

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CARLOS WILSON DALA PAULA ABREU

**ASPECTOS OBSTÉTRICOS, SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E
PSICOSSOCIAIS DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES ASSISTIDAS
PELO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MURIAÉ – ZONA DA
MATA MINEIRA, BRASIL**

RIO DE JANEIRO

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CARLOS WILSON DALA PAULA ABREU

**ASPECTOS OBSTÉTRICOS, SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E
PSICOSSOCIAIS DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES ASSISTIDAS
PELO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MURIAÉ - ZONA DA
MATA MINEIRA, BRASIL**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá
como requisito parcial para obtenção do título de Mestre
em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em Saúde
da Família

Orientador: **Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva**

RIO DE JANEIRO

2010

CARLOS WILSON DALA PAULA ABREU

**ASPECTOS OBSTÉTRICOS, SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E
PSICOSSOCIAIS DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES ASSISTIDAS
PELO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MURIAÉ - ZONA DA
MATA MINEIRA, BRASIL**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá
como requisito parcial para obtenção do título de Mestre
em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em
Saúde da Família

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa Silva
Universidade Estácio de Sá

Prof^ª. Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura
Universidade Estácio de Sá

Prof^ª. Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama
ENSP - FIOCRUZ

DEDICATÓRIA

À minha esposa, Maria Lúcia, e aos meus filhos, Maria Mariana e João Pedro, que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos do mestrado, incentivando, dando força e mostrando que meus sonhos podem se concretizar. Tiveram que aprender a me “dividir” com a tarefa da produção desta dissertação, muitas vezes privados de minha companhia, porém não do meu amor.

Dedico a vocês esta dissertação, com eterna gratidão por tudo que fizeram e continuam fazendo por mim.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao grande Mestre, Professor Dr. Luiz Guilherme Pessoa Silva, mais que um orientador, um amigo com quem pude contar em momentos que ultrapassaram a relação acadêmica, brindando-me com seus conhecimentos e sua grande experiência. Sempre pronto a ajudar, a escutar e a dividir sua vasta experiência e saber. Foi o verdadeiro facilitador do processo de aprendizagem e exemplo a ser seguido por mim, durante toda minha vida acadêmica, sem o qual, jamais seria possível concluir essa dissertação.

AGRADECIMENTOS

A construção desta Dissertação de Mestrado foi um caminho de encontros felizes e de grandes desafios. Agradecer torna-se então uma responsabilidade de gratidão aos que fizeram parte direta ou indiretamente deste trabalho,

A DEUS, que nos deu o dom da vida, presenteou-nos com a liberdade, abençoou-nos com a inteligência e deu-nos a graça de lutarmos para a conquista dos nossos sonhos. A nós, só cabe agradecer!

À minha mãe Lenir e ao meu pai José, que marcam de forma indescritível minha vida, ensinando-me a lutar por meus ideais e sonhos com coragem, perseverança e fé.

Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhadas e cunhados, com os quais sempre posso contar ao longo da minha vida.

Aos Professores do Mestrado em Saúde da Família da UNESA, pela valiosa troca de idéias e conhecimentos e pelo privilégio da oportunidade ímpar no meu aprimoramento científico. Em especial pelo incentivo para continuar o curso, num momento difícil, quando pensei em desistir. Obrigado a todos!

À Professora Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama, por ter aceitado o convite de participar da Banca Examinadora, fornecendo-me ricas contribuições.

À Professora Dra. Valéria Ferreira Romano pela participação no exame de qualificação, somando para o enriquecimento dessa dissertação.

À Professora Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura pela sua participação na construção de todas as etapas dessa dissertação, nos Seminários e por ter aceitado participar da banca examinadora (defesa).

À Professora Adriane Reis Sabroza, pesquisadora da ENSP, pela valiosa colaboração na revisão do questionário utilizado para esta dissertação.

À minha filha Maria Mariana e à Professora Cassiana Monteiro Boya, pela colaboração na correção da tradução do abstract.

À Professora Andrea Muniz, pela colaboração na correção gramatical.

À Srta. Aline Luna, Secretária acadêmica do curso de Mestrado em Saúde da Família, pela valiosa contribuição nas informações práticas, referentes a todo processo de elaboração dessa dissertação, desde o período de inscrição no Mestrado.

Aos colegas mestrandos, especialmente Sabrina, Kátia, Fred, Maria Regina, Ana Teresa, Miriam e Cláudio, pela convivência harmônica e agradável, que criou um ambiente de troca único, ajudando-me a superar as dificuldades, o cansaço e as agruras do caminho.

Aos entrevistadores, Sandra, Renata e Alessando, pela colaboração no momento de coleta de dados.

Às minhas Funcionárias e aos meus Amigos, pelo apoio incondicional ao meu projeto de vida acadêmica.

Às mulheres adolescentes, personagens reais de uma história de vida, pela coragem de compartilhar comigo lembranças de momentos de suas vidas, e que deram “alma” a este trabalho.

Aos Senhores Diretores da Casa de Saúde Santa Lúcia e Casa de Caridade – Hospital São Paulo, por permitirem e de certo modo facilitar nossa pesquisa.

À OPAS, pela bolsa de estudos, a qual viabilizou o desenvolvimento desta dissertação.

Muito obrigado.

“... Não há como antecipar o gosto, a intensidade e a duração de um voo. Às vezes, o inusitado leva as asas a revelarem um desenho muito diferente daquele que se havia imaginado esboçar, talvez mais bonito, talvez não. Depende...”

