

A stylized illustration of a woman's profile in white silhouette, facing right. The background is a repeating pattern of overlapping diamond shapes in teal, orange, and light beige. The woman's hair and clothing are decorated with various colorful patterns, including green circles, orange teardrop shapes, and black abstract shapes. A teal horizontal band is positioned across the middle of the image, containing the title text in white.

*Primeira Infância
e Gravidez na
Adolescência*



EXPEDIENTE

Realização:

Rede Nacional da Primeira Infância (RNPI)
Secretaria Executiva – Biênio 2013/14: INSTITUTO DA INFÂNCIA - IFAN

Grupo de Trabalho da Saúde – RNPI:

Centro de Estudos Integrados. Infância, Adolescência e Saúde – CEIIAS
Instituto da Infância – IFAN
Plan International
Visão Mundial – VM

Apoio:

Visão mundial – VM
Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF
Instituto da Infância – IFAN

Coordenação Geral:

GT Saúde - RNPI

Elaboração do Documento:

Ana Mattos Brito de Almeida – IFAN

Colaboradores:

Evelyn Eisenstein - CEIIAS
Flávio Antunes Debique – Plan International
Neilza Alves Buarque Costa – VM
Luzia Torres Gerosa Laffite - IFAN

Projeto Gráfico e design:

Andrea Araujo e Mariana Araujo

Revisão do texto:

Joice Nunes de Souza

Secretaria Executiva - Instituto da Infância - IFAN

Au. Padre Antônio Tomás. n° 2420 - Edifício Diplomata - Sala 1405
CEP: 60140-160 - Aldeota - Fortaleza/CE.
Telefone: 85+32683979
Email: secretariaexecutivarnpi@primeirainfancia.org.br
Site: primeirainfancia@org.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	8
VIOLÊNCIA SEXUAL E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM MENORES DE 15 ANOS.....	12
IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO E CUIDADOS DIFERENCIADOS.....	14
Aspectos físicos e emocionais.....	15
IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL.....	18
Principais nutrientes durante a gestação das adolescentes.....	19
PARTO.....	21
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	22
O QUE PODE DAR CERTO!.....	23
O QUE OS SERVIÇOS PODEM OFERECER.....	24
SAÚDE.....	25
EDUCAÇÃO.....	27
ASSISTÊNCIA SOCIAL (PROTEÇÃO).....	28
SAIBA MAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	32

APRESENTAÇÃO

"Quanto mais jovem essa mãe adolescente maiores são as implicações para sobrevivência e desenvolvimento dessa mãe e desse filho"
(Neilza Costa)

Ficar grávida na maioria das vezes traz felicidade e é visto por todos com muita alegria. Entretanto, temos percebido que a gravidez tem acontecido cada vez mais cedo. Meninas menores de 15 anos de idade estão engravidando, e isso não deve ser visto com naturalidade, pois além de complicações físicas para mãe e bebê, ficar grávida tão cedo traz consequências psicológicas, sociais, econômicas etc. Em alguns casos é também um indicador de violência sexual, alterando em muito as possibilidades e oportunidades de futuro dessas meninas, seus filhos e suas famílias. Esta cartilha apresenta alguns pontos que consideramos importantes para que cada um possa em seu espaço de trabalho pensar em estratégias de enfrentamento.¹

A adolescência é considerada um período do desenvolvimento humano onde ocorrem transformações físicas, biológicas, sociais e emocionais, devendo ser analisada por vários prismas, na tentativa de compreender melhor a dinâmica envolvida nesta fase, não sendo recomendado estudar separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Osório, 1992). Conforme os dados do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), realizado em 2010 existem 34.157.631 milhões de pessoas de 10 a 19 anos. Deste número aproximadamente 17 milhões são meninas, representando 18% da nossa população. Aspectos relacionados às iniquidades sociais, de gênero e raça/etnia, por exemplo, são determinantes importantes para avaliar o fenômeno da gravidez na adolescência. Assim, é fundamental que tenhamos um olhar atento para essa faixa etária e o que cada contexto tem a dizer para nós, por se tratar de um tema multifatorial, recomenda-se uma análise intersetorial e interdisciplinar.

¹ O conteúdo deste material é fruto da sistematização das apresentações do Colóquio Primeira Infância e Gravidez na Adolescência – Desafios e Repercussões Clínicas, Psicossociais e Políticas Públicas, realizado em novembro de 2013 sob a coordenação do Grupo de Trabalho de Saúde da Rede Nacional da Primeira Infância (RNPI), composto pelas organizações Visão Mundial, Plan International, Centro de Estudos Integrados Infância e Instituto da Infância (IFAN). Contou com apoio da Organização Panamericana de Saúde, Plan International, Ministério da Saúde, UNICEF, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e Visão Mundial.

Todas as pesquisas apontam para o aumento da prematuridade e do baixo peso do recém-nato (RN) filho da mãe adolescente.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A gravidez na adolescência, considerada de alto risco pela complexidade de fatores torna-se um problema de saúde pública devido às consequências que impõe à sociedade como um todo. Rios, Williams e Aiello (2007).

Em 2011, no Brasil, tivemos 2.913.160 nascimentos; destes, 533.103 de meninas de 15 a 19 anos, e 27.785 de meninas de 10 a 14 anos, representando 18% e 0,9%, respectivamente, de adolescentes grávidas nesta faixa etária. Apesar de os números indicarem uma diminuição de nascidos vivos nessa faixa etária nos últimos 10 anos, as percentagens ainda são extremamente preocupantes, com particular atenção para menores de 15 anos.

