organização Mundial da Saúde caracterizam a fase da adolescência situada entre 10 a 20 anos, podendo ser subdividida em adolescência inicial entre 10 e 14, e adolescência final dos 15 aos 20 anos. Por conseguinte, entende-se que adolescente é aquele que está em crescimento, pois se caracteriza como período da vida no qual os jovens mudam física e psicologicamente, denominado puberdade, inferindo assim em seu processo de interação social de maneira expressiva.

De acordo com Brasil, (2010) observou-se que nas últimas quatro décadas houve um aumento da taxa de crescimento de fecundidade, entre adolescentes e jovens para 26%, e entre este fato esta cada vez mais evidente a gravidez na

adolescência, devido ao crescimento da idade menstrual, instalando cada vez mais cedo à atividade reprodutiva. Durante a adolescência a gravidez é reconhecida como precoce e eleva os riscos de mortalidade materna, de prematuridade e de baixo peso ao nascer.

A gravidez nos primeiros anos de vida reprodutiva não é um fenômeno recente na vida da humanidade, segundo registros históricos, provavelmente era a faixa de idade da Virgem Maria quando deu a luz. Os jovens de 14 anos eram recrutados e tinham que conceber filhos para a substituição dos mortos e o casamento atingia o limite reduzido de 13 anos, e caracterizava-se como a gravidez muito precoce (SILVA *et al.*, 2005).

Entre 1993 e 1998, observou-se aumento de 31% no percentual de partos de meninas entre 10-14 anos atendidas pela rede do SUS. Em 1998, mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-abortamento, sendo que quase três mil delas tinham apenas de 10 a 14 anos, apontando para crescente vulnerabilidade a este grupo que muitas vezes está exposto a violência sexual (BRASIL, 2006).

Conforme os dados, apontados pela rede nacional do SUS, são alarmantes o aumento de adolescentes entre 10 a 14 anos em situações de vulnerabilidade, que estão sujeitas as várias formas de violências sexuais levando-as a uma possível gravidez precoce, podendo colocar em risco a vida da gestante e do bebê (BRASIL, 2006).

Por conseguinte, Santana (2011), enfatiza que a gravidez na adolescência é um fato preocupante e vem sendo considerado um dos problemas de saúde pública, uma vez que levam as adolescentes a se depararem com uma situação complexa de amadurecimento, frente a grandes problemas econômicos, gastos com saúde, moradia e interrupção dos estudos. O autor esclarece ainda que em todo mundo, anualmente cerca de 10 a 15 milhões de adolescentes com idade compreendida entre 15 e 19 anos tornam-se mães prematuramente; já no Brasil, de 10 a 20% das adolescentes tem filhos antes dos dezoito anos, nesse sentido observa-se que o Brasil é um dos países onde este problema é mais sério.

Seguindo essa linha de raciocínio Lowdermilk *et al* (2012), enfatiza que a gravidez na adolescência é um problema mundial, onde a maioria das gestações são indesejadas. Na maioria dos casos essas jovens são solteiras, e não se encontram preparadas emocionalmente, psicologicamente, e principalmente

financeiramente para adquirirem tal responsabilidade. Então é fácil de perceber que nesta fase a sexualidade se manifesta de maneira alarmante na adolescência, onde um conjunto de fatores, como alterações hormonais da puberdade, sensações corporais, entre outros colaboram para que as novas e surpreendentes necessidades relacionadas à sexualidade sejam manifestadas, tornando assim foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos.

A maneira como os adolescentes vão lidar com a sua sexualidade, como vão vivê-la e expressá-la é influenciada por vários fatores, entre os quais estão a qualidade das relações afetivas que vivenciaram e, ainda, vivenciam com pessoas significativas na sua vida, pelas transformações corporais, psicológicas e cognitivas trazidas pelo crescimento e desenvolvimento, até os valores, normas, culturais e crenças da sociedade na qual estão inseridos (BRASIL, 2006).

Além das mudanças emocionais, o organismo materno sofre uma série de adaptações fisiológicas, atribuídas aos hormônios da gravidez e à pressão mecânica decorrente do aumento do útero e de outros tecidos. Essas modificações podem ser locais, principalmente no útero e nas mamas, ou gerais, no sistema cardiovascular, renal, respiratório, entre outros, assim como a postura e a deambulação (MONTENEGRO; REZENDE, 2013).

Por conseguinte, Brasil, (2010), ainda vem orientando sobre inúmeros agravos que podem ocorrer durante a gestação, quando nos casos das adolescentes elas estão vulneráveis a qualquer tipo de violências no período da gravidez, dentre elas a violência sexual.

2.3.1 Atividade sexual precoce

A sexualidade é um elemento importante para a análise da dinâmica do adolescente, muitas vezes, essa fase, também ocorre à consolidação do tipo de atração sexual vivida pelo indivíduo. Na atualidade, vêem-se os relacionamentos sexuais começando cada vez mais cedo e tem mudanças físicas que caracterizam a fase incluem mudanças hormonais que, são construídas e transformadas em relações sexuais, e não estando preparados, para estas referências que invadem seu imaginário (DOMINGOS, 2010).

Na adolescência é comum a prática de atividades sexuais precoces, uma vez que os adolescentes relatam muitas razões para desejarem ser sexualmente ativos,

dentre elas estão, a pressão dos pais, o desejo de amar e ser amado, experimentação, aumento da auto-estima e diversão. Contudo, muitos adolescentes não possuem habilidades de tomadas decisões nem esclarecimentos de valores necessários para assumir essa etapa importante em sua vida, e lhes faltam o conhecimento de base no que tange a contracepção e as DSTs. Estes também não acreditam que podem engravidar ou contrair uma DST (SHAFFER, 2005).

Pesquisas identificaram alguns fatores que contribuem para o início do envolvimento sexual. Adolescentes que tem relações precoces tendem a ser aqueles que amadurecem mais cedo vindo de famílias de baixo nível econômico, e que enfrentam problemas na escola, cujo os amigos são sexualmente ativos, e já se encontram envolvidos em atividades delinqüentes com o abuso de álcool ou outras substâncias (SHAFFER, 2005).

Ressalta se que muitos adolescentes sexualmente ativos deixam de usar métodos contraceptivos em sua grande maioria porque não possuem informações relacionadas à sexualidade, são em demasia imaturos cognitivamente para levar a sério as conseqüências que os seus atos comportamentais podem trazer ou preocupam-se com o que outras pessoas podem pensar dos mesmos em relação sua sexualidade, contudo seguir esses preceitos os coloca em situações vulneráveis com conseqüências muitas vezes duradouras relacionadas a doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez, sem dúvida os riscos de se contrair uma DST são maiores em adolescentes que deixam de usar preservativos frente aqueles que usam a contracepção. A ocorrência de gravidez adolescente também é duas vezes maior nesse grupo de risco.(SHAFFER, 2005).

Lowdermilk *et al* (2012), afirma que embora estes jovens acreditem que as DSTs adquiridas de práticas sexuais precoces possam ser curadas com antibióticos, muitas causam problemas significativos, as possíveis seqüelas incluem: infertilidade, gravidez ectópica, morbidez emortalidade neonatal, cânceres genitais, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), e até mesmo a morte. As adolescentes constituem grupo de risco diante destes fatores.

Conforme as meninas se desenvolvem elas podem estar em risco de doenças relacionadas com a idade. Todas as adolescentes vivenciam um crescimento progressivo das características sexuais e assumem tarefas próprias do desenvolvimento da adolescência, como estabelecimento da identidade, desenvolvimento da preferência sexual, emancipação da família e estabelecimento

de metas para a carreira. Algumas dessas situações podem produzir grande estresse para a adolescente, e a profissional de saúde precisa tratá-la cuidadosamente (LOWDERMILK *et al.*, 2012).

Diante do exposto, observa-se que entre as diversas atividades programáticas, preventivas e de intervenção aos adolescentes desenvolvidas pelos enfermeiros destacam-se aquelas relacionadas a gravidez na adolescência afim de promover a prevenção à saúde, por meio de palestras dirigidas, salas de espera, métodos contraceptivos e orientações relacionadas as doenças sexualmente transmissíveis. Para que haja uma assistência adequada da gestante adolescente, é imprescindível que além do conhecimento de obstetrícia, o profissional detenha também conhecimentos acerca da adolescência.

De acordo com Monte negro; Rezende (2013), Um dos pontos cruciais para a gravidez precoce é a violência sexual, o coito forçado tem sido incriminado como causa de gravidez na adolescência. Dados obtidos em um estudo norte americano apontam que 39 a 66% de todos os partos ocorridos entre mulheres menores de dezesseis anos foi resultado de violência sexual, sendo que o estupro ocorre em mais de um terço da gravidez entre adolescente. Ainda conforme o autor, no Brasil o abuso sexual é tema velado, regido sobre a janela do medo, no qual muitas vezes protegendo familiares, cria-se uma corrente de fumaça para encobrir casos de violência sexual. O que se observa é o descaso da família e da sociedade para com as vítimas de violência sexual, haja vista que a legislação brasileira ainda é omissa para fazer valer os direitos das mulheres em especial adolescentes vítimas de abuso sexual.

Ainda que a legislação brasileira permita o abortamento desses casos, diversas são as barreiras que as mulheres têm que enfrentar para fazer valer esses direitos. Muitas delegacias de polícias ainda são insensíveis ao drama dessas mulheres. Tratando-se de adolescentes vítimas de violência sexual em muito vigora o princípio machista de que a jovem fora sensual e recebera o que merecia; poucas são as delegacias de proteção às mulheres; nossas maternidades ainda não estão todas capacitadas para prestarem atendimento às vítimas que sofreram abuso sexual, e o abortamento legal é incipiente em casos de estupro (MONTENEGRO; REZENDE, 2013).

Muitos são os desafios que as mulheres precisam enfrentar para que seus direitos sejam estabelecidos mediante aplicação da Constituição brasileira, uma vez

que a sociedade ainda machista tende a desclassificar os direitos femininos. No entanto, cabe a união da classe feminina tolir tais abusos e enfrentar as barreiras que notadamente se levantam contra elas. Além do que cabe a reivindicação de melhorias no sistema público que possa beneficiar as vítimas que de alguma maneira sofreram abuso sexual, dessa maneira criam-se expectativas que outrora possam vir a torna-se uma realidade.

O abuso sexual na Infância tem efeito profundo e, talvez permanente na sobrevivente. Embora a maioria dos casos de abuso sexual na infância não seja comunicada pela sobrevivente ou por sua família, estima-se que até um terço das mulheres adultas tenha sofrido abuso sexual na infância. A national Women's Study mostrou que 13% ou uma em cada oito mulheres adultas são, sobreviventes de pelo menos um estupro consumado (BEREK, 2014: P, 212).

Segundo Berek (2014), a violência sexual contra crianças e mulheres adultas tem se expandindo bastante e aumentado muito o número a cada dia, chegando a alcançar proporções epidêmicas nos EUA, podendo então ser considerado o crime de crescimento mais rápido, conhecido como o de maior frequência e o de menos notificados. É comum se ver casos de mulheres que sofreram abuso sexual na infância, ou até mesmo violência sexual na vida adulta apresentarem dificuldades em manter relacionamentos com o sexo oposto, onde se sentem retraídas e muita das vezes com medo de manter relacionamentos íntimos, e assim passam a adquirir dificuldade em formalizar famílias e ter filhos.

2.3.2 Riscos da gestação na adolescência

A maioria das complicações obstétricas tem íntima relação, e envolve inúmeros sentimentos de frustração, ocorrendo principalmente em gestantes de baixo nível econômico sob cuidados pré-natais inadequados ou mesmo inexistentes, dentre eles citam-se: morte fetal, abortamento, nascimento pré-termo, gestação pós-termo, ruptura de membranas, doença hemolítica perinatal, crescimento intra-uterino restrito, infecções pré-natais, infecção intra-amniótica, hipertensão, anemia e mortalidade materna. Minimizar tais complicações pressupõe fator importante no acompanhamento adequado do enfermeiro, que por meio de intervenção apropriada pode contribuir para o término de uma gravidez com sucesso (BRASIL, 2010).

Conforme Freitas *et al* (2011), uma das principais conseqüências de complicações na gravidez refere-se a morte fetal, esta ocorre tardiamente na gestação quando o feto está pesando 500 gramas ou mais, não havendo batimentos cardíacos fetais, pulsação do cordão umbilical, respiração ou movimento do feto. Nesse sentido pode se dividir as mortes fetais em precoces ou tardias, as primeiras ocorrem entre vinte e vinte e sete semanas de idade gestacionais, e são mais difíceis de serem prevenidas, as segundas ocorrem após vinte e oito semanas de gestação e podem ter oportunidade de prevenção. As mortes fetais também podem ser classificadas como antiparto e intraparto sendo as primeiras muito mais freqüentes.

As mortes fetais representam cerca de 60% de todas as mortes Peri natal (mortes fetais somadas às mortes neonatais precoces), e 75% de todas as perdas potencialmente evitadas definidas como mortes Peri natais em fetos normalmente formados que pesam 1000 g ou mais (FREITAS *et al*, 2011).