Contudo, esse inusitado só nos atravessa quando damos a ele a permissão para acontecer; quando nossas asas, comprometidas com o desejo, abraçam a possibilidade de se aventurar pelo inesperado sobre o qual, a priori, nada se sabe, mas nos seduz exatamente pelo imprevisível que há em si...” **(Roberta Akemi Saito)**

RESUMO

A presente investigação visa estabelecer o perfil da gravidez na adolescência em população assistida pelo Sistema de Saúde no município de Muriaé - Zona da Mata Mineira. **Metodologia:** Através de estudo observacional, de natureza transversal, de base populacional, foram analisados dados de 120 entrevistas de puérperas adolescentes (12 a 19 anos), correspondente a todos os partos de adolescentes ocorridos naquele município, no período de Julho a Dezembro de 2009. Obteve-se a prevalência das diversas variáveis agrupadas em sete dimensões: dados sócio-demográficos, obstétricos e ginecológicos, de cunho psicossociais, dados que motivaram a adolescente a engravidar, dados psicossociais relacionados à percepção da mãe adolescente por conta da gravidez, dados emocionais e dados do Pré-Natal. Os dados foram ainda submetidos à análise bivariada, tendo como variáveis dependentes: idade materna, situação conjugal e agravos de natureza obstétrica. **Resultados:** A prevalência de gravidez na adolescência no município de Muriaé foi de 16,2%, estando 25,0% no grupo precoce (12 a 16 anos). A maioria das adolescentes encontrava-se na faixa de 16 a 19 anos (75,0%), era residente na zona urbana (80,8%), de cor não branca (51,7%), com união consensual (68,3%). A maioria não desejou a gravidez (70,0%), mas sentiu-se satisfeita com a gestação (89,2%); os pais dos bebês não desejaram a gravidez (76,7%), porém reagiram positivamente com a notícia da mesma (70,0%), assim como a família (89,0%); a adolescente sentiu-se apoiada pelo pai do bebê (77,5%) e por sua família (89,2%); a violência física e/ou emocional foi informada por 39,2% e o desejo de interrupção da gestação, por 22,5%; no grupo das que estudavam, 94,0% não abandonaram os estudos quando engravidaram, e no grupo que estava fora da escola, 44,4% pretendem voltar a estudar; a maioria pretende trabalhar (92,5%). Variáveis obstétricas: menarca < 12 anos (85,0%), início da atividade sexual < 15 anos (83,2%), primeira gestação com idade < 14 anos (18,3%); não usou método anticoncepcional (63,3%); maioria das adolescentes primíparas (72,5%) e 27,5% com antecedentes de aborto. O pré-natal foi realizado na Atenção Básica (66,4%), seguido da ESF (22,7%); assistido por Médico (98,3%); 73,9% iniciaram pré-natal no 1º trimestre e 56,4% frequentaram mais de seis consultas. 14,2 % das adolescentes fumavam antes da gestação, sendo que 10,0% continuaram fumando; uso de álcool (16,7%) e de drogas ilícitas (6,7%). Doenças próprias ou associadas à gestação ocorreram em 66,7% das adolescentes. A idade da 1ª gestação ≤ 14 anos foi o mais freqüente grupo precoce (72,7%). A faixa etária tardia apresentou cor da pele não branca (71,0%), não estavam estudando ao engravidar (56,0%), não desejaram a gravidez (77,8%), não tiveram apoio do pai do bebê (59,3%), insatisfação com a gestação (69,2%), não usaram método anticoncepcional (75,0%), antecedente de abortamento (89,7%), parto não vaginal (65,5%), presença de doença na gestação (70,0%) e intercorrências materno-fetais (61,8%). As adolescentes com união consensual apresentaram cor não branca (77,4%), 1ª gestação ≤ 14 anos (68,2%), não estavam estudando ao

engravadar (78,6%), não pretendiam trabalhar (88,9%), não desejaram a gravidez (69,4%) e reação familiar negativa (83,3%). As adolescentes sem união consensual disseram-se insatisfeitas com a gestação (61,5%), fizeram uso de álcool (60,0%), não foram apoiadas pelo pai do bebê (88,9%), que reagiram negativamente à notícia da gravidez (68,0%). **Conclusões:** A gravidez na adolescência foi vivida de forma difícil e conflituosa por muitas adolescentes e seus familiares. Trouxe limitações sociais, educacionais e profissionais. Entretanto, as adolescentes entrevistadas, de modo geral, puderam contar com o apoio do pai do bebê ou de familiares e tiveram amplo acesso aos serviços de saúde. Esperamos que o presente projeto possa contribuir para a elaboração de políticas públicas de âmbito municipal, visando à prevenção aos agravos da gestação na adolescência no Município de Muriaé.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Pré-natal; Condições sócio-demográficas; Condições psicossociais; Condições obstétricas