Ao analisarmos a Tabela 01 percebemos que as regiões Norte e Nordeste apresentam os maiores índices, ou seja, ¼ dos nascimentos são de meninas menores de 19 anos, também com o maior percentual para gravidez em menores de 15 anos.

Tabela 01. Número de nascimentos por ocorrência e idade da mãe segundo região. Período: 2011.

Região	Menor de 10 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 49 anos + Idade ignorada	Total
TOTAL (Brasil)	1	27.785 (0,9%)	533.103 (18%)	2.352.271	2.913.160
Região Norte	1	5.115 (1,6%)	77.857 (25%)	230.057	313.029
Região Nordeste	-	10.819 (1,3%)	177.607 (21%)	662.754	851.181
Região Sudeste	-	7.090 (0,6%)	174.628 (15%)	962.495	1.144.213
Região Sul	-	2.682 (0,7%)	61.899 (16%)	313.419	378.000
Região Centro-Oeste	-	2.079 (0,9%)	41.112 (18%)	183.546	226.737

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS

Com relação aos óbitos maternos, não se observa uma redução significativa nos últimos anos, havendo apenas uma variação entre 13% a 16%. Trata-se de mais um desafio para o gestor público. Quanto mais jovem, mais tardiamente as adolescentes identificam a gravidez e mais tardiamente procuram os serviços de saúde. O aborto também acontece mais tardiamente, gerando mais riscos e complicações. Em 2011, 15% de todas as mortes maternas foram das adolescentes abaixo dos 19 anos. De todas as mortes relacionadas ao aborto, 17% foram de jovens entre 10 e 19 anos.

Este é um assunto sensível para a sociedade por suscitar aspectos éticos, morais e religiosos. O aborto realizado em condições inseguras é uma importante causa de morte de mulheres no Brasil. Porém, é importante observar que [...] a decisão pelo aborto surge quando não há apoio familiar ou do parceiro e, muitas querem esconder o fato de seus familiares por medo ou vergonha (ANDALAFI, 2010).

Na Tabela 2, referente às taxas de mortalidade infantil, podemos observar que a chance de morte infantil duplica para os filhos de adolescentes abaixo dos 15 anos, se compararmos com as adultas que possuem entre 25 e 29 anos. E este fato acende um alerta para nossas intervenções.

Tabela 2 - Taxa de mortalidade infantil (por mil Nascidos Vivos) por idade mãe, segundo região. Período 2011:

Região	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 59 anos
TOTAL	20	14	11	10	11	16
Região Norte	23	15	13	12	13	21
Região Nordeste	19	14	12	11	12	18
Região Sudeste	19	13	10	9	10	14
Região Sul	21	14	11	9	10	17
Região Centro-Oeste	26	13	11	9	11	17

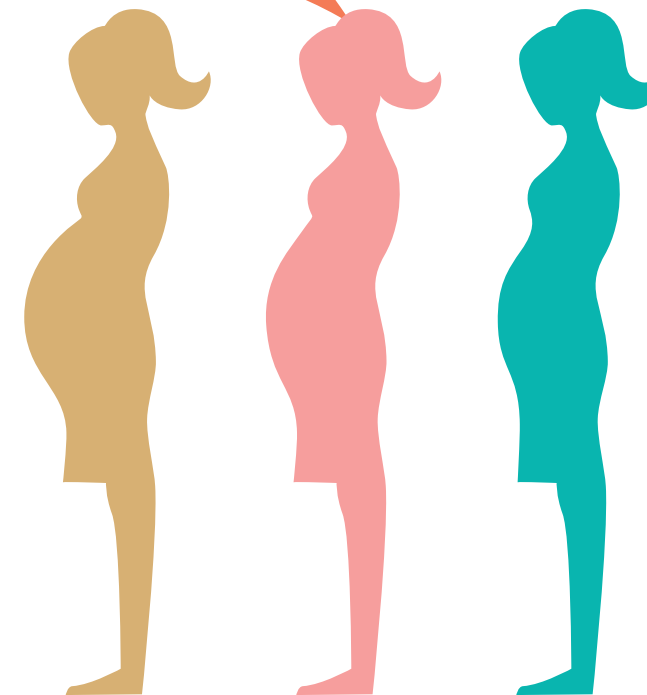
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A gravidez na adolescência é um fenômeno multifatorial: por essa razão, requer atuação integrada. Adiante abordaremos as principais repercussões psicossociais da gravidez na adolescência. Contudo, destacamos outros dados importantes para compreender a complexidade da gravidez nessa faixa etária, principalmente em meninas menores de 15 anos:

- Os índices de mortalidade infantil têm diminuído no Brasil, mas 20% dessas mortes ainda são de filhos e filhas de mães adolescentes (10 a 14 anos);
- A incidência de baixo peso é duas vezes maior entre filhos de mães adolescentes;
- A mortalidade infantil é diretamente proporcional ao peso ao nascer e ganho de peso do bebê;
- A mortalidade neonatal é três vezes maior entre os filhos e filhas de mães adolescentes quando comparados aos filhos de mulheres adultas;
- 03 em cada 10 adolescentes ficarão grávidas antes de completar 20 anos;

- As meninas mais pobres têm cinco vezes mais possibilidades de engravidar no período da adolescência do que as meninas mais ricas;
- Dos abortos por razões médicas e legais, 24,85% acontecem na faixa de 20 a 24 anos; 15,4% entre 15 e 19 anos e 1,27% de 10 aos 14 anos.

Já é certo que a gravidez na adolescência aumenta os riscos de mortalidade da adolescente durante a gestação e aumento da mortalidade neonatal e das crianças filhos de adolescentes nos primeiros 2 anos de vida.