É evidente que a incidência de mortes fetais ocorre em maior número nos países em desenvolvimento, uma vez que estes passam por dificuldades como fatores geográficos, recursos financeiros, poder político, recursos humanos e fatores culturais. Freitas *et al* (2011) afirma ainda que no Brasil os dados referentes as taxas nacionais de mortalidade fetal são escassas, e oscilam entre sete a dezessete anos a cada mil nascidos vivos. Esses índices são confirmados mediante várias causas.

Os fatores de riscos para morte fetal podem ser potencialmente modificáveis mediante o trabalho do profissional de saúde na orientação de prevenir a gestante nos cuidados relacionados à obesidade, o tabagismo, o uso de drogas e de álcool, e outros fatores como hipertensão e diabetes podem ser supervisionados e monitorados desde a concepção, reduzindo assim os desfechos negativos gestacionais (MONTENEGRO; REZENDE, 2013).

Abeche (2011) cita pesquisa realizada por Wilson e colaboradores realizados nos EUA em 2008, no qual em estudo recente sugere que gestantes adolescentes representam grupo de maior risco de morte fetal, especialmente entre aquelas com quinze anos ou menos, tais perdas ocorrem mais comumente durante o parto o que diferencia-se do que observado em outras faixas etárias. Ainda de acordo com este estudo algumas evidências são propícias a esses desfechos, no momento que está associado às experiências adversas que inclui a infância com abusos físicos, emocional e sexual, a exposição a violência doméstica, algum membro da família

envolvido com drogas ou relação criminosas, ou até mesmo separação de pais, sendo a idade materna baixa, um fator de confusão.

Outro fator de risco da gravidez na adolescência refere-se ao abortamento, este consiste na interrupção da gravidez antes de vinte semanas de gestação ou peso fetal inferior a 500 gramas, cerca de 15 a 20% das gestações confirmadas terminam em abortamento, podendo ser maior do que tais incidências. Alguns sintomas cruciais no diagnóstico diferenciado de um possível aborto, dentre estes destacam-se:

- Presença de febre (processos infecciosos)
- Histórias de manobras abortivas
- Presença de leucorreia (infecção pélvica)
- Uso de medicamentos (misoprostol ou outras substâncias abortivas)
- Eliminação de material amófo (pode orientar o diagnóstico de aborto incompleto ou completo)
- Sintomas urinários (infecção, litíase como causa do sangramento e da dor).

Faz-se necessário que os itens acima listados sejam confirmados e registrados no prontuário da paciente, e a mesma receba toda a orientação necessária para evitar o abortamento. Após o histórico e exame físico já pode-se definir alguns tipos de abortamentos. Freitas *et al* (2011), aponta os principais:

- Abortamento retido: retenção do conceito morto intraútero, sem a eliminação de qualquer parte fetal ou placentária por pelo menos oito semanas. Os termos mais utilizados pelos ultrassonografistas é gestação interrompida, morte embrionária ou morte fetal, pois é incomum esperar oito semanas para tomar alguma decisão.

- Ameaça de abortamento: presença de feto vivo, colo fechado, com sangramento uterino.

- Abortamento inevitável: é um momento que precede o abortamento incompleto. Existem contrações uterinas, ou perda de líquido, acompanhadas por modificações plásticas do colo.

- Abortamento incompleto com colo aberto: expulsão parcial do tecido fetal e placentário da cavidade uterina. Geralmente visto no exame físico, no qual partes fetais ou placentárias são visíveis.

- Abortamento incompleto com colo fechado: expulsão parcial dos tecidos embrionários. Geralmente é diagnosticado pela ultrassonografia, que demonstra restos placentários.

- Abortamento completo: quando há expulsão total dos produtos da concepção. O sangramento é mínimo ou ausente, a paciente não apresenta dor, e o colo está fechado.

- Abortamento infectado e séptico: é caracterizado pela infecção ovular (infectado) ou pela disseminação para a circulação materna. É uma complicação clínica que pode acompanhar qualquer estágio do abortamento.

- Gestação anembrionada: ausência de vesícula vitelínica ou de embrião no interior do saco gestacional (IG) igual a 5 e 7 semanas, respectivamente.

Um dos principais quadros clínicos que se rotula de casos sintomáticos e se caracteriza por apresentar contrações uterinas rítmicas e dolorosas com frequência de uma a dois em dez minutos, e que persiste por no mínimo uma hora mesmo a paciente estando em repouso no leito denomina-se diagnóstico de parto pré-termo(MONTENEGRO; REZENDE,2013).

Nesta situação cerca de 80 a 90% de mulheres com ameaça de parto pré-termo conseguem parir a termo mediante as administrações do corticóide. O que determina o parto pré-termo, amadurecimento do colo e a ativação de membrana decidual, que pode ser representado pelos resultados patológicos que inclui infecção, hemorragia, hiperdistensão uterina, estresse e outros processos imunologicamente mediados (SANTANA, 2011).

Montenegro; Rezende (2013) enumera os principais fatores de risco para o parto pré-termo espontâneo segundo a sociedade de Obstetrícia e ginecologia do Canadá.São eles:

- Historia reprodutiva PPTe de reprodução assistida.
- Hemorragia ante-parto, ruptura prematura das membranas, anomalias uterinas, mioma, conização do colo.
- Fatores fetais intra-uterinos: gravidez gemelar, anomalias fetais.
- Infecções(vaginosas e bacterianas).
- Fatores demográficos (baixo nível socioeconômico e educacional, etnicidade em países desenvolvidos, idade materna menor que 18 e maior que 35 anos).

- Hábitos de vida (tabagismo, uso de drogas ilícitas, estresse, abuso físico).
- Assistência pré-natal deficiente, baixo peso, pré-gravídico e ganho de peso inadequado na gravidez.

De modo geral os fatores de riscos acima listados indicam indícios de possível problema gestacional que podem levar a uma abrupta interrupção da gestação ainda na vigésima quinta semana. Os diagnósticos mais freqüentes associam o parto as desordens hipertensivas, hemorragia e sofrimento fetal agudo e crônico.

O parto pré-termo é problema magno de saúde pública; a Organização nacional de Saúde estima que 12,9 milhões de nascimentos, ou 9,6 % de todos os partos no mundo em 2005 foram pré-termo. Nos Estados Unidos, a taxa de nascimento pré-termo aumentou nas duas ultimas décadas. Em 2007 os nascimentospré-termo constituíram 12,7% de todos os nascidos vivos, em outros países os números são similares (MONTENEGRO; REZENDE, 2013).

Conforme analisado na citação acima verifica que o parto pré-maturo é a causa principal de morbidade e mortalidade Peri natal, e um dos principais responsáveis pela mortalidade infantil. Com respeito a isso se observa que a taxa de recém-nascidos prematuros apresenta risco aumentados de complicações nos desenvolvimentos neurológicos respiratórios e gastrintestinais. As seqüelas do recém-nascidopré-termo, indicam que 1 de cada 5 crianças nascem com retardamento mental, 1 de cada 3 com defeito visual, e quase metade dos bebês com paralisia cerebral. Bebês que nascem de parto prè-termo tardio ou precoce constituem um grupo especial de recém-nascidos que apresentam maior morbidade e mortalidade neonatal.

A morbidade Peri natal muitas vezes está associada à ruptura prematura das membranas que indica infecção materna, complexão do cordão umbilical, deslocamento prematuro da placenta e infecção neonatal, quando esta associa ao parto pré-termo compreende-se a síndrome de angustia respiratória, geralmente a ruptura pré-matura das membranas ocorre antes de trinta e sete semanas em aproximadamente 3% de todas as gestações, sendo responsável em média 30% dos partos pré-maturo. Cientificamente a RPM é conhecida como amiorrexe espontânea e ocorre antes do início do parto, no entanto quando ocorre antes de trinta e sete semanas diz-se que ocorre parto pré-maturo (LOWDERMILK, et al, 2012).

De acordo com Montenegro; Rezende (2013) atribui a ruptura das membranas ao estresse físico, particularmente associado ao parto, contudo estudos recentes sugerem uma relação com processos bioquímicos que inclui a diminuição de colágenos dentro da matriz extracelular, com isso é possível relacionar as infecções intra-uterina com cerca de 50% de partos prematuros; outros riscos que podem ser observados são; sangramento vaginal, tabagismo, conização uterina, colo curto no segundo trimestre, hiperdistensão uterina, aminiocentese, contração uterinas sintomáticas.

Outro aspecto de grande importância na Obstetrícia é o estudo sobre o crescimento intra-uterino restrito, visto que os conceitos incluídos nesta categoria são responsáveis pelas mortalidades Peri natal 10 vezes maior do que aquelas resistentes em fetos normais. Aqueles que sobrevivem estão suscetíveis a maior morbidade neonatal imediata, assim como complicações tardias que inclui retardo no neurodesenvolvimento, paralisia cerebral e, muito provavelmente diabetes tipo 2, e hipertensão na vida adulta. Em resumo define-se o crescimento intra-uterino restrito ao feto que não consegue atingir o seu potencial genético de crescimento, pois este corresponde ao recém nascido abaixo de 10% do peso para a idade gestacional (BRASIL, 2010).

Segundo Montenegro; Rezende (2013), a principal causa de CIR É a insuficiência placentária que incide em cerca de 3% das gestações, e a pré-eclâmpsia, o fator determinante mais importante. Outras causas de CIR são as anomalias cromossômicas e as infecções virais. Em razão disso a conduta clínica e prognostica é essencialmente importante para se encontrar a causa específica do crescimento intra-uterino restrito que pode ser dividido em fetal placentário e materno conforme apresentado no quadro abaixo.

Quadro 4 - Causa de CIR

Fetal	Placentário	Materno
Anomalia cromossômica	Placenta pequena	Má nutrição
Malformações congênitas	Circunvalada	Doença vascular
	Corioangioma	Trombofilias
Infecção	Mosaico confinado à placenta	Uso de drogas
Gestação múltipla		Ilícitas/ estilo de vida
		Alta altitude

Fonte: Montenegro; Rezende, (2013).

Outrora, Brasil, (2010) detalha que um dos grandes problemas de hipertensão em gestantes pode ser também a causa mais frequente de morte materna no Brasil e também porque somente pequena parcela das gestantes inscritas no programa de humanização pré-natal e nascimento (PHPN) conseguem realizar o elenco mínimo de ações preconizadas pelos programas (SISPRENATAL). Com isso, observa-se que o pré-natal é de grande importância na história da saúde pública por diminuir consideravelmente o risco de complicações pré e pós-parto através de consultas periódicas e contínuas com o médico e enfermeiro (a), nas quais tem o intuito de prevenir intercorrências obstétricas potencialmente evitáveis.

2.4 O PAPEL DA ENFERMEIRA NO PRÉ-NATAL DE ALTO-RISCO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

É por meio da atenção qualificada e humanizada, conforme as ações e estratégias que foram apresentadas pelo o ministério da saúde, que se busca traçar objetivos para abordar de maneira coerente as gestantes que vão atrás de um pré-natal, haja vista, que nesta fase elas estão sensíveis a qualquer palavra desconfortável que não seja do seu agrado e deixam de fazer o acompanhamento (BRASIL, 2010).

Para atender essa demanda, atualmente a consulta de enfermagem na rede básica é realizada de acordo com o roteiro estabelecido pelo Ministério da Saúde, garantida pela Lei do Exercício Profissional e pelo Decreto 94.406/87, onde assegura que o enfermeiro (a) pode acompanhar integralmente o pré-natal de risco habitual. Por outro lado, o governo também está programando ações para que as adolescentes aprendam a se cuidar mais, e prevenir-se sobre a evidência de ter a segunda gravidez, e essas ações se oportunizam através de palestras e cartazes informativos feitos pelos os profissionais de enfermagem (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Com isso, o trabalho de auxílio obstétrico, através do primeiro contato com a gestante trará informações essenciais para as observações a serem repassadas a paciente. Neste momento o trabalho desenvolvido pela enfermeira consiste de interrogatório e orientação nos quais a mesma procura obter dados relacionados à idade, estado civil, profissão, ocupação, hábitos, nacionalidade, naturalidade, antecedentes familiares e pessoais, dados da gestação atual, se primigesta ou não. A enfermeira deve ter toda autonomia de orientar esta adolescente juntamente com

seus familiares e parceiro, para falar dos riscos que essa gravidez pode ter durante seu período gravídico ou mesmo, pós-parto, o qual poderá fazer as anotações precisas e encaminhar para o serviço específico, onde irão dar a continuidade ao processo (NEME, 2005).

A atenção materno-infantil envolve um grupo de relacionamento da gestante e sua família com diferentes grupos de profissionais, tais como, a enfermeira, o nutricionista, a obstetra e o psicólogo, a fim de ter um bom desenvolvimento, dando ênfase à promoção de uma saúde eficaz da gestante. Por conseguinte, é papel da profissional de enfermagem oferecer todo o suporte baseado no atual sistema de assistência de acompanhamento pré-natal de acordo com a lei nº 7.498 (Brasil, 1986), com a gestante, durante o período parturiente e puerperal, além destes cuidados a mesma pode fazer a execução do parto sem distocia, pois nesta resolução a realização de episiotomia e episiorrafia com uso de anestésica não é de sua competência (FREITAS *et al.*, 2011).