ABSTRACT

This thesis has as its aim to establish the profile of teenage pregnancy in the population assisted by the Health System, in the municipality of Muriaé (Zona da Mata Mineira) in the state of Minas Gerais, Brazil. **Methodology:** Through a population-based observational study of transversal nature, it was analyzed the data from 120 interviews conducted with puerpera teenagers (12 to 19) that corresponded to all the teen deliveries which occurred in that municipality from July to December 2009. The prevalence of many variables was obtained and grouped in seven dimensions: social-demographic data, OB/GYN, psychosocial context data, data regarding what motivated the teenager to get pregnant, psychosocial data related to the teenage mother's perception of her pregnancy, emotional data as well as data collected from prenatal care. The data was also submitted to bi-varied analysis having as dependent variables: maternal age, marital status and OB complications. **Results:** The prevalence of teenage pregnancy in the municipality of Muriaé was of 16.2%; 25% of which belonged to the 12-16 young age group. However, it was found that most teenagers belonged to 16-19 age group (75%), resided in the urban area (80.8%), were non-whites (51.7%) and from consensual unions (68.3%). The majority did not plan the pregnancy (70%), but felt happy with it (89.2%); the fathers of the babies did not want the pregnancy (76.7%), however reacted positively when informed (70%), as well as the family (89%); the teenage felt she had the support of the father of the baby (77.5%) and by her family (89.2%); the physical and/or emotional violence was informed by 39.2% and the wish to interrupt pregnancy was of 22.2%. In the group of teenagers who were in school, 94% did not abandon studies when they got pregnant and in the group that was not attending school 44.4% intend to resume their studies; the majority has the intention to work (92.5%). OB variables regarding the age: of menarche < 12 (85%), beginning of sexual activity < 15 (83.2%), first pregnancy < 14 (18.3%); did not use any birth control method (63.3%); majority of adolescents primigravida (72.5%) and 27.5% with prior history of abortion. Prenatal care was carried out at Atenção Básica (66.4%), followed by ESF (22.7%); assisted by a physician (98.3%); 73.9% initiated their prenatal care in the 1^o trimester and 56.4% attended more than six office visits. Of the 14.2 % who smoked before getting pregnant, 10% continued; alcohol usage (16.7%) and illegal drugs (6.7%). Pregnancy illnesses or related illnesses occurred in 66.7% of the teenagers. The age of the first pregnancy ≤ than 14 was most frequent in the young age group (72.7%). In the older age group: non whites (71%), was not attending school when got pregnant (56%), did not wish the pregnancy (77.8%), did not have the support of the father of the baby (59.3%), unhappy with the pregnancy (69.2%), did not use any birth control method (75%), with prior history of abortion (89.7%), non-vaginal delivery (65.5%), presented any illness during the pregnancy

(70%) as well as fetal maternal complications (61.8%). The teenagers with consensual unions: non whites (77.4%), age of first pregnancy ≤ 14 (68.2%), were not attending school when got pregnant (78.6%), had no intention of working (88.9%), did not want the pregnancy (69.4%) and presented negative family reaction (83.3%). The teenagers without consensual unions: were not happy with the pregnancy (61.5%), used alcohol (60%), were not supported by the father of the baby (88.9%), father of the baby reacted negatively to the pregnancy (68%). **Conclusions:** Teenage pregnancy was a difficult and conflicted time for many of the teenagers and their families due to social, educational and professional limitations. Nevertheless, in general, the teenagers who were interviewed had either the support of the father of the baby or their families together with extensive access to the public health care services.

Key words: Teenage pregnancy, prenatal care, social-demographic conditions, psychosocial conditions, obstetrics conditions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da casuística segundo dados maternos de cunho social, cultural e demográfico. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	83
Tabela 2 – Distribuição da casuística segundo dados obstétricos e ginecológicos. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	84
Tabela 3 – Distribuição da casuística segundo dados de cunho psicossocial. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	86
Tabela 4 – Distribuição da casuística, segundo dados que motivaram a mãe adolescente a engravidar neste momento. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	87
Tabela 5 – Distribuição da casuística segundo dados de cunho psicossocial, relacionados à percepção da mãe adolescente por conta da gravidez. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	88
Tabela 6 – Distribuição da casuística segundo variáveis que compõem os indicadores de repercussões emocionais de expectativa em relação ao futuro, de autovalorização e de nível de sofrimento psíquico, vivenciados pela mãe adolescente. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	90
Tabela 7 – Distribuição da casuística segundo dados relacionados à assistência pré-natal da última gestação. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	92
Tabela 8 – Distribuição da casuística relacionada à assistência pré-natal, segundo a percepção da mãe adolescente sobre o atendimento prestado na gestação atual. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	94
Tabela 9 - Distribuição da casuística relacionada à morbidade referida das puérperas adolescentes. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	95
Tabela 10 – Distribuição da casuística, segundo os motivos apresentados pela mãe adolescente para escolha do local de realização do Pré-Natal. Município de Muriaé, Zona da assistência pré-natal Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	96
Tabela 11 – Distribuição da casuística, segundo as indicações para realização do parto operatório na mãe adolescente. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	97

Tabela 12 – Proporção de puérperas adolescentes segundo variáveis sócio-demográficas, distribuídas por faixa etária. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	98
Tabela 13 – Proporção de puérperas adolescentes segundo variáveis psicossociais, distribuídas por faixa etária. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	99
Tabela 14 – Proporção de puérperas adolescentes segundo variáveis de natureza obstétrica, distribuídas por faixa etária. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	101
Tabela 15 – Proporção de puérperas adolescentes segundo variáveis sócio-demográficas, distribuídas pela união consensual. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	102
Tabela 16 – Proporção de puérperas adolescentes segundo variáveis psicossociais, distribuídas pela união consensual. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide etária do Município de Muriaé – MG, 2009.....	26
Figura 2 - Evolução das Condições de Nascimento no município de Muriaé - MG, 2009	27
Figura 3 - Distribuição percentual da população, por grupos de idade Brasil - 1997/2007	32
Figura 4 – Proporção de registros de nascimentos em mães menores de 20 anos, por Unidades da Federação – 2006	34
Figura 5 – Proporção de mulheres de 15 a 17 anos de idade que tiveram filhos, segundo as Grandes Regiões – 2007	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Código Internacional de Doenças
CIUR	Crescimento Intrauterino Retardado
CSSL	Casa de Saúde Santa Lúcia
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DST – AIDS	Doença Sexualmente Transmissível – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DUM	Data da Última Menstruação
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GIG	Grande para a Idade Gestacional
HSP	Hospital São Paulo
IC 95%	Intervalo de Confiança a 95%
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
n	Frequência absoluta
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEAS	Programa Educacional de Atenção ao Jovem
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RN	Recém- nascido
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIP CLAP	Sistema Informático Perinatal, criado e desenvolvido pelo Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano e Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFT	Taxa de Fecundidade Total

1. INTRODUÇÃO

Todo ser humano experimenta transformações no decorrer da vida, independente da idade que tenha. A criança, o jovem, o adulto e o idoso, cada um com suas particularidades, experimentam mudanças. Existem, no entanto, épocas da vida em que essas modificações, tanto físicas quanto psíquicas, ocorrem com uma intensidade maior, e, certamente, a adolescência ganha uma relevância toda especial.