VIOLÊNCIA SEXUAL E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM MENORES DE 15 ANOS

"Quando uma adolescente de menos de 15 anos engravida tem que se acender uma luz de alerta para todos nós"
(Rodolfo Ponce de Leon)

Nessa idade, a adolescente ainda é muito jovem. Iniciar a relação sexual nem sempre é uma decisão consciente ou livre de ambiguidades, nem é uma decisão em que se avaliam os riscos e consequências envolvidas. Ainda que sejam relações consentidas ou aceitas, muitas vezes a adolescente tem pouco controle sobre o evento da iniciação sexual. As mulheres que iniciaram relações sexuais com homens mais velhos, com sete ou mais anos de diferença, têm o dobro de probabilidade de relatar uma iniciação não desejada em comparação com as que iniciaram com homens em idades similares (FLASOG, 2011).

No caso de sexo com crianças pré-púberes ou com adolescentes abaixo da idade de consentimento (no Brasil essa idade é 14 anos), o abuso sexual é legalmente presumido como ato criminoso, independentemente de ter havido ou não violência quando o parceiro for maior de 18 anos.

Entende-se como Violência Sexual uma violência de natureza ou conotação sexual em que adultos submetem crianças e adolescentes a situações de estimulação ou satisfação sexual, imposto pela força física, pela ameaça ou pela sedução (WHO; ISPCAN, 2006)

No artigo 217-A do Código Penal Brasileiro, artigo 3º, define-se como "Estupro de vulnerável o ato de ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos" (BRASIL, 1940), com pena de reclusão de 8 a 15 anos, independente de ter havido ou não violência real.



Segundo dados do IBGE de 2010, no Brasil há aproximadamente 43 mil adolescentes abaixo dos 14 anos vivendo em situação marital; em geral esta decisão circunda ao lado da pobreza.

É importante frisar que o profissional deve estar atento à ocorrência de estupro contra vulnerável e seguir as normas técnicas e legais do caso da adolescente que está sendo atendida e consultada como gestante, e que pode ter sido abusada sexualmente. A Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011 prevê a notificação compulsória.

Em casos extremos, quando a agressão sexual resulta em gravidez, além do impacto emocional da violência, culpabilização e silêncio e falta de apoio, ainda pode levar ao limite da fuga, abandono de filho, suicídio ou infanticídio (FLASOG, 2011).

É importante mencionar que, nos casos de estupro ou situação de risco de vida para a gestante, o aborto não é penalizado, sendo garantido por Lei (Art. 128 do Código Penal Brasileiro).

Filhos de mães adolescentes têm mais chance de ter complicações ao longo da vida, incluindo atrasos do desenvolvimento, falta de apego, abandono, abusos, desnutrição, falta de vacinação.

IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO E CUIDADOS DIFERENCIADOS

Nós estamos esperando o quê pra proteger a criança filho de uma mãe adolescente! !?
(Evelyn Eisenstein)

Além da apresentação de dados epidemiológicos sobre a gravidez na adolescência e suas complicações, temos ainda outro ponto relacionado aos aspectos sociais. A gravidez perpetua o ciclo da pobreza. Assim, é importante compreendermos que a gravidez na adolescência, principalmente em menores de 15 anos, está vinculada a outros condicionantes sociais, tais como: renda, moradia, estrutura familiar, acesso a equipamentos sociais, entre outros.

A gravidez e a maternidade em adolescentes se relacionam estreitamente com os contextos de pobreza e exclusão, falta de condições para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e a ausência de medidas de proteção diante de situações de risco.

Uma alta proporção de gravidez em adolescentes não é desejada (entre 35% e 52% na América Latina e Caribe), e seguramente esta proporção é maior nas meninas menores de 15 anos.

Os fatores que incidem na ocorrência da gravidez precoce são diversos e complexos. Entre eles, cabe destacar o início cada vez mais cedo das relações sexuais; a crescente "erotização" dos meios de comunicação e entorno social; a insuficiente educação sexual e a falta de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva voltadas para esta faixa etária.

Cabe salientar em particular que existem as relações não consentidas, o abuso sexual e as agressões sexuais como fatores causais de gravidez em menores de 15 anos.

Nessa perspectiva, para compreender esse evento tão complexo e com tantas influências, temos que tentar responder a seguinte pergunta: por que as adolescentes engravidam?

Essa resposta deve ser única para cada menina. A partir dessa resposta podemos traçar um plano de ação positivo, levando em conta aspectos físicos, emocionais, sociais etc.

Aspectos físicos e emocionais

A adolescência, de uma maneira geral, é vista com estigmas e preconceito pela sociedade. Considerada uma fase de muita instabilidade e conflitos, tem sido pouco valorizada também pelas políticas públicas e serviços.

A gestação também é marcada por muitas transformações, pois além do papel de mulher, assumimos o de mãe, e é nesse momento que o binômio mãe-filho se estabelece. Contudo, ao contrário da adolescência, a gravidez é valorizada socialmente, representando muitas vezes um status social. Isso frequentemente tem atraído muitas adolescentes para esse caminho, buscando um reconhecimento ou valorização do outro.

A menarca está acontecendo cada vez mais cedo: meninas estão tendo sua primeira menstruação aos 10, 11 anos, mas a maturidade psíquico-social e empoderamento emocional não acompanham esse ciclo. Nessa idade, as meninas ainda estão construindo sua maturidade emocional; na maioria dos casos, ainda não têm condições de lidar com a complexidade de uma gestação e precisam de muito apoio caso a gravidez aconteça.