Segundo, Alvim *et al* (2007), na primeira consulta do pré-natal os enfermeiros (as) devem fazer perguntas sobre o primeiro ato sexual, com qual idade começou a ter relações sexuais, quantos parceiros, o uso de métodos anticoncepcionais, gestações prévias, doenças atuais, como pressão alta, diabetes, e outras. Ainda o profissional da saúde pode continuar com as perguntas que envolvem antecedentes familiares dos pais, aspectos emocionais, tais como se a gravidez foi planejada, se está sendo bem recebida, e condições sociais e econômicas, que se confirmam nas antelinhas que segue:

A primeira consulta de pré-natal deve ser voltada para colher todo o histórico da gestante (anamnese) a fim de obter dados sobre os processos de saúde-doença, desde a identificação da mesma, história da gravidez atual, antecedentes familiares, obstétricos, assim como o fornecimento do cartão da gestante devidamente atualizado. Dentre as condutas, incluem também o Cálculo da Idade Gestacional, Data Provável do Parto, Medida da Altura Uterina, Ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais, Avaliação Nutricional, Controle de Pressão Arterial, orientações gerais e específicas quanto às dúvidas indagadas pela própria gestante ou família (ALVIM *et al*; 2007).

Para tal acompanhamento assistencial o enfermeiro (a) é o profissional capacitado, que integra a equipe de saúde e está apto em suas funções para oferecer o suporte necessário às gestantes que procuram atendimento pelo sistema único de saúde SUS, podendo o mesmo realizar a consulta de enfermagem, assim como a prescrição de medicamentos institucionalizados pelo Ministério da Saúde

(MS) de acordo com os Programas de Saúde Pública e rotinas que sejam aprovadas nas Instituições de saúde - pública ou privadas e solicitação de exames de rotina e complementares, como afirma (ALVIM *et al.*; 2007).

A Enfermeira (o) como profissional capacitado, integrante da equipe de saúde e regulamentada pela Lei nº 7.498 de 25 de julho de 1986, está habilitado para realizar a consulta de enfermagem, assim como a prescrição de medicamentos institucionalizados pelo Ministério da Saúde (MS). De acordo com os Programas de Saúde Pública e rotinas que sejam aprovadas nas Instituições de saúde - pública ou privadas e solicitação de exames de rotina e complementares, segundo resolução COFEN nº 195/1997, além de encaminhamentos quando necessário são realizado pelo Enfermeiro (a) (ALVIM *et al.*; 2007).

Verifica-se, pois que o enfermeiro (a) se torna capaz de promover atenção integral na sua comunidade, consistente de cuidados pela equipe de saúde, em um ambiente humanizado que atendam os indivíduos e as famílias integrando em um conjunto de serviços os quais interagem nos problemas mais comuns como biológicos e psicológicos sociais da população alvo, uma vez que as adolescentes não têm a coordenação emocional, e a capacidade de garantir sua estabilidade dentro de uma sociedade, a exemplo se prevenir de uma gestação precoce (BARROS, 2009).

Conforme Guimarães e Colli (2011), a atuação da enfermeira tem por objetivo mostrar a importância da atenção ao pré-natal humanizado, que é o papel acolhedor executando, e prescrevendo com orientação a família da adolescente sobre a condição da gestante e os cuidados que devem ser tomados. Segundo os autores, a enfermeira (o), promove um acompanhamento completo sem negligenciar suas culturas e crenças, durante a consulta de pré-natal, sem ter que fazer distinção entre qualquer mulher nem dando privilégios a qualquer uma, mas aconselha sobre as mudanças que irão acontecer no corpo preparando a gestante para o parto, pós-parto e amamentação.

Os cuidados preventivos e de promoção à saúde é um diferencial da enfermeira (o) que é diferente do médico, haja vista, que a mesma possui os pré-requisitos que irão estabelecer e possibilitar a gestante uma escolha humanizada. A atuação desta, certamente implica na melhoria da qualidade no atendimento do pré-natal trazendo benefícios tanto a mãe quanto a criança, encarando momento técnico de conduta estabelecendo vínculo de acolhimento, confiança e segurança com relação profissional-gestante (SILVA *et al.*, 2005).

Entende-se, portanto, que os cuidados pré-natais são de competência dos profissionais enfermeiros (a), pois eles são capacitados para agendar consultas da gestante adolescente; de fazer orientações sobre uma nutrição balanceada e saudável, que deve constar no mínimo três refeições por dia; passar as reposições devitamínico como sulfato ferroso e ácido fólico, o qual favorece o bem estar tanto para mãe com para o concepto, promovendo assim a saúde de ambos (ALVIM, et al, 2007).

Dessa maneira, é importante que a enfermeira seja comunicativa, receptiva, e faça com que seus objetivos tragam retorno qualificativo e quantitativo para família da gestante e toda comunidade, ela deve orientar como proceder quando a gestante estiver com câimbra nas pernas, dor em determinado região do corpo, cefaléia, enjôo, comprometimento da eliminação urinária, hipersensibilidade dolorosa das mamas, edemas nas pernas e no rosto, eliminando líquido pela vagina, e outros, bem como deve estar atenta para os sintomas de perigo da gravidez. Portanto a enfermeira faz todos os exames complementares e de rotina das gestantes comomedir a altura do fundo uterino, pois, se não for compatível, uma altura maior do fundo uterino sugere, gestação múltipla, erro de cálculo, líquido amniótico em excesso, mola hidatiforme, e altura menor do fundo uterino indica restrição do crescimento fetal intra-uterino, erro na estimativa da gestação, anormalidades fetais ou do líquido amniótico, morte fetal intra-uterina, feto pequeno para idade gestacional (NETTINA, 2007).

Ainda na opinião da autora, Nettina (2007) o enfermeiro (a) pode fazer pedido de exames como: hemograma completo na 28ª e 32ª semanas de gestação; VDRL 36ª a 40ª semanas de gestação, pesquisa sorológica de anticorpos se Rh for negativo com 36ª semanas, esfregaço para cultura de gonorréia, clamídia, estreptococos beta-hemolíticos do grupo B e herpes quando indicado nas 36 a 40 semanas de gestação, urinálise para proteína, glicose, sangue e nitratos na 15ª a 20ª semanas, a fim de identificar possíveis anormalidades.

De acordo com Brasil(2006), a atenção obstétrica e neonatal deve ter serviços com dignidade e acolhedor para a mulher gestante adolescente, enfocando na participação coletiva, identificando as necessidades sociais de saúde com mudança nos modelos de atenção ao iniciar o pré-natal, fazendo os pedidos de exames logo que se descobre que a mulher está grávida. Sugere ainda que o acolhimento implique na humanização com aspecto essencial na recepção da mulher adolescente e

grávida, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angustias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. Oportunizando dessa forma, um contexto favorável que fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano, no qual é cada vez mais freqüente a participação do pai no pré-natal, para o preparo do casal ao parto, pois estes são eventos carregados de sentimentos profundos com forte potencial positivo para estimular vínculos e provocar transformações pessoais.

A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhido integralmente a partir do seu relato e do seu parceiro, são também parte dessas histórias fatos emocionais e sentimentais percebido pelos os membros da equipe de saúde envolvida no pré-natal, as grávidas esperam partilhar experiência e obter ajuda no momento privilegiado para esclarecer questões que são únicas para cada mulher. O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanham o pré-natal, são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da família, escutar uma gestante é algo mobilizador é desprendimento de si, e isso o sujeito dispõe-se a conhecer a quilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida (BRASIL,2006).

Sabe-se que pelo menos metades das gestações não são inicialmente planejadas, isso ocorre devido a falta de orientação ou aquisição de um método de anticoncepcional freqüentemente por parte das adolescentes, por isso faz-se necessário uma escolha livre e informada, com incentivo á dupla proteção e prevenção da gravidez e do HIV, e outras DSTS, nas consultas médicas e de enfermagem (BRASIL,2006).

Diante dessa perspectiva as enfermeiras precisam estar preparadas para enfrentar os desafios do futuro, elas precisam de muitos tatos psicológicos para entender as necessidades de suas clientes, oferecendo cuidados seguros, ter uma visão ampliada das suas condições, verem a mulher em sua individualidade e necessidades, podendo lançar visão de práticas baseadas em evidências e obter resultados mensuráveis, que não possam vacilar e comprometer necessariamente seu papel no Sistema de Saúde da mulher (LOWDERMILK *et al.*, 2012).

Por fim, as constantes alterações no sistema de Saúde oferecem novas oportunidades para as enfermeiras alternarem a prática de enfermagem na saúde da

mulher, visando desses cuidados uma oferta de excelência. Esse foco é parte integrante da nossa filosofia da forma como uma mulher experimenta essas mudanças ao longo de sua vida, o objetivo é das enfermeiras cuidarem do seu bem estar, incluindo informações sobre a gravidez e o parto são partes de um processo natural e podem ter aptos para identificar as complicações e compreender os cuidados de enfermagem diante desse fato (LOWDERMILK *et al.*, 2012).

2.4.1 A Enfermeira no Atendimento do Pré-Natal de Alto-Risco: Apoio Emocional e Psicológico.

Pôde-se observar neste estudo que a falta de prevenção e informação, entre adolescentes, é o principal motivo que, levam-nas à gravidez. Este comportamento pode ter sido causado pelo não acompanhamento ou planejamento familiar, o que eclode no risco tão precoce à gravidez. Nesse sentido, quanto mais um serviço de saúde é orientado para o alcance da maior presença desses atributos mais ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, à sua comunidade adstrita (BRASIL, 2010).

Observa-se que no Brasil é muito forte a representação social da enfermeira com as adolescentes no período gestacional como um fenômeno natural, o que impede a falta de cuidado na gravidez, pois a consulta de enfermagem apresenta-se como um instrumento importante para as grávidas adolescentes, porque ela tem como finalidade garantir a extensão da cobertura e melhorar a qualidade do pré-natal, principalmente por meio da introdução das ações preventivas e promocionais todas as gestantes (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Diante disso, percebeu-se que os conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez, dão uma percepção de medo ao enfrentar essa gestação, pois muitas vezes é um acontecimento indesejado perante sua família ou companheiro. É neste momento que a jovem mãe necessita mais do que nunca de apoio dos profissionais enfermeiros, pois a adolescente grávida vive um misto de dúvidas, anseios e contestações, no qual também é ressaltado seu baixo nível socioeconômico familiar, evidenciando que ela não estava preparada e, sobretudo, vem à cobrança social que esse novo papel acarretará (SANTANA, 2011).

Há ainda a interrupção de todas suas atividades, como seus estudos, durante a gestação ou após o nascimento da criança, isto pode trazer muitas complicações

tanto para a adolescente quanto para a família, haja vista que acarreta perdas de oportunidades e piora sua qualidade de vida no futuro. A mãe adolescente vê-se então, numa situação bastante perturbadora, não sabendo como falar para seus pais, e estes quando sabem da sua atual situação expulsam-na de casa, ou usam de agressões físicas, ou o companheiro ao saber de sua gravidez as abandona. Com o somatório desses problemas muitas vezes passa pela cabeça da adolescente fazer coisas que prejudiquem sua saúde e a do bebê como: o desejo de provocar aborto, suicídio ou entregar a criança para adoção (MOREIRA *et al.*, 2008).

A profissional de enfermagem além da competência técnica acaba atuando até mesmo como uma psicóloga, para compreender o ser humano tem que saber o seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta do diálogo para poder fazer um pré-natal de qualidade, com todas as assistências, que uma gestante tem que ter, considerando as protagonistas do processo gestacional, pois se torna um desafio para as mesmas acompanhar todo o processo desse grupo, uma vez que muitas adolescentes não dão aderência ao programa provocando a evasão do mesmo, o que tem culminado na alta incidência de distúrbios gestacionais graves (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Portanto, apresentam-se grandes desafios para o profissional no lidar com essas adolescentes, dentre eles pode-se apontar a necessidade de adequação da linguagem destes profissionais, para o alcance de um nível de compreensão que alcancem essas gestantes precoces. Neste sentido, a prévia para qualquer proposta de atenção é delimitar as características deste público alvo, pois se trata de um grupo heterogêneo que exige uma implementação efetiva de políticas de atenção, levando em conta as diferenças que lhe são inerentes (BRASIL, 2006).

Outra situação angustiante encontrada é que a enfermeira que vive a ênfase de adotar essa orientação no município traza pouca informação sobre métodos contraceptivos apresentados em todas as mídias e programas existentes, no qual é relatado conhecimento sobre camisinha, DIU, anticoncepcionais, entre outros, buscando prevenir futuras gestações ainda na vida dessas gestantes enquanto adolescentes e sem estabilidade (MOREIRA *et al.*, 2008).

Por conseguinte, observa-se que as gestantes gostam dos discursos das enfermeiras que falam sobre métodos contraceptivos com boa identificação, são expressivas, e colocam as idéias centrais ao alcance de cada gestante, estas também participam de palestras de forma breve e objetiva nos discursos das

mulheres estudadas que relatam as dificuldades de uma gravidez sem planejamento familiar para programar um filho. Um dos aspectos mais discutidos e considerados é a resistência por parte dos companheiros, das mulheres quanto ao uso do preservativo masculino, apesar da grande divulgação nos meios de comunicação sobre a sua importância com relação, prevenção de doenças da gestante há ainda uma grande vulnerabilidade feminina diante da abordagem geral da saúde reprodutiva (DOURADO; PELLOSO, 2007).