A gravidez na adolescência é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade nesta faixa etária, trazendo sérias consequências para a vida dos envolvidos, do adolescente, do filho que nascerá e de suas famílias (VITIELLO, 1993).

A adolescência compreende um período entre a infância e a fase adulta, no qual ocorrem intensas mudanças biológicas, sexuais e psicológicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986) considera adolescência como a faixa etária entre 10 a 19 anos e o Estatuto da Criança e do Adolescente do Brasil considera a faixa etária de 12 aos 18 anos. No Brasil, a população adolescente tem se mantido estável, não devendo crescer muito nos próximos anos, conforme as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009).

Existe uma grande preocupação com as consequências que a maternidade precoce pode acarretar à saúde, à educação e ao desenvolvimento econômico e social. O problema obstétrico em que a adolescente se constitui é em relação à primiparidade associado aos problemas social, econômico e educacional (BAREIRO, 2005).

A maternidade precoce dificulta o desenvolvimento educacional e social, assim como a sua capacidade de utilizar todo o seu potencial. Isso acarreta uma taxa maior de evasão escolar, desajustes familiares e dificuldade de inserção no mercado de trabalho (DUARTE, 2006)

No Brasil, a gravidez entre os 15 e 19 anos cresceu, contrariando a tendência geral de diminuição das taxas de fecundidade. Além disto, observou-se um aumento no percentual de partos de adolescentes de 10 a 14 anos atendidas pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e, também, de curetagem pós-aborto. Grávida, a adolescente chega mais tarde ao pré-natal, onde precisa ser acolhida de forma diferenciada (Dados obtidos nos Cadernos de Informação de Saúde - 2007, em www.datasus.gov.br).

Esta realidade, de origem multicausal, revela deficiências na elaboração de políticas públicas, exigindo um movimento da sociedade e do governo para promover o desenvolvimento e a saúde da juventude. Yazlle et al. (2002), em estudo retrospectivo de 7.134 partos em quatro anos, mostrou que 80% das adolescentes parturientes utilizaram o SUS para internação, 85,5% não possuíam nenhum tipo de emprego, as complicações mais encontradas foram às relacionadas ao trabalho de parto (12,4%), as idades mais freqüentemente achadas foram 19 (29%) e 18 anos (27%), respectivamente.

Existem polêmicas em relação à maior incidência de patologias clínico-obstétricas atribuídas à gravidez na adolescência, sustentando a idéia de que a gravidez é fisicamente bem tolerada entre as adolescentes que são assistidas precocemente no pré-natal e de forma regular (YAZLLE, 2009). Há autores e estudos, entretanto, que afirmam que as patologias encontradas nessa faixa etária

não diferem significativamente da população geral, exceto algumas isoladas (BAREIRO, 2005; MAGALHÃES et al., 2006).

Vários são os fatores tidos como decisivos ou desencadeantes na iniciação sexual de um adolescente, tais como: idade da menarca; estrutura familiar; escolaridade; pensamento mágico; acesso a métodos anticoncepcionais; deficiência dos serviços de saúde; manuseio do método contraceptivo e projeto de vida do adolescente. Assim, quando analisamos os fatores envolvidos na gestação nesta faixa etária, ou desencadeantes deles, percebemos a existência de uma complexa rede “multicausal” que torna os adolescentes vulneráveis a essa situação (BAREIRO, 2005). As informações técnicas são importantes e devem continuar a ser oferecidas às crianças que estão entrando na adolescência, e aos jovens. Os programas de educação sexual transmitidos pelas instituições de ensino vêm cumprindo papel fundamental, já que permitem o diálogo e a circulação de informações sobre a sexualidade. A mídia e as campanhas publicitárias também têm abordado com frequência esse assunto, particularmente visando à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Dados da Pesquisa sobre Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV e AIDS, realizada no período de 1998 a 2005, pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, que fazem referência à vida sexual dos adolescentes, sugerem que está havendo aumento no número de jovens com vida sexual ativa. Em 1998, na população com idade entre 16 e 19 anos, 56,5% dos homens e 41,6% das mulheres referiram ter tido atividade sexual nos últimos 12 meses. Já em 2005, nessa mesma faixa etária, os valores passaram para 78,4 e 68,5%, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

É atribuição dos serviços de saúde oferecer programas especiais que possam cuidar da saúde dos adolescentes e mantê-los informados acerca de sua sexualidade, que não seja apenas de forma técnica. É muito importante que também sejam orientados em casa, na família. Esse canal de comunicação precisa ser criado e mantido, tanto com a filha, antes mesmo de sua primeira menstruação, quanto com o filho. A superação das dificuldades de comunicação e diálogo entre os pais e os filhos pode ajudar em muito a diminuir a ocorrência da gravidez indesejada entre adolescentes. Os pais precisam esforçar-se para deixar de lado o medo de ser taxados como caretas, autoritários, ou de serem acusados de estar invadindo a vida pessoal de seus filhos. Dialogando e orientando-os, não apenas sobre reprodução e sexualidade humana, mas também sobre valores como amizade, afeto, amor, intimidade e respeito ao corpo e à vida, permitirão que se sintam mais preparados para assumir as alegrias e responsabilidades relativas à vida sexual (SILVA, 2003).