Precisamos entender também que do mesmo modo que uma mãe adolescente não tem maturidade biológica para gestar uma criança, também não tem maturidade psicológica para ser mãe. Os adultos têm mais facilidade de assumir esse papel porque conseguem se

colocar no lugar do outro: já o adolescente tem essa dificuldade, estando muito centrado em suas próprias necessidades. Esse despreparo faz com que as adolescentes usem com mais frequência a violência no trato com seus filhos, ainda que os bebês sejam criados pelas avós ou outros integrantes da família, gerando conflitos e desorganizando essa estrutura familiar.

É importante dizer que esse trato, muitas vezes inadequado, não é realizado de forma intencional. Eles (mães e pais adolescentes) não possuem recursos suficientes para lidar com essa situação tão complexa. Somado a isso podem estar vivendo outras situações de vulnerabilidade, a saber: viver em condições de pobreza e em comunidades violentas; apresentar histórico de maus-tratos e/ou exposição à violência conjugal; sofrer Violência Íntima do Parceiro (VIP); depressão; ter problemas de saúde na família (alcoolismo) etc.

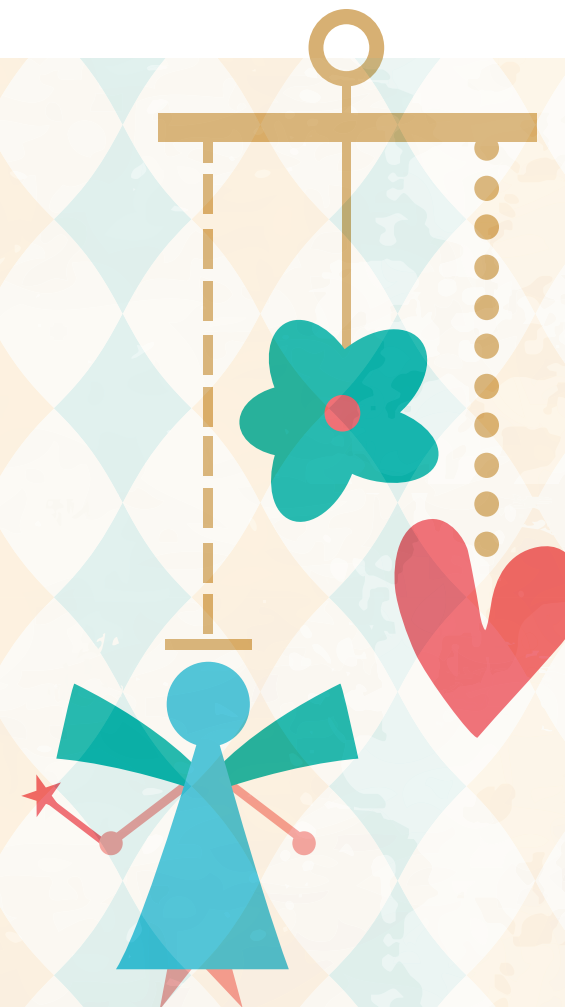
Algumas meninas, quando engravidam ainda muito novas, vão constituir uma nova família, muitas vezes com homens muito mais velhos ou outro menino também adolescente. Essa relação impulsionada pelas características dos adolescentes pode tornar o ambiente hostil e violento (a impulsividade do adolescente pode interferir negativamente no relacionamento do casal e no desenvolvimento da criança).

Para entender o adolescente, é necessário estar atento a alguns fatores que podem ser intrínsecos, com destaque para início da atividade sexual precoce; alterações no funcionamento do corpo; aumento da preocupação com a imagem corporal; e pensamento mágico e impulsivo. Além destes, existem os fatores extrínsecos, por exemplo: condições socioeconômicas; estrutura familiar; exploração da sexualidade pela mídia e abuso sexual.

Pensando numa visão mais abrangente da situação da gravidez na adolescência destacamos os pontos a serem observados na ocasião da gravidez de uma adolescente:



- Idade da adolescente;
- Idade ginecológica;
- Hábitos nutricionais;
- Acompanhamento pré-natal;
- Uso de nicotina;
- Fatores culturais e sociais;
- Falta de saneamento;
- Apoio familiar;
- Acesso à suplementação alimentar;
- Maturação biológica;
- Nível de escolaridade;
- Adequação proteica-calórica-nutrientes;
- Pequeno intervalo gestacional;
- Uso de álcool;
- Minorias étnicas;
- Área urbana, rural ou ribeirinha;
- Violência estrutural;
- (Des) emprego do pai/mãe/parceiro/marido;
- Idade da menarca;
- Uso de drogas;
- Estresse emocional objetivo;
- Atividades físicas;
- Pobreza;
- Altura do pai e da mãe;
- Suporte social;
- Acesso ao serviço de pré-natal;



A análise e conhecimento de todos esses aspectos irão auxiliar no acompanhamento desta gestação e desenvolvimento positivo do bebê e da gestante.

A gravidez na adolescência causa impactos negativos não só para a mãe e o bebê, mas afeta negativamente toda a estrutura familiar.

IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

Outro ponto importante que todos os profissionais que lidam com adolescentes – com atenção especial para menores de 15 anos – devem saber é porque os bebês de mães adolescentes são prematuros.

A explicação é simples. A adolescente ainda está em crescimento, e ao engravidar nesse período existe um grande risco biológico para seu corpo. Este risco está principalmente ligado à questão nutricional (competição materno fetal / duplo anabolismo), pois existem dois corpos crescendo num mesmo momento e competindo pelo mesmo nutriente. Ela pode até ganhar mais peso, mas transfere menos peso e menos nutrientes para o bebê.