Contudo, o governo tem for finalidade programar ações para que as adolescentes aprendam a se cuidar, e prevenir-se sobre a evidência de ter a segunda gravidez. Considerando que nem sempre seu corpo está preparado fisiologicamente para o desenvolvimento da gestação. Outros riscos, além do biológico, também são apontados, como a falta de informação, competência emocional, que podem trazer agravantes gravídicos puerperais, e no autocuidado materno. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) define em um conjunto de valores, princípios, sustentabilidade, participação social, cultural, orientação familiar e comunitária. Seus atributos são colocados como qualidades essenciais dos desafios a serem alcançados (BARBARO *et al.*, 2014).

2.5 PRINCÍPIOS OBSTÉTRICOS NO ACOMPANHAMENTO PERINATAL.

Freitas *et al.* (2011) informa que a adolescente nem sempre tem uma gestação com o processo de saúde eficaz, se não fizer um bom acompanhamento no pré-natal, ter uma atenção especial com maior índice de frequência nas consultas, com um atendimento adequado poderá passar muitas consequências tanto para mãe como ao conceito. Neste sentido, os autores constatarem que é importante que todas as gestantes, possam ser estimuladas a participar de cursos de preparação para o parto desde a primeira consulta, onde são abordados diversos assuntos a serem seguidos de fato pelas grávidas e seus familiares, nesses cursos devem ser anotados todos os termos corretos como irão proceder quando o bebê nascer.

Assim verifica-se que o controle pré-natal da gestante de baixo risco será diferente daquela de alto risco, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas pré-natais e tipo de equipe que prestará assistência. Tem-se também que tomar todos os cuidados realizados no pré-natal, informando para a mulher o tipo de parto a ser realizado, devendo-se ter atenção na escolha da via de parto, buscando o

melhor para sua recuperação, pois depende das condições clínicas e obstétricas maternas e fetais.

Alguns tipos de parto apresentam uma série de implicações em termos de necessidade e indicação, riscos e benefícios, dependendo de cada situação porque nem todas as pessoas têm a mesma fisiologia, são poucas que tem uma boa recuperação em pouco tempo da realização, muitas apresentam complicações e repercussões futuras (MONTENEGRO; REZENDE, 2013).

O objetivo principal é o de se obter ao fim da gestação, um recém-nascido saudável, com plena potencialidade, e consenso que o parto normal é o vaginal, sendo mais seguro para a mulher e a criança (BARROS, 2009). Nesse sentido o nascimento fetal acontece no período que se estabelece o início das contrações regulares até a expulsão da placenta, que ocorre de maneira involuntária e coordenada resultando no apagamento e dilatação do colo uterino, causando a expulsão através do canal do parto do feto. Para se obter resultados satisfatórios nesse processo, alguns mecanismos são necessários a serem realizados pela equipe de profissionais assistencialistas da gestante, que são: o encaixamento, ou insinuação, flexão, decida, rotação interna da cabeça, desprendimento ou istenção da cabeça fetal, restituição ou rotação externa da cabeça fetal, saída de ombros e expulsão, cada um desses processos constituem os tempos do mecanismo de parto. O entendimento do mecanismo de parto, da contratilidade da pelve materna e suas relações com o feto são fundamentais para uma adequada assistência obstétrica (FREITAS *et al.*, 2011).

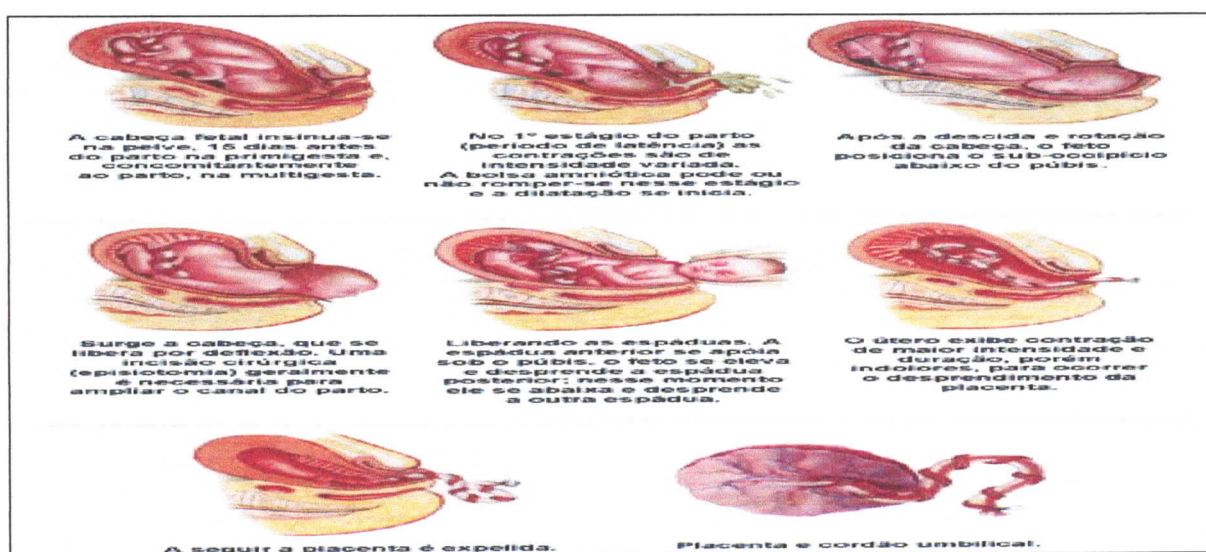


Figura 5 - Tempos do mecanismo de parto Fonte: <https://cienciasnamosca.wordpress.com>

De acordo com Martins; Costa *et al.* (2011), o trabalho de parto, o parto, e o período puerpério são períodos nos quais a atenção médica e de enfermagem pode ser decisiva para o desfecho da gestação, uma vez que identificar as fases clínicas desse período exige muita atenção por parte desses profissionais, que devem estar atentos aos sinais clínicos do parto que constituem primeiro, segundo, terceiro do quarto período.

No primeiro período é observada a fase de dilatação, fase esta que apresenta duração variável com dilatação lenta do colo até os três centímetros com trátil irregular até a dilatação rápida dos três aos dez contráteis dolorosos, já o segundo período corresponde pela descida da apresentação e expulsão do feto, o terceiro período identifica-se pela expulsão do feto e a saída da placenta e demais membranas, no quarto período tem-se a primeira hora após a expulsão da placenta. Observam-se cada fase na figura 05: <https://cienciasnamosca.wordpress.com>

No momento de atender a gestante em trabalho de parto deve-se levar em consideração as principais emergências a fim de reduzir o tempo de atendimento dessas pacientes, para isso o Ministério da saúde em 2004 lançou a política nacional de humanização, no qual estabeleceu as seguintes categorias: vermelho, amarelo, verde e azul a fim de atender de forma rápida os casos mais urgentes (BRASIL, 2004).

Na categoria vermelha o atendimento é imediato, pois a gestante corre risco de eclampsia ou perda do bebê, na amarela o atendimento ocorre no máximo em vinte minutos, na verde o atendimento tem o tempo máximo de espera de uma hora, pois a gestante apresenta hipertensão leve, na categoria azul, sem urgências o atendimento é no tempo máximo de duas horas, já que a gestante está com os sinais vitais normais (BRASIL, 2004).

Durante o primeiro período do parto os sinais vitais maternos devem ser avaliados a cada sessenta minutos. Em gestantes de baixo risco deve estimular a deambulação durante o período pré-parto, não havendo necessidade permanência no leito, já no caso do feto a avaliação deve ser feita pela ausculta do ritmo cardíaco fetal, principalmente durante e após as contrações, com o objetivo de detectar as alterações do ritmo cardíaco, e detectar possíveis anormalidades. Em casos de urgências a cesariana constitui indicação durante o trabalho de parto no qual a gestante ou feto correm algum risco (MARTINS; COSTA *et al.*, 2011).

Quando o trabalho de parto não acontece de maneira progressiva rítmica e normal, algumas intervenções devem ser realizadas com o objetivo de regularizar o chamado parto disfuncional, momento este que ocorre distúrbios maternos ou fetais que estão associadas à idade, a ansiedade materna, gestações múltiplas, e infecções uterinas que causam dificuldades de nascimento. O manejo do trabalho desse tipo de parto envolve abordagens sistemáticas, acompanhamento progressivo e controle do bem estar da paciente, nesta fase algumas medidas gerais podem ser tomadas para corrigir estes problemas na tentativa de coordenar parto seguro (MARTINS; COSTA *et al*, 2011).

Dentre as medidas mais recorrentes verifica-se a aplicação de ocitocina, amniotomia, hidratação ou outros métodos como deambulação e diferentes posicionamentos, manejo ativo de trabalho de parto ou cesariano. O quanto à forma de nascimento deve ser analisada após a discussão e a orientação com médicos e enfermeiros sobre os riscos adicionais no trabalho de parto (BRASIL, 2010).

O conceito de cesariana define-se com o nascimento do feto mediante incisão na parede abdominal e uterina, sendo uma das cirurgias abdominais mais realizadas em mulheres no mundo todo. O Brasil, Chile, Argentina e Itália estão entre os países de maiores índices de cesarianas. Este procedimento data de muitos séculos, mais nos últimos tempos mudou muito em termos de indicações, objetivos, técnicas e consequências. Nessa era moderna o procedimento de incisão uterina transversal baixa por meio da combinação de anestesia, assepsia, sutura e da não interferência do trabalho de parto reduziu a mortalidade materna entre 65 a 75% no início do século XIX, hoje apenas 0,05% de mortes maternas está relacionada à cesariana (BRASIL, 2010).

Muitos são os fatores que elevam o índice de cesariana, entre eles a vontade da paciente em não realizar o parto vaginal com temor de alguma ruptura uterina ou alguma experiência ruim passada, já no meio obstétrico os motivos estão entre vertical do à transmissão vírus HIV em gestante soro positivo, reduzir a incidência de parto instrumentalizado ou o hábito indevido de utilizar cardiografia intraparto em gestação de baixo risco, e por fim as vantagens financeiras que o procedimento trás para o setor de saúde complementar. Apesar do alto índice de cesarianos muitos países estão empenhados em controlar ou estabilizar as taxas de parto Cesário inclusive o Brasil que tem trabalhado em campanhas de incentivo ao parto normal, dentre elas com sanções impostas aos hospitais particulares com taxa maior do que

trinta por cento, e reduzindo ao máximo em hospitais do sistema único de saúde (BRASIL, 2006).

A técnica para operação de cesariana evoluiu ao longo dos séculos no intuito de minimizar os riscos para mulher, reduzir o sangramento, evitar infecção, morbidade e mortalidade, no entanto não há uma técnica padrão para o procedimento, mas recomenda-se que a paciente não realize depilação no abdômen ou púbis antes da chegada ao hospital, para evitar possível infecção cutânea. Na abertura abdominal, o primeiro procedimento é a incisão da pele que pode se de Pfannenstiel ou incisão mediana infra umbilical, a primeira tem menor riscos de adquirir hérnia Pós-operatório, já a segunda menos chance de sangramento. Em seguida é realizado os procedimentos intra-abdominais como a proteção da cavidade, afastamento vesical, histerotomia, e por fim nascimento (MARTINS; COSTA *et al*, 2011).