Uma assistência pré-natal inadequada é o ponto de partida para as mais freqüentes complicações clínicas e obstétricas (ZAGANELLI, 2006). A precariedade dos serviços de saúde pode ser apontada como fator relevante em se tratando de saúde pública. É essencial que os jovens recebam informações que os “capacitem” a tomar suas próprias decisões, sabendo que existem maneiras de se proteger e quais as conseqüências de uma eventual gravidez durante a adolescência (OMS, 2008). Orientar quer dizer guiar, encaminhar ou dirigir. O sistema de saúde vigente determina que funcionários das Unidades de Saúde atendam a livre demanda, obrigando, muitas vezes, que um grande número de pacientes seja atendido, o que irá comprometer seriamente a qualidade do atendimento. Isso, associado a um investimento quase nulo por parte da maioria das Secretarias de Saúde no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, faz com que a função de educador em

saúde, que estes deveriam cumprir, esteja muito longe de ser uma realidade nas Unidades que os adolescentes freqüentam (BAREIRO, 2005).

Com objetivo de diminuir o surgimento de novos casos de gravidez por desconhecimento de anticoncepção, torna-se necessário que os profissionais da área da saúde e gestores pensem em métodos pedagógicos para oferecer aos adolescentes informações corretas e completas sobre o método anticoncepcional. Além disso, não basta informar, há também de se prover método anticoncepcional nas Unidades Básicas de Saúde. As adolescentes não percebem a sua gravidez como um risco, porque se deparam com essa realidade inesperada de forma abrupta, e, a maioria delas, sem sequer ter em mente se esse evento na sua vida representa ou não algum risco para sua saúde e a do futuro filho (UNESCO, 2004). O sistema de saúde pode dar uma grande contribuição para estimular esse tipo de evento. Muito interessante seria que os cursos de graduação em Medicina adotassem, na grade curricular, a organização do sistema de saúde, a importância da atenção e capacitação do médico em situações especiais, como a gravidez na adolescência e a conscientização do atendimento qualificado para prevenção das possíveis complicações.

O processo de capacitação deveria ser oferecido a todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao adolescente, da estratégia de saúde da família e da rede básica. No Brasil, por apresentar uma distribuição uniforme da população na faixa etária de 10 a 19 anos nas diversas regiões geográficas, torna-se necessário a presença de profissionais aptos para atendê-los (PNDS, 2006). Neste sentido, a capacitação deveria ser oferecida aos profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho, adequando à realidade de cada região. As unidades de saúde

também deveriam se adequar, oferecendo espaços de acolhimento diferenciado para este grupo etário.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Estabelecer o perfil da gravidez na adolescência em população assistida pelo Sistema de Saúde no município de Muriaé - Zona da Mata Mineira.

2.2. Específico

- Caracterizar em bases epidemiológicas a prevalência da gravidez na adolescência e seus agravos no município de Muriaé.

- Analisar alguns aspectos de natureza social e psicossocial de puérperas adolescentes no município em apreço, segundo a faixa etária, situação conjugal e agravos de natureza obstétrica.

3. JUSTIFICATIVA

A atividade sexual e a gravidez nas adolescentes surgem como problemas emergentes que não são, todavia peculiares ao nosso século. A História das Civilizações mostra que, desde sempre, a atividade sexual dos adolescentes suscitou medidas coercitivas em alguns países, enquanto em outros, por questões culturais, ainda estimulam o casamento precoce, encoraja e faz prosperar as gestações e o parto em meninas de tenra idade (ZAGANELLI, 2006).

Afora as questões culturais que em peso contribuem para a delimitação do problema crescente em nosso país, fatores sociais, econômicos e demográficos somam-se em seus efeitos para intensificar ainda mais a dificuldade de condução política e sanitária desse problema.

Por conta dessas constatações, numa busca ávida por respostas e soluções para o problema, a cada ano, pesquisas são iniciadas no sentido de minimizar ou mesmo de dissolver os problemas médicossanitários que envolvem nossos jovens, dentre os quais, o da gravidez na adolescência.

O presente estudo foi desenvolvido na cidade de Muriaé, situada na Zona da Mata Mineira, onde a população de adolescentes é a segunda maior faixa etária na pirâmide etária e os índices de gravidez neste período são semelhantes ao restante do país (SINASC, 2009).

A taxa de fecundidade no município permaneceu igual no período de 1991 a 2000, tendendo a queda, acompanhando o restante do país, de acordo com os dados apresentados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, em 2007.

A análise dos Cadernos de Informações de Saúde do estado de Minas Gerais e do município de Muriaé, publicados pelo Ministério da Saúde, fornece dados importantes para a realização deste estudo. A população estimada para o estado de Minas Gerais no ano de 2009, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi de 20.034.068 e entre estes, 3.366.209 (16,8%) encontram-se na faixa etária de 10 a 19 anos, representando a maior faixa etária na pirâmide etária, com divisão quase que equitativa entre os sexos. Quando analisam-se os dados do município de Muriaé, a situação é muito semelhante. Em 2009 a população estimada foi de 99.628, sendo 15.321 (15,4%) na faixa etária de 10 a 19 anos, representando a segunda maior faixa etária na pirâmide etária, com proporções semelhantes entre os sexos (IBGE, 2009).