A menarca acontece assim que a criança alcança o máximo da velocidade de crescimento, ou seja, quando ela inicia a desaceleração deste, mas a adolescente ainda está em desenvolvimento e este processo leva em média 4 a 5 anos. No Brasil, as meninas têm menstruado em média com 12 anos. Caso ela engravide nesse período (até 5 anos após menstruar), isso pode significar um grande risco biológico.

Para identificar a idade ginecológica da gestante é preciso saber a diferença entre a idade da

menarca e a idade em que a menina engravida. Assim, se uma adolescente engravida com 14 anos e teve sua menarca aos 10 ela tem 4 anos de idade ginecológica. Se ela engravida aos 15 mas teve sua menarca aos 14, ela tem apenas 1 ano de idade ginecológica, e isso pode trazer mais risco para a saúde da adolescente e do bebê.

É importante destacar que, no caso das adolescentes, o aumento de peso pode ser diferente, dependendo, entre outros fatores, da condição nutricional no início desta gestação. Por isso, as experiências divulgadas amplamente na mídia sobre os quilos a mais em uma gestação podem não servir para essas meninas, que precisam ter mais ganho de peso (com qualidade) para garantir uma gestação saudável para elas e para os bebês. A má nutrição da gestante adolescente é um grande problema para a gravidez.

Para que esse problema seja minimizado, é importante que os profissionais (médicos e enfermeiros) que acompanham essa gestante adolescente identifiquem e avaliem alguns dados de crescimento:

- * Idade Cronológica e Idade Ginecológica (Gestação - Menarca);
- * Peso e altura pré-gestacional;
- * Índice de Massa Corporal (IMC) e relação peso/altura pré-gestacional;
- * Ganho de peso semanal, mensal e total da gestação;
- * Perímetro braquial (circunferência do braço);
- * Pregas tricípital (medição da adiposidade periférica) e subescapular (adiposidade central);
- * Circunferência da cintura e medida do fundo uterino;
- * Peso do RN em relação a idade gestacional;
- * Peso pós-parto (4 a 6 semanas e em 6 meses).

Principais nutrientes durante a gestação das adolescentes

- * Ferro: a maioria das adolescentes já inicia a gravidez anêmica. (prevenção da anemia e do retardo de crescimento intrauterino, suplemento essencial até a 28ª semana de gestação para manter a taxa de hemoglobina acima de 10,5 g/100 ml e ferritina acima de 10 µg/L > reposição : 27 mg/dia);
- * Ácido Fólico: (prevenção dos defeitos do tubo neural > 400 µg/dia);
- * Vitamina A: dose máxima de 700 µg/dia (alta dose pode ser teratogênica);
- * Vitamina D: 10 a 20g/dia (a partir da 12ª semana de gestação);
- * Cálcio: 3 a 4 porções por dia/leite e derivados;

- * Iodo (sal iodado), zinco, magnésio, vitamina B6, vitamina E;
- * Proteínas: 3 a 4 porções por dia.

A boa alimentação deverá ser continuada durante o período de amamentação do bebê.

Ainda em relação ao pré-natal, os profissionais devem estar atentos para garantir que as intervenções contemplem as seguintes estratégias:

- * Médicas: intervenção precoce para a redução das morbidades (doenças mais comuns). O acompanhamento médico é essencial para detectar precocemente problemas de saúde e para garantir que exames e orientações sejam feitos no período correto, evitando complicações que prejudiquem a saúde do bebê e da mãe;
- * Nutricionais: acompanhamento cuidadoso do ganho de peso, orientação nutricional e segurança alimentar. Sabemos que uma má nutrição durante a gestação tem sido responsável por muitos problemas para os bebês e suas mães. Construir junto com a gestante um cardápio adequado é fundamental para o bom desenvolvimento da gestação;
- * Psicossociais: redução dos comportamentos de risco, melhora da dinâmica familiar e apoio social. Estar grávida na adolescência traz questionamentos e conflitos que devem ser respeitados e valorizados pelos profissionais. O apoio deve ser total e o envolvimento do restante da família é primordial;
- * Educacionais: cuidados durante a gestação, parto, amamentação e maternidade. O processo da gestação é repleto de mudanças e novidades. Oferecer informações sobre cada fase, assim como os direitos e deveres da gestante faz parte do processo de empoderamento e amadurecimento;
- * Reintegração escolar e social: oportunidades de inclusão e ganho econômico. É muito comum que a menina deixe a escola e outras atividades por causa da gestação. Ou, ainda, já estava fora do sistema escolar quando engravidou. O momento do pré-natal deve ser também uma oportunidade de rever expectativas e planos de vida. Projetos intersetoriais e atividades de grupo são estratégias que devem ser valorizadas;
- * Humanização do atendimento multidisciplinar. Preconizado pelo Ministério da Saúde, a humanização é foco de todos os serviços a serem oferecidos. No caso da gravidez na adolescência, evento que merece especial atenção, esse cuidado deve ser otimizado e o acolhimento e acompanhamento de todo processo da gestação estendido para o crescimento e desenvolvimento da criança.



PARTO

"A única forma da gente conseguir mudar essa realidade é se as próprias mulheres assumirem plenamente a sua capacidade de ter o seu filho com suas próprias forças"
(Manuel Fonseca)

O parto é o momento esperado sempre com muita ansiedade pela maioria das gestantes. No caso das adolescentes, somam-se a isso as características comuns já mencionadas nesse documento.

O parto em meninas menores de 15 anos deve ser considerado como de risco e, portanto, deve ser feito em locais que ofereçam assistência completa. O parto domiciliar, por exemplo, não deve ser feito neste caso. A possibilidade de intercorrências é muito maior.