Em fim ocorre o fechamento com a devida sutura da incisão, utilizando fio de absorção lenta incorporando toda musculatura, após o fechamento são feitas a limpeza da cavidade, seguida do fechamento de peritônio, e o fechamento do subcutâneo e pele. Verificado nas figuras 06 e 07:

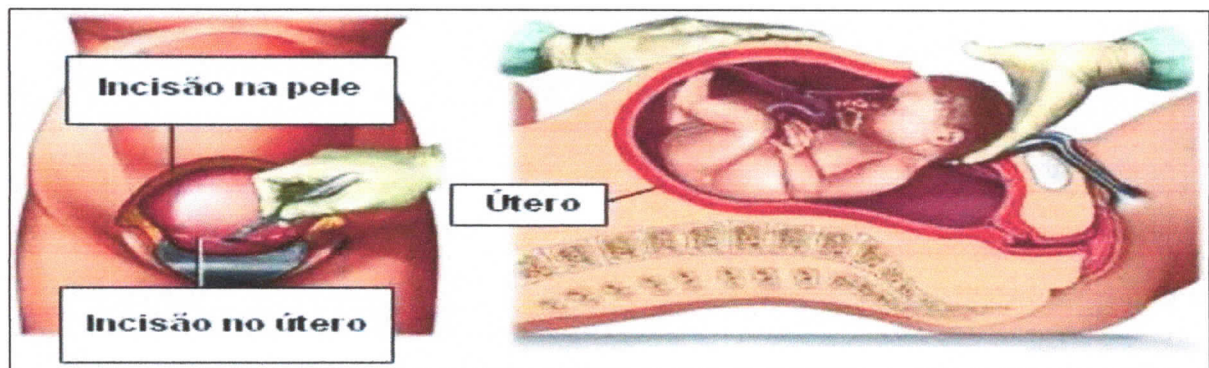


Figura 6 - Técnicas de incisão de cesariana I. Fonte: <https://cienciasnamosca.wordpress.com>

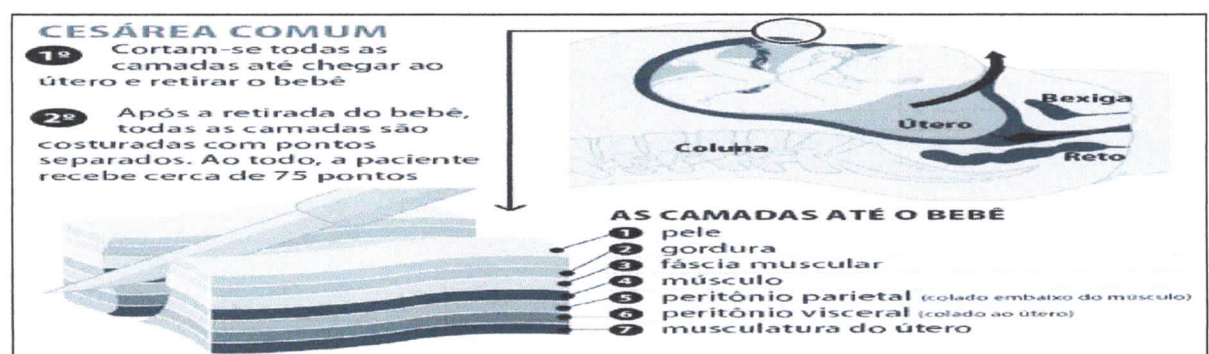


Figura7 - Técnicas de Cesariana II. Fonte: <https://cienciasnamosca.wordpress.com>

A cesárea é um procedimento cirúrgico que quando bem indicado e realizado com sucesso, tem papel como redutor da morbidade e mortalidade Peri natal e materna (BRASIL, 2010).

Em seu estudo pioneiro, Barros (2009), recomenda a adoção de pontos de corte específicos para avaliação do estado antropométrico pré-gestacional (IMC) da adolescente, a fim de evitar superestimação do baixo peso, que pode induzir à programação de ganho de peso acima do que, de fato, é necessário.

Parto prematuro é quase 3 vezes mais chances de ter recém-nascido de baixo peso (RNBP), quando comparadas às gestantes adolescentes que cumpriram o padrão mínimo de seis consultas de PN estabelecido pelo (BRASIL, 2010).

2.6 ACOMPANHAMENTO DA CADERNETA, LEIS E DIREITOS DA GESTANTE.

Enfermeira como profissional capacitada deve dar informação essencial, e anotar explicitamente no cartão da gestante tudo o que é feito, sobre exames, vacinação, ultrassonografia, retorno do pré-natal com a mesma ou o médico. Nesse sentido, os especialistas em saúde da mulher e enfermagem materna estão diante tanto de inúmeros desafios quanto das oportunidades, pois são confrontadas a assimilar conhecimento para desenvolver novas técnicas, uma vez que cada mulher possui sua individualidade, isto por si só já representa um desafio extraordinário para se exercer uma prática de enfermagem especializada (LOWDERMILK, *et al.*, 2012).

Nesse processo as condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na ficha Peri natal e no cartão da gestante, assim também como as consultas subseqüentes, visitas domiciliares e reuniões educativas, ainda deverão ser fornecidas quando a gestante iniciar o pré-natal: o cartão da gestante com o nº do SISPRENATAL, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre este; o calendário de vacinas e suas orientações; a solicitação dos exames de rotina deve constar no mesmo (BRASIL, 2006).

Essas informações possibilitarão a jovem a dispor de um conhecimento que lhe permitirá tomar condutas nas quais seus valores e direitos serão exercidos de forma consciente mediante as escolhas que fará para o bem estar de sua prole e da mesma, evitando agravos desnecessários, oriundos de condutas de riscos.

Quanto ao programa de saúde dos adolescentes e jovens, deve dar início à abertura democrática dos serviços para uma real participação da gestante nesse processo.

Toda mulher tem direito ao atendimento na gravidez, esses direitos são assegurados por lei, entre eles estão:

DIREITOS TRABALHISTAS:

- Licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias para gestantes com carteira de trabalho assinada.
- Não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por "justa causa".
- Mudar de função ou setor em seu trabalho, caso ele apresente riscos ou problemas para sua saúde ou à saúde do bebê. Para isso, apresente à sua chefia um atestado médico comprovando que você precisa mudar de função.
- Receber DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO sempre que for às consultas de pré-natal ou fizer algum exame. Apresentando esta declaração à sua chefia, você terá a falta justificada no trabalho.
- Até o bebê completar seis meses, você tem o direito de ser dispensada do trabalho todos os dias, por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora, para amamentar. Combine com seu empregador o melhor jeito de aproveitar esse tempo.
- Licença de cinco dias para o pai logo após o nascimento do bebê. Além disso, tem os direitos sociais: • Guichês e caixas especiais ou prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas e privadas (bancos, supermercados, lojas).
- Assento prioritário para gestantes e mulheres com bebê no colo em ônibus e metrô. Peça licença e ocupe o lugar que é seu. Não viaje em pé! No ônibus você pode sair pela porta da frente.
- Se a sua família é beneficiária da Bolsa Família, você tem direito ao benefício variável extra na gravidez e durante a amamentação.

ENTREGA EM ADOÇÃO:

- A Lei nº 12.010/2009 garante a você o direito de receber atendimento psicossocial gratuito se desejar, precisar ou decidir entregar a criança em adoção. Procure a Vara da Infância e Juventude de sua cidade.

ESTUDANTE, TAMBÉM TEM SEUS DIREITOS GARANTIDOS:

- A Lei nº 6.202/1975 garante à estudante grávida o direito à licença-maternidade sem prejuízo do período escolar.
- A partir do oitavo mês de gestação a gestante estudante poderá cumprir os compromissos escolares em casa – Decreto-Lei nº 1.044/1969.
- O início e o fim do período de afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.
- Em qualquer caso, é assegurado às estudantes grávidas o direito à prestação dos exames finais.

DIREITOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

- Ser atendida com respeito e dignidade pela equipe, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social.
- Ser chamada pelo nome que preferir e saber o nome do profissional que a atende.
- Aguardar o atendimento sentado, em lugar arejado, tendo à sua disposição água para beber e banheiros limpos.

LEI DA VINCULAÇÃO PARA O PARTO:

- Lei Federal nº 11.340/2007, que garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto.

GESTANTE E BEBÊ SEMPRE TÊM O DIREITO A VAGA!

- Para o parto você deve ser atendida no primeiro serviço de saúde que procurar. Em caso de necessidade de transferência para outro serviço de saúde, o transporte deverá ser garantido de maneira segura.

LEI DO DIREITO A ACOMPANHANTE NO PARTO:

- Lei Federal nº 11.108/2005, que garante as parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto, no SUS. Este acompanhante é escolhido por você, podendo ser homem ou mulher.

VIOLÊNCIAS NA GRAVIDEZ:

- Se você sofrer qualquer tipo de violência física, sexual ou psicológica por parte de pessoas próximas ou desconhecidas e desejar ajuda do serviço de saúde, converse com o profissional que a está atendendo. Procure orientações para defender seus direitos e não permitir que aconteça novamente. Ligue 180 ou Disque Saúde – 136, de forma gratuita, e denuncie.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Este trabalho trata de orientações a cerca do tema “O papel da enfermeira no atendimento do Pré - natal de Alto Risco da gestação na adolescência”, no que se refere ao acompanhamento de gestantes adolescentes. Para a pesquisa foram utilizadas palavras-chaves que envolvem o assunto, tais como: A assistência pré-natal no Brasil; a gravidez precoce; o papel do enfermeiro no acompanhamento de adolescentes grávidas, pré-natal, e na mesma também se utilizou artigos, periódicos, os quais foram em sua maioria encontrados no site de busca *Scielo*. Bem como se analisou monografias, dissertações e teses que abordavam a respeito da temática, além de consulta à diversos autores como por exemplo: Peixoto (1981), Ponte Junior; Ximenes Neto (2004), Moreira (2008), Freitas *et al.* (2011), Montenegro; Rezende (2013), Shaffer (2005), Neme (2005) e manuais do Ministério da Saúde, como também a própria carteira de vacina, e carteira da gestante, entre outros.

Com o suporte dessas fontes para o trabalho, foi possível adquirir bastante informações, e conhecimentos para a realização do mesmo. Através da revisão e da comparação dos artigos buscou-se saber as causas da gravidez precoce, suas complicações, a reação da família e do parceiro ao descobrir a gravidez da adolescente; mostrar as conseqüências dessa gravidez para sua vida social, e o trabalho desenvolvido por profissionais da saúde para evitar variados problemas que podem ocorrer no decorrer da gravidez, e assim manter o bem estar da mãe e do bebê.

A metodologia desenvolvida neste estudo trata-se de pesquisa qualitativa por meio de trabalhos bibliográficos com revisão de literatura, a fim de proporcionar aos leitores ampla visão sobre a compreensão da atuação do profissional de saúde no atendimento a gestantes adolescentes. A priori foram levantadas várias informações acerca da temática utilizando bibliografias publicadas a partir do ano de 2004, artigos científicos, livros publicados entre 2005 a 2015 e por meio de pesquisas na internet.

Com base nestes estudos verifica-se no trabalho de Santos (2011) (sobre o papel dos enfermeiros da estratégia Saúde da família nas atividades de prevenção da gravidez na adolescência), que a autora busca elucidar o trabalho educativo e humanizado oferecido pelos enfermeiros bem como a orientação sobre sexualidade, riscos e complicações da gravidez e do aborto, do acesso a contracepção, e de uma

ampla política do planejamento familiar, que de maneira imprescindível pode influenciar na diminuição da proporção de gravidez na adolescência na população.

Na obra *Rotinas em Obstetrícia* de Freitas *et al* (2011) pode-se refletir sobre a prática assistencialista pré-natal do cotidiano do profissional de saúde, tendo como objetivo auxiliá-lo na realização de um pré-natal de qualidade afim de contribuir para a saúde materna e fetal. Em Montenegro; Rezende *Obstetrícia* (2013) obteve-se como contribuição para este estudo os conceitos das principais doenças de risco para gestante adolescente, evidenciando as possíveis causas e apresentando ações preventivas para as mesmas.

Ainda como contribuição para o desenvolvimento deste trabalho destaca-se a obra de Shaffer (2005), sobre psicologia do desenvolvimento infância e adolescência, no qual o mesmo traz conceitos sobre adolescência, conflitos neste período da vida, violência sexual na vida dos adolescentes, atividade sexual precoce, e possíveis contaminações de DSTs. Com base nos manuais técnicos do Ministério da Saúde dos anos de (2005, 2006, 2010), adquiriu-se um leque de informações sobre o papel do SUS em ofertar o direito garantido as gestantes por meio da Assistência pré-natal.

Outro autor que contribuiu muito para o desenvolver deste estudo trata-se de Neme (2005), na obra *Obstetrícia básica* verifica-se conceitos relacionados a assistência básica, fisiologia fetal e materna, bem como os atuais conhecimentos relacionados a medicina fetal, integridade física da gestante, as condições traumáticas e as medidas que evitam atingir os interesses maternos.

No tratado de ginecologia Berek (2014), tratam-se de assuntos relacionados a sexualidade, difusão sexual e violência sexual, observando questionamentos sobre preocupações sexuais, e as atitudes e comportamento principalmente em adolescentes. Em Lowdermilk *et al.* (2012), em sua obra *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica*, verifica-se informações relacionadas a contribuição do enfermeiro no processo de orientação a gestante adolescente, afim de evitar possíveis complicações futuras. Outros periódicos discutem sobre o papel do Enfermeiro na assistência pré-natal à gestante adolescente, gravidez na adolescência em unidade de saúde pública no Brasil, consulta de pré-natal de Enfermagem: cuidado além dos aspectos fisiológicos, Assistência pré-natal a adolescente e os atributos da atenção primária à saúde, de como material didático

analisou-se a caderneta da gestante distribuída pelo Ministério da Saúde através do programa Rede Cegonha.

A metodologia utilizada, baseou-se em compêndios da internet, utilizando vários sites de pesquisas, autores, entre outros. Portanto, este trabalho é de fundamental importância para os profissionais de enfermagem, como enfermeiros que atuam no setor de assistência pré-natal, afim que desejem aprimorar seus conhecimentos e experiência com o determinado assunto apresentado, e assim disponibilizam um atendimento especial no momento do pré- natal com as adolescentes que já estão por de mais necessitadas de ajuda, e então chegam a prestar uma assistência humanizada, com amor e dedicação no que faz.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante a análise das pesquisas apresentadas ao longo deste trabalho levantaram-se três principais questões a respeito do tema: "O Papel da Enfermeira no Atendimento do Pré-Natal de Alto Risco da Gestação na Adolescência", são eles: o conturbado período da adolescência e as conseqüências da falta de orientação familiar; as dificuldades encontradas na realização do pré-natal de alto risco em gestantes adolescentes; a importância do trabalho desenvolvido pela enfermeira no atendimento as gestantes adolescentes de alto risco.