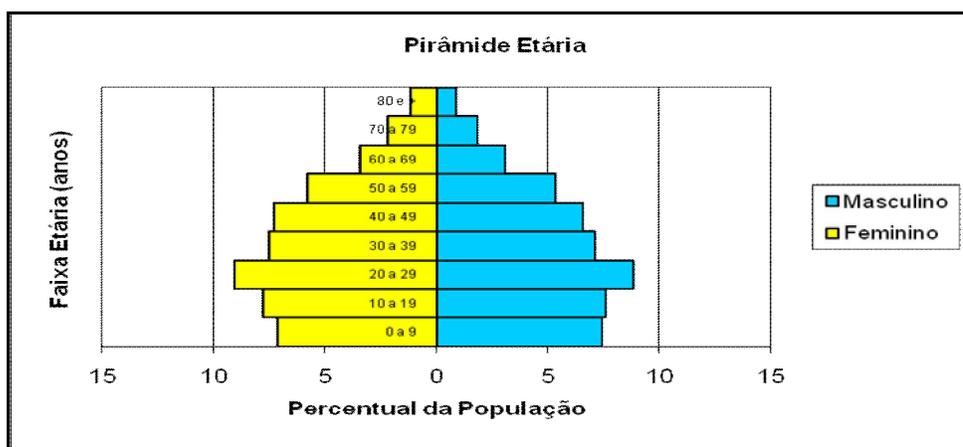


Figura 1 – Pirâmide etária do Município de Muriaé – MG (SINASC, 2009)

Analisando as informações sobre nascimentos, no Brasil, no ano de 2006, 21,5% nos nascimentos foram de mães na faixa etária de 10 a 19 anos, no Estado de Minas Gerais com 18,8%, e na Região Sudeste com 17,9%, com leve tendência a diminuir quando comparado com os anos anteriores. No município de Muriaé, no ano de 2006, constata-se que 16,6% das mães encontravam-se na faixa etária de 10 a 19 anos, com tendência de crescimento, quando comparado aos anos anteriores.

Outro aspecto também importante de se analisar é a distribuição percentual das internações por grupo e faixa etária - CID 10. Em 2007, 11,8% das internações no SUS ocorreram no grupo de causas referentes à gravidez, parto e puerpério, sendo a terceira causa de internação no município. Deste total de 11,8%, a maioria (49,9%) encontrava-se na faixa etária de 15 a 19 anos, sendo a faixa etária dominante para esta causa (SINASC, 2009).

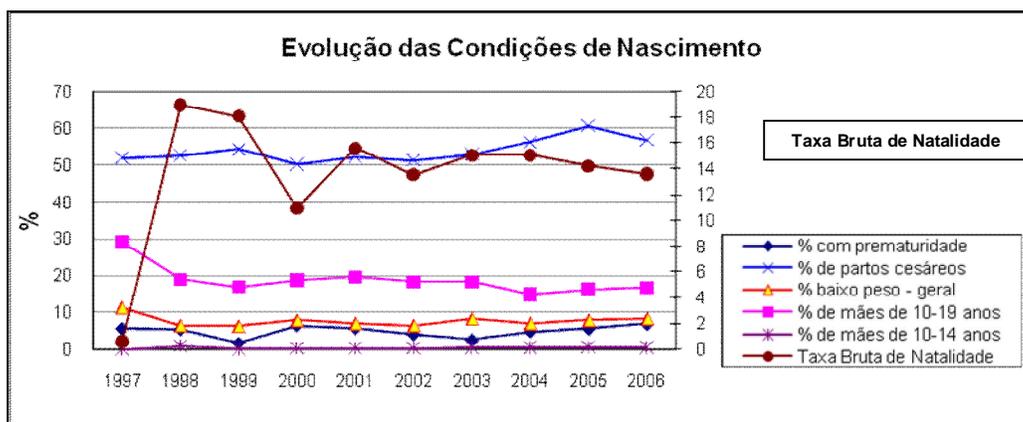


Figura 2 - Evolução das Condições de Nascimento no Município de Muriaé (SINASC, 2009)

Apesar do empenho permanente de profissionais de saúde e do poder público em ações que tentam minimizar o caráter epidêmico da gravidez na adolescência e suas repercussões sociais, muito pouco se tem conseguido suprimir as estatísticas representativas desse problema; o que demonstra a necessidade de uma reformulação de conceitos e da visão crítica e realística desse fenômeno.

Por conta dessas constatações, numa busca por respostas e soluções para o problema, em fevereiro do ano de 2001, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologistas e Obstetras (FEBRASGO) em convênio com o Ministério da Saúde e em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), lançou na cidade de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais, o Programa “AdolesSer com Saúde”, cujos objetivos se sobrepõem aos dos demais e diversos já existentes serviços de

referência para o atendimento e assistência às adolescentes, grávidas ou não (FEBRASGO, 2004).

Neste sentido também, o governo do Estado de Minas Gerais com objetivo de promover o desenvolvimento pessoal e social do adolescente através de ações de caráter educativo e participativo, focalizadas nas questões da sexualidade e da saúde reprodutiva, introduziu no currículo escolar do ensino fundamental e médio, o Programa Educacional de Atenção ao Jovem – PEAS Juventude, que tem suas ações implementadas pelo sistema público de educação do Estado de Minas Gerais. No município de Muriaé o PEAS Juventude está implantado e funcionando na maioria das escolas da rede estadual de educação (<www.educacao.mg.gov.br>).

4. REFERENCIAL TEÓRICO

A adolescência muito comumente é marcada por significativas mudanças anátomo-funcionais, às quais validam o que se convencionou designar puberdade, e por reconstruções psicológicas, especialmente vinculadas à absorção de valores sociais, esforços de autoafirmação e de ajustes às novas pressões sexuais (SILVA, 2003).