O direito ao acompanhante, garantido na Lei n.º 11.108/2005, no caso das adolescentes, deveria contar com a possibilidade da presença também da mãe da mesma, tendo em vista o suporte emocional e confiança estabelecidos.

Para evitar uma reincidência da gravidez ainda na adolescência, é importante encaminhar a adolescente ao serviço de planejamento familiar.

A gravidez na adolescência aumenta o ciclo de pobreza e das desigualdades sociais em países em desenvolvimento, como o Brasil.

ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

'Não podemos mais nos satisfazer só com a sobrevivência dos bebês, mas pensar em um desenvolvimento integral. A Puericultura é fundamental!'
(Paulo Bonilha)

Com a gravidez na adolescência temos, além de construir estratégias para um acompanhamento a essa menina e seu companheiro, que pensar na criança que está sendo gerada, também considerada em situação de risco, tendo em vista a fragilidade emocional de seus pais, ainda imaturos.

Nesses casos, muitas vezes o que vemos, principalmente em meninas muito jovens, é que a avó geralmente acaba tomando para si a responsabilidade de cuidar da criança.

Nesse cenário, nós profissionais temos que traçar algumas estratégias de cuidado pensando também no bem estar e desenvolvimento saudável dessa criança.

Temos que entender que se a adolescente grávida é vulnerável, o filho dessa menina é mais vulnerável ainda.

O primeiro passo é buscar construir um vínculo positivo da mãe adolescente e o pai da criança com o bebê. É preciso que a adolescente possa, ainda no pré-natal, iniciar o elo positivo com o bebê, tendo em vista os benefícios que isso pode trazer.

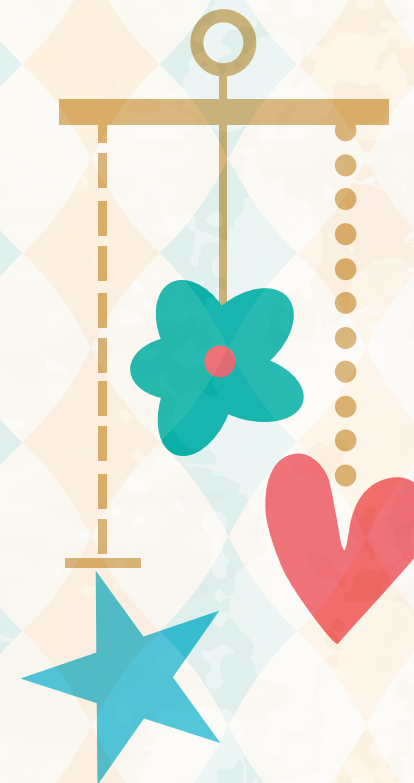
Incentivar e permitir a presença do pai e avós é uma estratégia importante, visando o fortalecimento de um vínculo positivo também no contexto familiar no qual essa criança irá se desenvolver.

É fundamental que já no pré-natal seja oferecido a esses pais a oportunidade de se prepararem para maternidade e paternidade. Assim, a formação de grupos e apoio psicológico é fundamental. A escuta qualificada e o estabelecimento de vínculos são essenciais.

O QUE PODE DAR CERTO!

A seguir iremos sugerir algumas estratégias já realizadas por projetos considerados exitosos nesse cuidado:

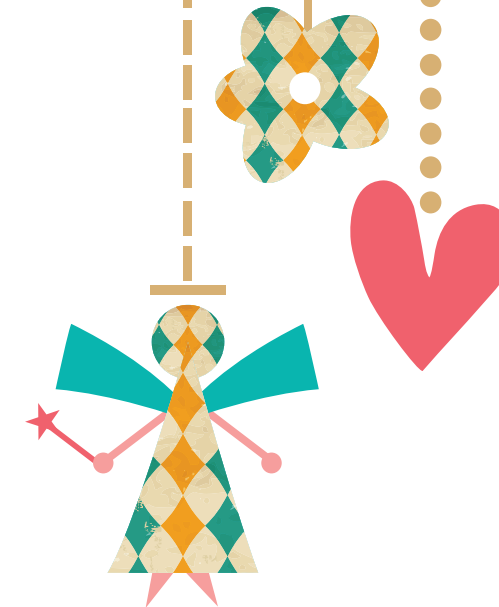
- * Permitir que os adolescentes participem da elaboração das atividades. Isso pode ajudar na aceitação dos mesmos nas ações sugeridas;
- * Atividades com grupos é essencial para que os adolescentes adquiram confiança e possam ser mais participativos;
- * A linguagem dos materiais e atividades feitas para esse público deve ser diferenciada, levando em conta seus costumes e modos de viver;
- * É importante também que as regras e protocolos do acompanhamento da criança sejam maleáveis.



O QUE OS SERVIÇOS PODEM OFERECER

Para trabalhar com a gestação não desejada ou não planejada, todos os profissionais têm que estar atentos a quatro elementos:

- * Utilizar programas baseados em evidências científicas;
- * Mobilizar a comunidade (incluindo os próprios adolescentes);
- * Não fazer nada para os adolescentes sem os adolescentes (empoderar e oferecer informações apropriadas);
- * Ampliar o diálogo com gestores, escolas, conselhos tutelares (para gestação abaixo dos 15 anos) e parlamentares.



SAÚDE

É muito comum que, ao engravidar, a menina passe a ser tratada como mulher e seja inserida sem restrições aos protocolos e regras de atendimento de uma gestante.

Precisamos entender que aquela menina que fica grávida é uma adolescente gestante! Que o menino que agora será pai é ainda um menino. Isso é fundamental e as políticas públicas e ações planejadas nos serviços devem levar isso em consideração.