Nos dias atuais é notório o desenvolvimento de adolescentes que estão amadurecendo mais cedo do que em outros tempos. Isso devido ao ambiente favorável que os cerca, desde as descobertas fisiológicas até as tecnológicas, quando isso ocorre em indivíduos mais seguros e confiantes capazes de interagir em ambientes sociais diferentes. Este amadurecimento possui suas vantagens e desvantagens, se por um lado há a maturação da aparência precoce semelhante ao do adulto, capaz de lhes dar certos privilégios e responsabilidades normalmente reservado aos indivíduos mais velhos, por outro lado ao longo desta fase este amadurecimento pode oferecer uma falsa autoconfiança, passando a ilusória idéia de vivenciar o cotidiano adulto causando graves turbulências no psíquico social deste adolescente e tendo como conseqüências danos muitas vezes irreversíveis.

No que diz respeito ao desenvolvimento da sexualidade do adolescente observa-se que as mudanças biológicas da puberdade trazem consigo a produção de hormônios que preparam o corpo dos mesmos aumentando de maneira radical a libido sexual. Nessa fase esses jovens se preparam para descobrir as novas necessidades que influenciam consideravelmente suas escolhas sexuais a fim de expressar seus sentimentos de maneira a não reprimi-los mediante os contextos culturais e sociais que estão inseridos. Poucas são as sociedades que ofertam uma educação diferenciada na área sexual para as crianças com o intuito de prepará-las e torná-los adultos sexualmente maduros.

Em culturas restritivas observa-se o contraste com relação à orientação sexual de adolescentes, estas tratam a temática como um tabu e atuam de forma a reprimir com rigor tais expressões, no Brasil este assunto ainda é tratado de forma tímida, uma vez que o sistema educacional se omite em repassar as devidas orientações às crianças em fase de desenvolvimento. De forma geral, os adultos

deixam a tarefa de educar sobre relações sexuais nas mãos das próprias crianças, que acabam aprendendo com os indivíduos ao seu redor, com o relacionar-se com os membros do sexo oposto.

Verifica-se que os adolescentes do século XXI, estão gradualmente mais liberais em seus pensamentos sobre sexo, pois suas atitudes revelam pouca ou nenhuma preocupação em relação às consequências que o ato sexual sem proteção pode resultar, os mesmos não estão mais preocupados se podem adquirir uma DST, sendo a mais perigosa a AIDS, ou uma gravidez precoce. O que importa para eles hoje é a relação sexual pré-conjugal com amor, o que torna a prática aceitável, mas não menos perigosa.

Em suma, tanto a atividade sexual como o comportamento desses adolescentes mudou radicalmente neste século, tornando assim o envolvimento sexual de qualquer tipo como parte da experiência normal da vida desses jovens, indiferente de grupos étnicos ou classes sociais. O indivíduo sexualmente ativo no início da adolescência não percebe o qual arriscada pode ser essa atividade, deixam levar-se por problemas familiares, problemas na escola, e envolvem-se em atos delinquentes que inclui o abuso de álcool e outras substâncias, com isso esses jovens pelo o excesso de autoconfiança estão deixando de usar os métodos contraceptivos por razões de falta de informação, imaturidade, ou reafirmação pessoal, deixando-os dessa forma em situação de perigo com consequências bastante sérias.

Nessa perspectiva Shaffer (2005), destaca que uma das principais consequências de adolescentes sexualmente ativos refere-se à gravidez nesta etapa, a gravidez precoce, verifica-se que um milhão de adolescentes solteiras engravida por ano, e 50% dessas gravidezes terminam em abortos naturais ou planejados, e em cerca de dois milhões de bebês em países desenvolvidos. Os nascimentos fora do casamento são mais comuns entre os grupos economicamente menos favorecidos, e cerca de dois terços das mães adolescentes optam por cuidar dos seus bebês, ao invés de colocá-los para a adoção. Este cenário mostra adolescentes despreparadas que terão como consequências sua educação interrompida, perda de salários ou falta de emprego ficando em desvantagens economicamente, além do que, essas meninas não estão preparadas psicologicamente para tornarem-se mães, o que pode prejudicar bastante o desenvolvimento do bebê.

Justamente por esse motivo é importante entender o papel da enfermeira no processo de apoio a essas adolescentes, outrora no Brasil a ocorrência de assistência pré-natal vem sendo considerada um essencial instrumento da saúde pública desde 1970, momento no qual se constatou um aumento considerável no número de gravidez principalmente em mulheres menores de vinte anos (PONTE JÚNIOR; XIMENES NETO, 2004).

A fim de auxiliar na busca de soluções com o intuito de amenizar as consequências de uma gravidez precoce, foi que inicialmente analisou-se por meio das literaturas desenvolvidas ao longo do trabalho, dados sobre o perfil socioeconômico, situação de escolaridade, falta de diálogo na família, em seguida dados obstétricos das gestantes e, por fim, os possíveis dados e causas mais freqüentes sobre a adolescente onde é elevado o índice de gravidez nesse período do que nos anos anteriores. Vejamos no quadro 05:

Quadro 5 - Índice de gravidez na adolescência.

Idade	Nº de literatura consultadas	%
De 11 a16	26	60
De 17 a19	26	20
De 20 a34	26	10
De 35 a54	26	08
De 55 a65	26	02

Conforme o quadro 05 verifica-se que os índices de grávidas neste período estão em maior número entre adolescentes na faixa etária de 11a 16 anos. Constando cerca de 60% de jovens que iniciam precocemente a vida sexual, e por diversos motivos, acabam ficando grávidas, muitas vezes de maneira indesejada, causando sofrimento psicológico até mesmo físico, afetando a própria mãe e o feto.

Conforme Ponte Júnior; Ximenes Neto (2004) a diminuição da fecundidade do Brasil é um fato bastante conhecido. Para o grupo de mulheres entre 15 e 19 anos, porém a tendência da fecundidade segue um sentido inverso, apresentando um aumento na ordem de 26% entre as taxas. Pode-se observar no gráfico abaixo que a maioria das adolescentes solteira com 43%, apenas 21% são casadas, 18% têm companheiro fixo e 18% não tem companheiro fixo. Demonstrado no gráfico 01.

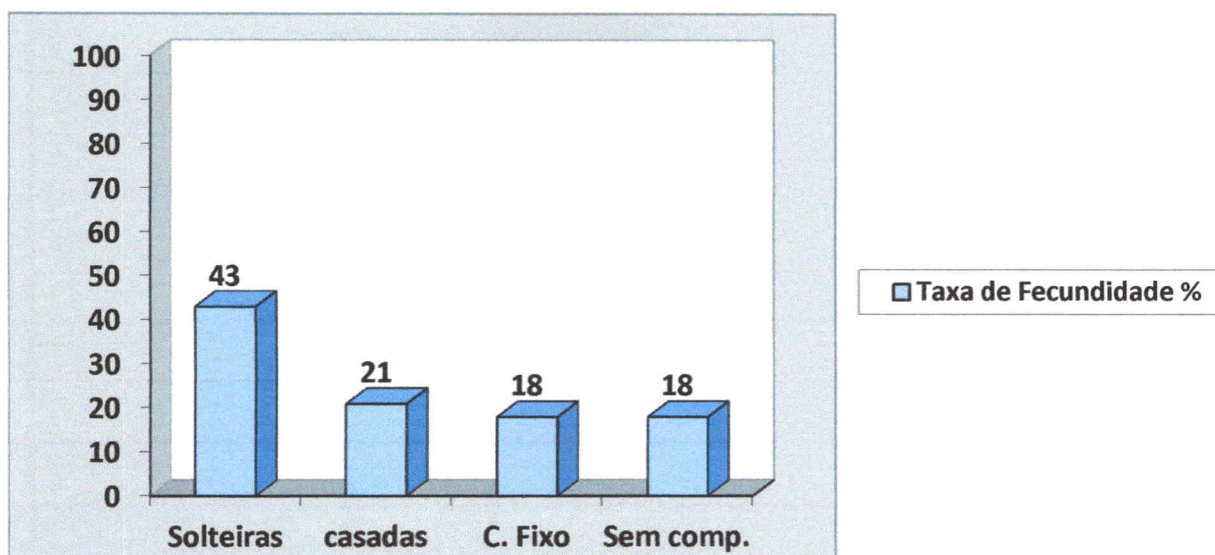


Gráfico 1 - Taxa de fecundidade entre adolescentes. Fonte: Ponte Júnior; Ximenes Neto (2004).

Uma das coisas a levar-se em consideração nos dados apresentados por Ponte Júnior; Ximenes Neto (2004) refere-se à condição conjugal dessas adolescentes, uma vez que cerca de 43 % estão solteiras, fator preponderante, pois as mesmas nesse momento não contam com apoio que o companheiro deveria lhes dar como atenção e auxílio, afetando dessa maneira, seu estado emocional e psicológico. Nessa estatística constam também aquelas que não possuem companheiro fixo que somam um total de 18%, estas também se encontram em situação de vulnerabilidade, necessitando de todo apoio familiar e profissional que encontrar.

Outro fator levado em consideração trata da evasão escolar pela adolescente, pois é um dos principais erros que estas cometem ao sair da escola, o que prejudica toda a vida dessas meninas que não contam com estrutura para criação e educação do filho que está por vir. A falta de projetos de vida e a ociosidade pela não frequência à escola são causas e riscos potenciais que levam a adolescente a um estágio de vulnerabilidade para a aquisição da gravidez. Os dados abaixo ainda mostram que 73% das adolescentes são alfabetizadas; e, 27% são analfabetas funcionais. Dentre as alfabetizadas 21% estudaram 2 anos, 42% estudaram 5 anos, 21% estudaram 6 anos, 12% estudaram 13 anos e 4% 14 anos.

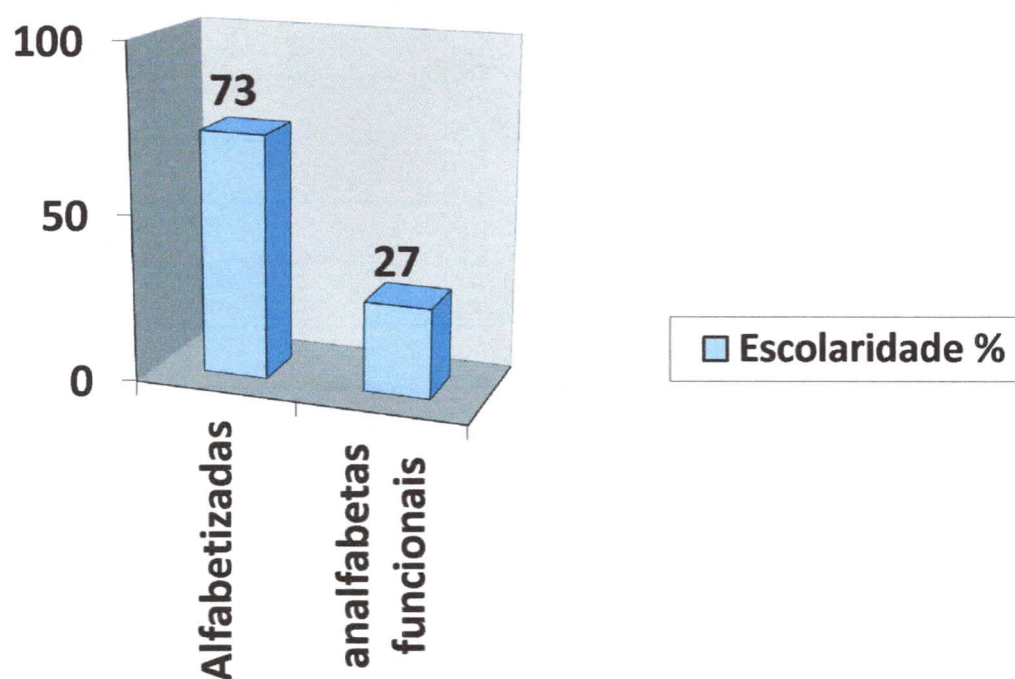


Gráfico 2 - Escolaridade de adolescentes grávidas. Fonte: Ponte Júnior; Ximenes Neto (2004).

Não Alfabetizada 27%, Alfabetizada 36%, 21%, 12%, 4%.