É notório que quanto mais progride em complexidade nossas relações e mecanismos sociais, mais conflituosos se tornam os nossos jovens no período que caracteriza o que conhecemos como “adolescência”. Certamente por se tratar de um fenômeno eminentemente sócio-psicológico com raízes no biológico, as lacunas que se têm criado entre a prontidão biológica e os descontínuos desenvolvimentos emocional e socioeconômico têm feito de nossos jovens, indivíduos aptos para o acasalamento, mas visivelmente despreparados no que se refere às independências pessoal e socioeconômica.

A gravidez na adolescência não é um fenômeno recente, constata-se através de registros históricos que os casamentos na Idade Antiga ocorriam na faixa de 13 e 14 anos, e que as adolescentes concebiam seus filhos logo após a menarca. Nos dias atuais, a gravidez precoce, com muita frequência, vem interferindo no processo de escolarização e, conseqüentemente, na inserção no mercado de trabalho, altamente competitivo (PARAGUASSÚ et al., 2005).

4.1. ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Engravidar na fase tenra da vida é um evento observado mundialmente, com variações importantes entre as nações, que tem despertado interesse e preocupação, principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, este tema tem sido amplamente investigado após a constatação de um aumento relativo da fecundidade das adolescentes em relação à das mulheres mais velhas (SANTOS, 2008).

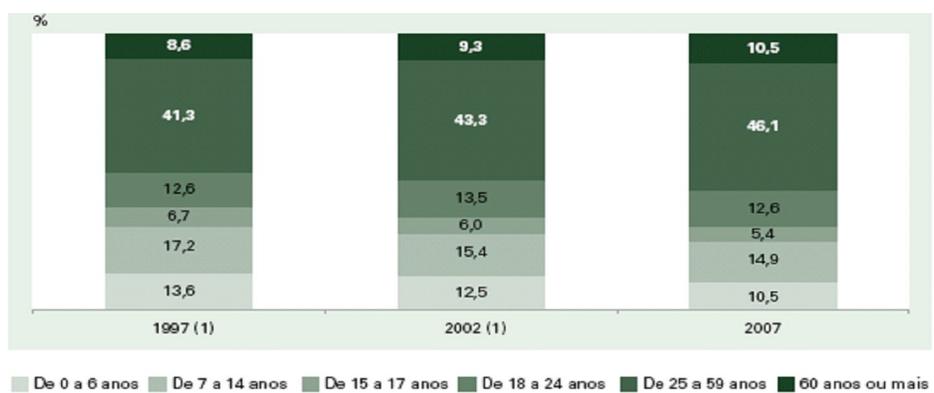
A gestação na adolescência deve ser considerada um importante assunto de saúde pública, em virtude da prevalência com que esse fenômeno vem ocorrendo ao redor do mundo. A chamada epidemia da maternidade na adolescência, segundo Chalen et al. (2007), só foi reconhecida por volta de 1970, quando as taxas de fecundidade nesta faixa etária já começavam a cair nos EUA e em outros países do primeiro mundo.

No quinto relatório anual do *State of the World's Mothers*, publicado em 2004, com dados coletados no período de 1995 a 2002, Mayor destacou que 13 milhões de nascimentos (um décimo de todos os nascimentos do mundo) são de mulheres com menos de vinte anos e que mais de 90% destes nascimentos ocorrem nos países em desenvolvimento, onde a proporção de parturientes com menos de vinte anos varia de 8% no leste do continente asiático até 55% no continente africano. O relatório alertou que a gravidez e o parto foram as principais causas de morte em mulheres de 15 a 19 anos nos países em desenvolvimento (CHALEN et al., 2007).

Diferentes nações apresentam percentuais elevados no que diz respeito à frequência da gravidez na adolescência. É realidade que, quanto menos investimentos financeiros são mobilizados pelos órgãos governamentais para

atender à demanda do problema, maiores repercussões em termos da elevação da incidência de gravidez em adolescentes serão verificadas (UNESCO, 2004).

Em 1997, metade da população brasileira era composta por crianças, adolescentes e jovens (de 0 a 24 anos), o que correspondia, em termos absolutos, a 78,1 milhões de pessoas. Em 2007, este grupo aumentou para 82,4 milhões, porém seu peso relativo baixou para 43,4% em relação ao total da população do país. Se considerarmos apenas o grupo de 0 a 6 anos de idade, a redução é sentida mais intensamente. Em 1997, este grupo representava 13,6% da população, e em 2007, passou para 10,5%, expressando as tendências de queda da fecundidade. Os grupos de 7 a 14 anos e de 15 a 17 anos de idade também tiveram queda de sua participação percentual no período. Já o grupo dos jovens de 18 a 24 anos manteve seu peso relativo em torno de 13% da população, desde 1997 (Figura 3).



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007.
 (1) Exclui a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Figura 3 - Distribuição percentual da população, por grupos de idade. Brasil - 1997/2007

Contudo, tal redução não significa uma perda de importância destes grupos como foco de políticas sociais. Do total das 60,1 milhões de famílias brasileiras, analisadas pela PNAD em 2007, 28,1 milhões (47,7%) contavam com pelo menos uma criança ou adolescente de até 14 anos de idade (IBGE, 2007).