Por exemplo, uma menina que chega a uma Unidade de Saúde procurando por um teste de gravidez não se pode seguir o protocolo normal. Alguém nessa unidade deve se responsabilizar por isso, independente do resultado. Se o teste for positivo, essa menina deve ser imediatamente encaminhada para uma consulta, ser acolhida e iniciar o pré-natal. Caso o resultado dê negativo, a adolescente deve receber orientações sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva, para que no próximo mês a mesma cena não se repita.

Buscar compreender o modo de vida do adolescente e se adaptar a ele. Se por um lado ele não apresenta maturidade para lidar com a situação e merece mais cuidados, por outro lado, ela ainda não tem preconceitos, assim, a qualidade da primeira consulta e acolhimento desses adolescentes são decisivos para o estabelecimento do vínculo e continuidade positiva desse acompanhamento.

Trabalhar com regras muito rígidas e autoritárias irá afastá-los do acompanhamento.

Ser acolhedor e flexível com o adolescente é essencial. A seguir, iremos compartilhar algumas ideias para um melhor atendimento a esse público:

- * O acesso a contraceptivos deve ser livre. Exigir a presença de um responsável afasta a possibilidade dessa aquisição:
- * Atrasos para consulta não devem ser motivos para cancelamento completo do atendimento:
- * Muitas vezes o adolescente comparece na Unidade de Saúde em dias e/ou horários distintos daqueles oferecidos para esse tipo de atendimento. Caso não se possa oferecer uma consulta, é importante que algum tipo de atendimento e conversa seja realizado:
- * Caso a adolescente esteja acompanhada, por exemplo, de amigas e seu desejo seja que elas(s) participem(m) da consulta, isso deve ser, sempre que possível, consentido:
- * O número de consultas de pré-natal deve ser orientado pela necessidade da adolescente. Muitas vezes elas precisam de mais consultas e mais atenção para que possam compartilhar seus medos, dúvidas e angústias:
- * O serviço deve ser sempre amigável e acolhedor, pois o contrário certamente afasta os adolescentes da procura pelo serviço:
- * A presença do pai da criança deve ser sempre incentivada:
- * É fundamental que se investigue junto a essa adolescente se a relação é consentida, principalmente para menores de 15 anos:
- * atendimentos e atividades em grupo são fundamentais para que os adolescentes possam trocar experiências e se sentir mais seguros nessa fase:
- * Programas de saúde do adolescente e saúde da criança devem estar articulados para acompanhar essa menina/mãe.

Outra estratégia muito importante que deve ser incentivada como atividade nos serviços de saúde é o planejamento familiar, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) pode promover inúmeros benefícios para o enfretamento da gravidez não desejada, entre os quais destacamos: igualdade de gênero e empoderamento de mulheres e famílias; potencial de reduzir em 32% as mortes maternas, 10% de recém-nascidos e mortalidade infantil; diminuir em 71% o número de gravidezes não desejadas; evitar 80% da transmissão sexual do vírus HIV com o uso correto e consistente de preservativos.

EDUCAÇÃO

Muitas vezes se diz que as meninas que engravidam ainda adolescentes acabam abandonando a escola. Isso também é verdade! Mas muitas delas, ao engravidar, já estavam por algum motivo fora da escola.

Dados apontam que o abandono escolar é superior entre as meninas que engravidaram em comparação às que não engravidaram. Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizado em 2009 diz que o percentual do abandono escolar foi de 6,1% entre meninas de 10-17 anos sem filhos. Já para meninas na mesma faixa etária com filhos, esse percentual saltou para 75,6%. A educação está diretamente relacionada à taxa de fecundidade, quer dizer, quanto menor o grau de instrução, maior a quantidade de filhos por mulher, podendo chegar a 3 filhos. Em mulheres com nível superior essa taxa chega a 1,17 filhos.

É fundamental que a escola ofereça condições para que se converse sobre a gravidez na adolescência, e falar abertamente sobre saúde sexual e reprodutiva é uma das estratégias.

Quando uma menina ficar grávida, a escola deve oferecer apoio. O não abandono dos estudos é uma das alternativas para um cuidado mais qualificado a essa nova mãe. Além de ser um fator protetivo, potencializa uma maior oportunidade para sua mobilidade social e econômica. A Lei n.º 6202/75 garante a permanência da adolescente na escola através do regime de exercício domiciliar. Este é um direito que deve ser declarado e resguardado pela escola para evitar o abandono escolar.

Em 2007, foi instituída uma política intersetorial da Saúde e da Educação, o Programa Saúde na Escola (PSE), que permite uma aproximação entre as áreas da saúde e educação, que se unem em prol da promoção da saúde e educação integral. Vale ressaltar que promover um trabalho de resiliência e construção de projeto de vida auxilia no fortalecimento da autoestima e dá novos horizontes para o desenvolvimento na adolescência e, no caso específico, ao seu filho.

SAIBA MAIS

Separamos alguns materiais e link interessantes para você conhecer mais sobre a temática:



Caderneta da Saúde do adolescente (meninas). Disponível em: <http://busms.saude.gov.br/bus/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf>.

Caderneta da Saúde do Adolescente (meninos). Disponível em: <http://busms.saude.gov.br/bus/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menino.pdf>.



Apostila "Mãe e Pai. Casal na adolescência. E agora? Orientações para profissionais de saúde". Disponível em: <http://www.laprev.ufscar.br/documentos/arquivos/apostilas-e-manuais/mae_ppai_casal_na_adolescencia.pdf>.

Repercussões psicossociais negativas estão associadas à gestante adolescente (evasão escolar, abuso de drogas, baixa autoestima etc).