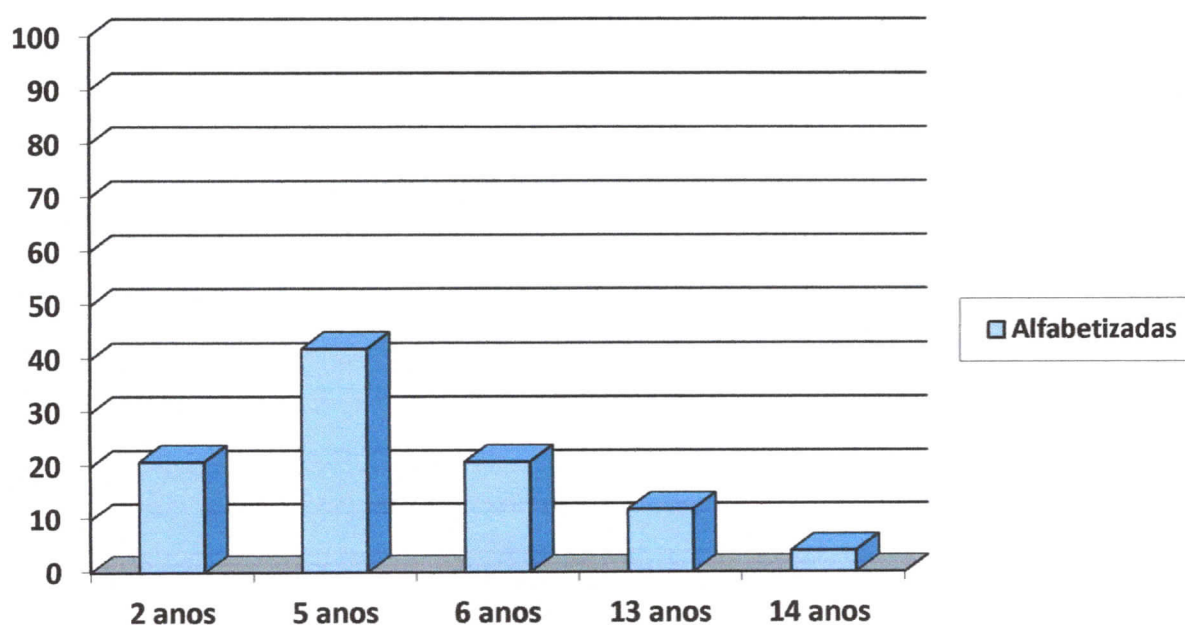


Gráfico 3 - Dados estatísticos das adolescentes alfabetizadas. Fonte: Ponte Júnior; Ximenes Neto (2004).

De acordo com os gráficos 02 e 03, observa-se que grande maioria das adolescentes são alfabetizadas, sendo 73 % no total, no entanto destas apenas 4 % conseguiram terminar o ensino fundamental e médio completo, possibilitando assim melhores oportunidades de colocação no mercado de trabalho, 12 % possuem o ensino médio incompleto, 21% não concluíram nem o ensino fundamental maior, e entre os índices mais elevados constam as que concluíram apenas o ensino fundamental menor, ou seja, estudaram até 36% o 5º ano do ensino básico, e há ainda aquelas que não concluíram nem o ensino fundamental menor, estudando apenas até 27% o 2º ano do ensino fundamental básico. Com isso entende-se que grande parte dessas futuras mães encontra-se despreparadas para encarar oportunidades de emprego, tornam-se muito cedo donas do lar, com responsabilidades sobre a criação dos filhos, e possuem sentimento de frustração por adiar planos em uma importante fase de desenvolvimento de suas vidas.

Em resumo as mães adolescentes geralmente encontram-se economicamente em situações inferiores estando sujeitas a desnutrição, uso de álcool e outras drogas, muitas vezes não recebem o cuidado pré-natal adequado e conseqüentemente estão sujeitas as complicações pré-natais e no parto, o que ocorre de darem a luz a bebês prematuros e pequenos para a idade gestacional. Muitos são os desafios que os pais enfrentam ao tentar atrasar o início da vida sexual, e reduzir a incidência de gravidez nas adolescentes, no entanto, o melhor caminho ainda tem sido o diálogo franco entre pais e filhos, está tem sido uma estratégia de prevenção muito eficiente, pois o ato da comunicação revela a diminuição dos autos riscos sexuais, quando ocorre este diálogo muito antes da atividade sexual do adolescente.

Como se observou ao longo deste trabalho quando se trata de mães adolescentes verifica-se um fator de risco desta concepção, pois certamente estas não estão preparadas intelectualmente, psicologicamente e financeiramente para conceber outra vida, uma vez que pais e mães adolescentes pouco sabem sobre como agir para o desenvolvimento de seus filhos, vendo-os como um estorvo e passam a experimentar grande estresse tratando do bebê com pouca sensibilidade e amor.

A gravidez é um fenômeno natural que ocorre na vida da mulher, na maior parte dos casos ocorre sem problemas para as futuras mães, mas fisiologicamente as gestações que envolvem adolescentes costumam apresentar inúmeras

complicações causando altos riscos tanto para a mãe como para o feto. Visando dirimir essas complicações, é que se faz necessário iniciar o trabalho de assistência pré-natal com essas jovens gestantes, focando nos pontos necessários a fim de evitar possíveis problemas ao longo da gestação.

Um amplo estudo de revisão sobre o tema identificou vários fatores de risco para a gravidez na adolescência. Segundo Neme (2005) estes fatores são:

- Idade da primeira gravidez- adolescentes muito jovens não estariam preparadas para planejar o futuro e entender as conseqüências de suas ações em longo prazo.
- Escolaridades dos pais - o maior grau de escolaridades dos pais serviria de modelo para as filhas adiarem a segunda gravidez.
- Escolaridades – em geral, adolescentes que engravidam têm menor escolaridade que as que adiam a gravidez. A direção de causalidade não é clara; a maternidade precoce pode levar ao abandono escolar, ou o fracasso escolar pode transformar a maternidade em um caminho alternativo para a aquisição do papel adulto. Além disso, estudos têm demonstrado que adolescentes que retornam á escola nos primeiros dois anos pós-parto têm menor taxa de repetição gestacional. Mais ainda, adolescentes que postergam a segunda gravidez apresentam maior probabilidade de retornar á escola.
- Antecedentes de abortamento espontâneo – neste caso, os autores sugeriam com hipótese que a gravidez seria motivada por sentimento de culpa ou desejo de substituir a perda gestacional.

Conforme dados apresentados por Buchabquief *al* (2011), os profissionais de enfermagem devem estar atentos aos principais indicadores de risco gestacional, proporcionando uma boa qualidade na assistência a gestante evitando mortalidade tanto materna quanto fetal. Estes indicadores podem claramente ser observados no quadro 06:

Quadro 6 - Indicadores de risco gestacional.

Biológicos	Idade materna inferior a 16 ou superior a 35, peso inicial inferior a 50 kg, estatura inferior a 150cm, historiafamiliar de doenças hereditárias.
Clínicos	Hipertensão, nefropatia, diabetes, cardiopatia, etc.
Ambientais	Abastecimento deficiente de água, falta de esgotos, condições precárias de habitação, estilo e qualidade de vida.
Comportamentais	Fumo, etilismo, uso de drogas, atividade em trabalho braçal, sedentarismo.
Relacionados a assistência médica	Má qualidade da assistência, cobertura insuficiente ao pré-natal, falta de integração interinstitucional.
Socioculturais	Nível educacional baixo, mães solteiras, adolescentes e não aceitação da gravidez.
Econômicos	Baixa renda
Obstétricos	Historia de infertilidade, gravidez ectópica ou aborto espontâneo, anormalidade uterinas, gestoria de natimorto, recém-nascido de baixo peso, etc.
Condições atuais	Pré-natal ausente ou tardio, hemorragia, anteparto, hipertensão induzida pela gestação, ruptura prematura de membranas, gestação prolongada, crescimento intra-uterino, e outros

Fonte: Freitas *et al*, (2011).

Os indicadores de risco apontados no quadro06mostra, mas principais complicações que as gestantes, muita delas adolescentes estão propensas a passar durante o período de formação do bebê. Nesse sentido enfocaremos em alguns pontos das condições atuais dentro dos fatores de risco apresentados neste trabalho.

A primeira complicação que muitas grávidas podem passar refere-se a morte do feto, Freitas *et al*, (2011) define como sendo aquela que ocorre com gestação já prolongada, no qual o feto pesa 500g ou mais, e antes da sua expulsão ou extração, o mesmo não apresenta batimentos cardíacos, movimentos respiratórios ou corporais.

O segundo fator de risco trata do abortamento, e é caracterizado quando a gestação não completa as vinte semanas, e o feto perde seus sinais vitais de maneira espontânea ou abrupta. Quando o aborto acontece de forma espontânea as principais causas envolvem infecções intra-uterinas ou problemas no colo do útero. Já o aborto abrupto é a intervenção consciente realizada pela gestante com o uso de

medicamentos abortivos ou outras manobras para a retirada do feto em virtude de gravidez indesejada.

Montenegro; Rezende (2013) contribui para também esclarecer algumas complicações de risco ao tratar do tema sobre rupturas prematuras de membranas e defini-las como uma das principais causas para morbidades Peri natal, quando a ruptura da membrana ocorre antes das trinta e sete semanas caracteriza que a mulher entrou em trabalho de parto antes do tempo, que se denomina de parto pré-termo. O parto pré-termo continua sendo uma importante causa de mortalidade neonatal, isto ocorre devido as intercorrências de prematuridade do feto, definindo-se que os mesmos ainda encontram-se abaixo das trinta e sete semanas e com peso inferior a 2,500g, considerado um bebê prematuro. Para o diagnóstico de um nascimento prematuro alguns sintomas devem ser observados que vão desde inflamação até hemorragia, esses fatores podem ser apresentada em maior ou menos intensidade, como observado no quadro 07:

Quadro7 - Fisiopatologia e fatores de risco

Fatores de risco para o partopré-termo	
Maiores	Menores
Gestação múltipla	Hipertemia materna
Polidrâmnio	Sangramento uterino
Anomalia fetal	Pielonefrite/ bacteriúria
Anomalia uterina	Tabagismo
Cirurgia abdominal na gestação	Adição a drogas
Abortamento de repetição	Abortamento prévio
Conizaçãouterina prévia	Idade maior que trinta e cinco anos
Sérve-uterina incompetente	Parto pré-termo anterior
Rupreme	Vaginite
Coriamnionite	

Fonte: Freitas *et al*(2011).

O quadro 07 mostra o desenvolvimento do parto pré-termo que envolve contrações uterinas mediante mecanismos básicos que inclui estresse, inflamações e modificações físicas do colo uterino, isquemia uteroplacentária e hemorragia. O estresse fetal ou materno pode provocar liberação de hormônios como ocintocinio e provocar modificações físicas locais na cérvix, causando a redução do fluxo

sanguíneo placentário, levando a um quadro de pré-eclâmpsia e de sofrimento fetal crônico, que pode agravar-se para hemorragia levando a insuficiência vascular, e conseqüentemente ao óbito maternal e fetal.

Uma das principais complicações fisiológicas da gravidez refere-se ao crescimento intra-uterino restrito, este define-se pela incidência de recém nascidos abaixo do peso que é menor que 2,500g, este crescimento e desenvolvimento fetal depende de fatores genéticos, endocrinológicos, imunológico, nutricionais e vasculares. Qualquer distúrbio presente em um desses fatores pode resultar no atraso do crescimento do feto. Os fatores que envolvem ao CIUR englobam maternas, fetais, e uteroplacentários observados abaixo:

Quadro 8 - Fatores supostamente associados ao CIUR

FATORES SUPOSTAMENTE ASSOCIADOS AO CIUR
Fatores maternos Gerais -Idade: gestações em mulheres entre 21-29 anos tem menor possibilidade de prematuridade, de mortalidade Peri natal e de CIUR. A taxa de CIUR aumente antes e depois desse período. Gestação em mulheres acima de 35 anos apresentam maior número de distúrbios metabólicos (hipertensão e diabete melito), de implantação placentária inadequada e de insuficiência uteroplacentária. O risco relativo para anormalidades cromossômicas freqüentemente associadas ao CIUR é maior em gestantes acima de trinta e cinco anos. -Peso: o CIUR esta associada a pacientes com peso inicial abaixo de 54k. -Historia de CIUR materno aumenta o risco de CIUR para sua prole. Condições socioeconômicas. - Baixa escolaridade - Trabalho inadequado - Desnutrição Hábitos - Cigarro - Uso de álcool - Uso de drogas ilícitas Drogas - Drogas teratogênicas têm importante efeito no crescimento fetal. Anticoagulantes (Varfarina), a hidantoína e o lítio estão associados a alterações fetais e ao CIUR. Doenças maternas - Má adaptação da circulação materna. - Doença renal crônica. - Pré-eclâmpsia e hipertensão crônica - hiperinsulinêmica - Doença cardiopulmonar crônica - Anemia - Infecção do trato urinário - Doença auto imune

Fatores fetais

- Anormalidades cromossômicas: identificadas em aproximadamente 15% dos casos de CIUR.
- Patologias: displasias, condrodistrofias, osteogênese imperfeita, deficiência de sulfatase placentária, defeitos de tubo neural.
- Radiação
- Infecção intra-uterina
- Gestações múltiplas: umas das causas mais freqüentes de CIUR
- Fatores imunológicos
- Intervalo entre as gestações: períodos inferiores a dois anos aumentam o CIUR
- Ordem de nascimento: maior freqüência de CIUR em primogênitos de pacientes jovens e mais velhas.

Fatores uteroplacentários

- Anormalidades uterinas: em particular, útero bicornes e septado
- Anormalidades placentárias: inserção anormal de cordão, anormalidade de forma, de sítio de implantação, tumores, artéria umbilical única, síndrome de transfusão fetal e mosaica placentário.

Fonte: Freitas *et al* (2011).

Ao se analisar os fatores associados ao crescimento intra-uterino restrito verifica-se que o mesmo está associado a insuficiência placentária o que na maioria das vezes é agravada no momento do parto, por isso é necessário durante o trabalho de parto que essas gestações sejam monitoradas com o objetivo de detectar sinais de sofrimento evitando assim complicações Perinatais como asfixia e eliminação do mecônio realizando assim um atendimento neonatal rápido e eficiente.

O papel da enfermeira no atendimento as gestantes adolescentes de alto risco é de alta relevância para evitar que a mesma sofra as complicações advindas de fatores externos e internos ao longo da gestação.

Com o novo modelo assistencialista proposto pelo ministério da saúde, o desafio para o profissional enfermeiro teve suas ações voltadas para o acolhimento que abrange não só um indivíduo mais toda comunidade no trato com a saúde e na humanização como forma de buscar atenção qualificada para a população. O trabalho deste profissional consiste em acolhimento de modo a garantir o estreitamento das relações entre a equipe de saúde e usuários de maneira que as adolescentes jovens que procuram o serviço de saúde para a realização do pré-natal sejam ouvidas com atenção e recebam as informações, atendimentos e encaminhamentos adequados. A enfermeira passa então a ter a função de educadora, e os familiares auxiliam-na para juntos enfrentarem os problemas advindos de uma gravidez precoce.

Uma das estratégias na busca de acolhimento e acompanhamento de gestantes adolescentes é a visita domiciliar que firma-se como uma importante ferramenta no intuito de identificar mulheres grávidas e inseri-las o mais breve possível no programa de assistência pré-natal, proporcionando assim melhores resultados maternos neonatal, além disso, a enfermeira pode através do diálogo estabelecer vínculo afetivo ao mostrar interesse pelos problemas da gestante, logo na primeira consulta é necessário registrar detalhadamente os primeiros parâmetros de identificação, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos, além da gravidez atual dentro do período da anamnese, após os devidos questionamentos deve ser feito o exame físico da maneira mais completa possível céfalo podal. Dessa forma busca-se assegurar uma gestação saudável e tranqüila até o momento do parto.

É papel do enfermeiro, orientar a futura mãe sobre a importância dos dados registrados no cartão da gestante, esses registros são necessários para monitorar as possíveis urgências que venham ocorrer. Deve-se ainda auxiliar a adolescente a preparar-se para a maternidade inserindo-as em grupos participativos, fórum de dúvidas, envolvimento familiar, especialmente da mãe da gestante e do parceiro, uma vez que a presença da família oferta benefícios como segurança, alto confiança, redução de casos de depressão pós-parto e uso de medicamentos sem orientação médica.

Portanto, preparar-se para a maternidade inserindo-as em grupos participativos, fórum de dúvidas, envolvimento familiar, especialmente da mãe da gestante e do parceiro, uma vez que a presença da família oferta benefícios como segurança, alto confiança, redução de casos de depressão pós-parto e uso de medicamentos sem orientação médica. Neste acompanhamento ao longo dos estudos entre livros, revistas e artigos, todas as adolescentes que engravidaram não tinham costume de fazer sexo seguro, com o uso de preservativos, alegando que os companheiros fazem repreensão, acham que é desnecessário, não dar prazer e a muitas vezes à falta de conhecimento por serem pouco instruídas, sem ter diálogo familiar acabam sendo levadas pela a opinião do companheiro.

Assim percebeu-se que o homem não se preocupa com as várias doenças, principalmente doenças sexualmente transmitidas (DST), alegando a desconfiança e o desamor entre os adolescentes, que para eles o uso de preservativos é grande empecilho para a plenitude do amor. É nesse sentido que o serviço Público deve

agir com mais rigor, pois tem que fazer com mais freqüência palestras nas comunidades, escolas, igrejas e outros lugares.

Após analisar todas as possibilidades deste estudo conclui-se que os Governos Federal, Estadual, Municipal juntamente com instituições sociais, deveriam cuidar com mais coerência dos nossos adolescentes incentivando sobre os métodos que faça com que esses jovens não engravidem precocemente, como por exemplo, fazendo mais palestras quinzenais tanto para as adolescentes, como também para os pais, tios, tias, e entre outros que convivem no meio familiar, para que todos fiquem cientes que quem vive em uma sociedade um tem que cuidar do outro, pois viram uma família, e quem ama cuida. Nesse sentido todos sairiam ganhando, não teria muitas crianças de rua, despesas com tratamento fora do domicílio (TFD), formação de famílias sem estrutura, mesmo que morassem juntos, mas poderiam ter filhos com o apoio da sociedade, não iam deixar estas adolescentes desamparadas claro que todos iriam ajudar, porque, com mais rodas de conversas, palestras, folhetos e cartazes informativos muitos ficariam sensibilizados prontos para ajudar, e orientar estas mãezinhas que se cuidem para que não engravidem de outra criança tão cedo. Porque não iriam parar seus estudos e teriam mais tempo para estudar. A maioria das adolescentes que estão estudando e engravidam depois que ganham bebê, muitas não dão continuidade nos seus estudos pois algumas não tem condições financeiras para pagar alguém que ajude a cuidar da sua criança, e o companheiro deixa o estudo para poder trabalhar e dar suporte ao seu lar. Outras deixam seus bebês com as avós que também estão com sua vida cansada e não conseguem dá uma boa estabilidade para seus netos, e assim acabam indo pelo mesmo caminho, porém com o apoio da sociedade podem ter condições de levar uma vida digna, e claro que todos terão condições de ser solidários para que essas mãezinhas possam voltar a estudar.

5 CONCLUSÃO

Ao verificar-se que a gravidez na adolescência vem ocorrendo de maneira recorrente e freqüentemente causando inúmeras implicações para a mãe e o bebê, resolveu-se neste estudo discutir o papel da enfermeira na assistência pré-natal nesse período peculiar da mulher, justamente por ser um período de transformações que acaba atingindo a adolescente e sua vida social como um todo, e que vem se apresentar como um fenômeno crescente cada ano no Brasil.

Observou-se então, que há uma grande preocupação por parte de órgãos competentes como as Organizações de Saúde Nacionais e Internacionais, no que tange a menor gestante, no sentido de que ela deve receber a devida atenção no período pré-natal, a fim de evitar uma série de problemas, dentre eles, o parto prematuro, má formação do feto, e risco de vida para mãe e o feto. Compreender os fatores que implicam esse processo é primordial para o profissional de enfermagem no trato com o seu público alvo, uma vez que o mesmo pode procurar investigar os motivos que levaram a adolescente a engravidar precocemente e as principais consequências na sua vida, com o objetivo de oferecer-lhe apoio adequado no seu período gravídico.

Muitos foram os autores e as publicações de apoio na realização deste trabalho que se baseou em esmiuçar os assuntos que serviram de embasamento ao tema: "O papel da enfermeira no atendimento pré - natal de alto risco da gestação na adolescência", no que se refere ao acompanhamento de gestantes adolescentes, visando analisar o que e como o enfermeiro no seu cotidiano pode fazer na assistência a essas jovens, uma vez que o mesmo tem a função de auxiliá-las e orientá-las ao decorrer da gravidez, no intuito de proporcionar a saúde e o bem estar da mãe e do bebê.

A assistência pré-natal, portanto, é um fator importante na redução da mortalidade materna e perinatal, visto que muitas patologias no período gravídico-puerperal podem ser tratadas e controladas, evitando-se efeitos danosos, já que uma assistência pré-natal de qualidade, certamente, orientará no sentido de se evitar problemas específicos do parto ou mesmo cuidados imediatos ao recém-nascido, além daqueles do período puerperal.

REFERÊNCIAS

ABECHE, A. M. **Assistência Pré-Natal**. IN: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. RAMOS, J.G.L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. 6ª Ed, Porto Alegre: Artmed, 2011

ALVIM, D. A.B.; BASSOTO, T. R. P., MARQUES, G. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem à Gestante de Baixo Risco**. Rev. Meio Amb. Saúde, Rio de Janeiro. 2007: 258-273

BARBARO, M. C.; LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. **Assistência pré-natal à adolescente e os atributos da Atenção Primária à Saúde**. 2014 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/01041169.3035.2390>> Rev. Latino. Am. Enfermagem vol.22. Ribeirão Preto. Acesso em: 22/10/2015.

BARROS, S. M. O. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para a prática Assistencial**. 2ª ed. São Paulo: Roca 2009. Disponível em: <<https://issuu.com/guanabarakoogan/docs/barros-amstrasdepaginasr>> Acesso: 22/10/2015

BEREK, J. S. **Tratado de Ginecologia**. 15 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2014

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (BR). **Brasil Acelera a Redução da Gravidez na Adolescência**. Brasília: Ministério da Saúde 2010. Acesso em: 20/12/2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério. **Atenção Qualificada e Humanizada; Condições Especiais: Gravidez na adolescência**; cap14; p126-142; Brasília-DF2005; EDITORA MS.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério. **Atenção Qualificada e Humanizada: Procedimentos Técnicos**; cap8; p40-67; Brasília-DF2006; EDITORA MS.

BUCHABQUI, J.A.; ABECHE, A. M.; NICKEL, C. **Assistencia Pré-natal**. IN: Freitas, F.; *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 6ª: ed. Cap.1 p.23-42, Porto Alegre: Artmed, 2011.

DOMINGOS, A. C. **Gravidez na adolescência: Enfrentamento na Estratégia de Saúde da família**. 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/Biblioteca /imagem/0299pdf>> Acesso em 23/11/2015.

DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M. **Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação**. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a12v20n1.pdf>> Acesso em 23/11/2015.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. RAMOS, J.G.L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. 6ª Ed, Porto Alegre: Artmed, 2011.

GUIMARÃES, E. M. B.; COLLI, A. S. **Gravidez na Adolescência**. In: Santos, J.G.S. **O Papel dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família nas Atividades de prevenção da Gravidez na adolescência**. Teófilo Otoni- Minas Gerais. 2011. Disponível em < <https://www.nescon.Medicina.UFMG.br/biblioteca/imagem/3419.Pdf>> acesso em: 20/04/16 as 18:30m.

LOWDERMILK, *et al.* **Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 1024p. 28 cm.

MARTINS-COSTA, S, H. **Assistência ao Trabalho de Parto**. IN: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. RAMOS, J.G.L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. 6ª Ed, Porto Alegre: Artmed, 2011.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J.F. **Obstetrícia-Manuais,guias**,12 ed. RJ. Guanabara, 2013.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S.; QUEIROZ M. V. O.; JORGE, M.S.B. **Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez**. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a14.pdf>>. Acesso em: 22/11/2015.

NEME, B. **Gravidez na Adolescência Obstetrícia Básica**. 3ª ed. cap. 9 p. 71-97, São Paulo: Sarvier, 2005.

NETTINA, S. M. **Brunner Prática de Enfermagem** 8ª ed. v3. Guanabara Koogan 2007.

PEIXOTO, S. **Pré-natal - conceito, importância, finalidades**. 2ª ed. Manole LTDA 1981.

PEREIRA, S, V, M.; BACHION, M, M. **Diagnosticos de Enfermagem Identificados em Gestantes durante o Pré-Natal**; Rev. Bras. Enferm 2005. Disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/sandra-valeria-martins-pereira-maria-marcia-bachion-rev-bras-enferm-2005-nov-dez-586-659-64.html>> Acesso em: 21/07/14.

PONTE JUNIOR, G. M.; XIMENES NETO, F.R.G. **Gravidez na Adolescência no município de Santana do Acarú- Brasil: Uma análise das causas e riscos**. **Revista eletrônica de Enfermagem** – vol.06, nº 01, 2004 – ISSN 1518-1944 Goiânia. Disponível em:< <https://www.fen.ufg.br/revista6-1/f3-Gravidez.html>>Acesso em: 09/70/2014.

SANTANNA, M. J. C. **Gravidez na adolescência um problema de saúde publica**. In: Santos, J.G.S. **O Papel dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família nas**

Atividades de prevenção da Gravidez na adolescência. Teófilo Otoni- Minas Gerais. 2011. Disponível em < [https://www.nescon. Medicina. UFMG. br/ biblioteca/ imagem / 3419. Pdf](https://www.nescon.Medicina.UFMG.br/biblioteca/imagem/3419.Pdf)> acesso em: 20/04/16.

SANTOS, J.G.S. O Papel dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família nas Atividades de prevenção da Gravidez na adolescência. Teófilo Otoni- Minas Gerais. 2011. Disponível em < [https://www.nescon. Medicina. UFMG. br/ biblioteca/ imagem / 3419. Pdf](https://www.nescon.Medicina.UFMG.br/biblioteca/imagem/3419.Pdf)> acesso em: 20/04/16.

SHAFFER, David. R. Psicologia de desenvolvimento: Infância e adolescência. São Paulo, Learning, 2005.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G.;As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. 2009.Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Brasília, DF Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>> Acesso em 22/11/2015.

SILVA, P. L. J.; CHINAGLIA, M. L. M.; SURITA, C. G. F. In: NEME, B. Gravidez na Adolescência. Obstetrícia Básica. 3ª ed. cap. 148 p. 1177-1182, São Paulo: Sarvier, 2005.