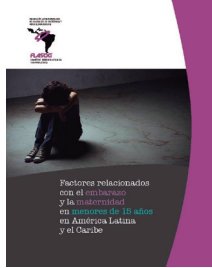
ASSISTÊNCIA SOCIAL (PROTEÇÃO)

Nos contextos de pobreza, aqueles em que a renda per capita é de até meio salário mínimo, a propensão de gravidez na adolescência chega a 18%, enquanto no estrato social acima de 5 salários mínimos este percentual chega a 1% (IPEA, 2009). Este resultado impacta diretamente no acesso às oportunidades, que mudam de acordo com o estrato social em que se encontra a adolescente.

Para diminuir as iniquidades sociais e ampliar as oportunidades a política de assistência social, o governo promove através do Programa Bolsa família ações articuladas com as políticas da educação e saúde com base em condicionantes: na saúde, além do compromisso familiar em acompanhar a vacinação, o crescimento e desenvolvimento da criança, as mulheres entre 14 e 44 anos também devem fazer o acompanhamento, e se engravidar, deve realizar o pré-natal adequadamente.

Na educação, o acompanhamento está vinculado com a frequência escolar mínima de 85% entre as crianças e adolescentes entre os 06-15 anos, e dos 16-17 anos com a frequência escolar mínima de 75%.

Na assistência social, crianças e adolescentes com até 15 anos em situação de risco social devem participar dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, e devem apresentar frequência mínima de 85% de frequência mensal. Além disso, existe o Benefício Variável Jovem, no qual existe a garantia de um valor complementar ao Bolsa Família por até no máximo dois jovens por família, objetivando incentivar a permanência do programa e promover condicionantes para o aumento da escolarização.



Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe – FLASOG. Disponível em: <<http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2014/01/Factores-Relacionados-Maternidad-Menores-15-anos-LAC-FLASOG-2011.pdf>>.

Estudo sobre as políticas públicas de proteção à saúde infantil e materna no Brasil: um olhar especial para os filhos de mães adolescentes. Disponível em: <http://www.andi.org.br/sites/default/files/legislacao/estudo_politicas_publicas_protecao_saude_infantil.pdf>.

Rede ADOLEC da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS. Disponível em: <<http://www.adolec.br/>>.

Documentário Mães de Alagoas. ONG Visão Mundial. Campanha Saúde para as crianças primeiro. Parte 1: <<https://www.youtube.com/watch?v=j-3huqfRky0>>. Parte 2: <https://www.youtube.com/watch?v=am6KJ8S_eSI&feature=youtu.be>. Parte 3: <<https://www.youtube.com/watch?v=KVUU3r0Po1Q&feature=youtu.be>>.

Filme Por ser menina (BIAAG). Brasil. PLAN. Disponível em: <<http://uimeo.com/86535178>>

PENSE. Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf>.

Ministério da Saúde (MS) SAÚDE INTEGRAL DE ADOLESCENTES E JOVENS. Orientações para a Organização de Serviços de Saúde. Brasília. 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/liuvros/pdf/06_0004_M.pdf>.

Ministério da Saúde (MS). Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Estratégias. Área Técnica de Saúde do

Adolescente e do Jovem – Brasília. 2010. Disponível em: <http://busms.saude.gov.br/bus/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>.

Social determinants of health and well-being among young people. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2009/2010 SURVEY. Disponível em: <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf>.

Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV). Disponível em: <<http://www.laprev.ufscar.br/>>.

Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento – Nascer no Brasil. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil>>.

Site <www.thenationalcampaign.org> (evidências e estudos que podem ser usadas para tomada de decisões e estratégias condizentes com as reais necessidades).

Programas governamentais que podem auxiliar no atendimento as mães e pais adolescentes:

REDE CEGONHA. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>

BRASIL CARINHOSO. Disponível em: <<http://www.brasilsemisera.gov.br/brasil-carinhoso/brasil-carinhoso>>.

Primeira Infância Melhor (PIM). Disponível em: <<http://www.pimsauders.gov.br/aPIM/php/index.php>>.

Programa Saúde na Escola (PSE). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>.

REFERÊNCIAS

ANDALAFI. C.C.M.; NETO. J. A. Gravidez e adolescência. Rio de Janeiro: Editora Revinter. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Taxa de Mortalidade Infantil Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. Decreto-lei No 2848, de 7 de dezembro de 1940.

BRASIL. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do sistema único de saúde - SUS.

BRASIL. Lei nº 6202/75. Atribui a Estudante em Estado de Gestação o Regime de Exercícios Domiciliares Instituído pelo Decreto-lei 1044, de 1969, e dá outras providências. Brasília, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2011.

FLASOG. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en America Latina y El Caribe. 1ª edición. Perú, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010.

IPEA. CASTRO. JA; AQUINO. LMC; ANDRADE. CC (Org) Juventude e Políticas sociais no Brasil. Brasília, 2009.

OSÓRIO. LC. Adolescente hoje. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

RIOS KSAWILLIAMS LCA; AIELLO ALR. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. Adolesc Saúde. 2007; 4 (1)6-11.

WHO/ISPCAN. Preventing Child Maltreatment. a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization/International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Geneva, 2006.



REALIZAÇÃO



REDE NACIONAL
PRIMEIRA
INFÂNCIA

www.primeirainfancia.org.br

PARCEIROS / APOIO – GT SAÚDE RNPI



APOIO RNPI 2013 – 2014:



Ministério da
Saúde



Save the Children



SECRETARIA EXECUTIVA – BIÊNIO 2013/14
INSTITUTO DA INFÂNCIA - IFAN