Dados do IBGE de 1997 com relação ao uso de métodos contraceptivos, mostravam que 80% das mulheres entre 15 e 19 anos sexualmente ativas e não

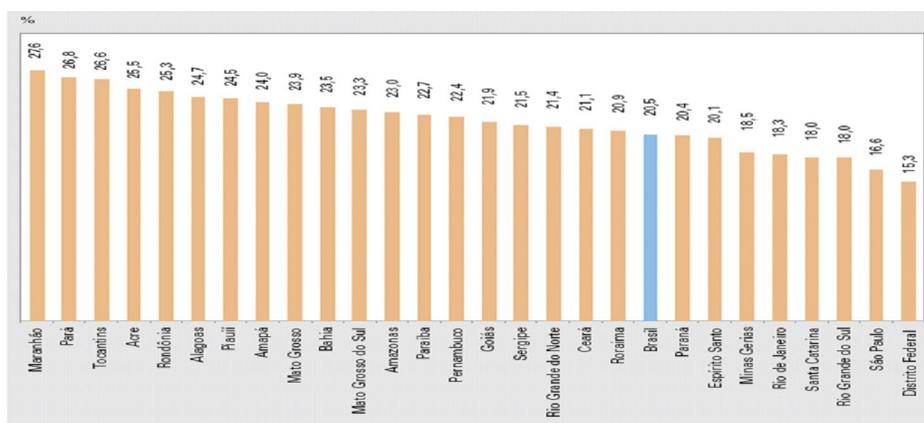
casadas não faziam uso de tais métodos na primeira relação. Na PNAD – 2007 constatou-se que cerca de 34,5% de nossa população tem menos de 20 anos. Esta pesquisa tem como finalidade a produção de informações básicas para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do País (IBGE, 2007).

Segundo Simões (2006), no Brasil, um rápido processo de declínio da fecundidade vem ocorrendo desde a década de 1960, para todas as regiões brasileiras, sendo mais consistente durante as décadas de 1970 e 1980, levando à redução da taxa de fecundidade total (TFT) de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,4, em 2000. As razões para essa mudança no comportamento reprodutivo da população brasileira, segundo o autor, combinam fatores de natureza econômica, social, político-institucional e questões relacionadas ao planejamento familiar, uso de métodos anticoncepcionais e aumento da esperança de vida (IBGE, 2008).

Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS, 2006), realizada pelo Ministério da Saúde, ao avaliar a fecundidade e as intenções reprodutivas das mulheres, conclui-se que a taxa de fecundidade manteve a tendência de queda já observada em 1996. Em 2006, o valor de 1,8 filhos por mulher, em comparação com os 2,5 registrados em 1996. Houve um rejuvenescimento do processo reprodutivo. A fecundidade das mulheres mais jovens (15 a 19 anos) passou a representar 23% da taxa total, em 2006, em contraste com 17%, em 1996. Entre as mulheres entrevistadas, na faixa etária de 15 a 19 anos, 23% estavam grávidas no momento da pesquisa e 12% já haviam estado grávidas, mas não tiveram filhos nascidos vivos.

O padrão de fecundidade das brasileiras, que até a década de 1970 era tardio, ou seja, com concentração nos grupos etários de 25 a 29 ou 30 a 34 anos, passou a ser tipicamente jovem, com maior fecundidade entre as mulheres de 20 a

24 anos, a partir dos anos 80. Segundo Simões (2006), a redução da fecundidade ocorridas nas últimas décadas afetou mulheres de todas as idades, à exceção das do grupo de 15 a 19 anos, sendo mais enfática naquelas da faixa etária de 30 a 49 anos. O aumento na proporção de nascimentos de mães adolescentes, observado na década passada, deve ser entendido no contexto de alteração no padrão relativo da distribuição total de nascimentos por grupo etários. Para o país como um todo, após 2002 ocorreu uma estabilização da proporção de registros de nascidos vivos de mães menores de 20 anos, em torno de 20%. Em 2006, ocorreu declínio do percentual nas Regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste. Na Região Sul não ocorreu variação percentual, mantendo-se a proporção em 19% e apenas na Região Norte houve aumento, cerca de 0,6 pontos percentuais, no total de registros desta faixa etária. (Figura 4)



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estatísticas do Registro Civil 2006.

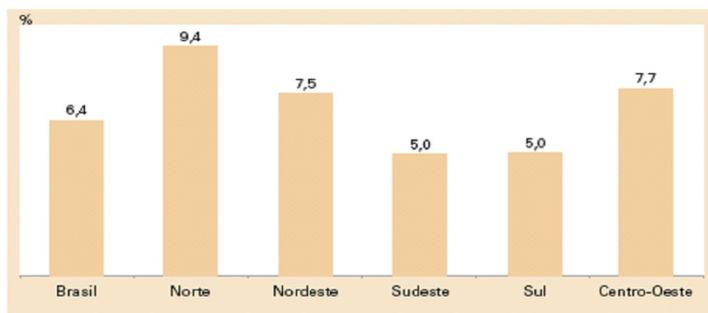
Figura 4 – Proporção de registros de nascimentos em mães menores de 20 anos, por Unidades da Federação – 2006

Em 2007, a taxa de fecundidade total (número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil) foi de 1,95 filhos. Tal valor traduz o resultado de um processo intenso e acelerado de declínio da fecundidade ocorrido na sociedade brasileira nas últimas décadas. Diversos países, especialmente os europeus, já atingiram valores bem abaixo do chamado nível de reposição natural da

população, como a Itália, cuja taxa, no período 2005-2010, é de 1,38 filhos, enquanto que na Índia esse valor é de 2,81 filhos por mulher (IBGE, 2008).

A questão da maternidade em menores de 20 anos assume grande relevância social, pela vulnerabilidade em termos biológicos e de condições de sobrevivência das crianças, pois se sabe que a gravidez em idade muito jovem eleva os riscos de mortalidade para mulher e seus filhos (BRASIL, 1997; SIMÕES, 1997) e, por esse fenômeno atingir uma grande proporção de adolescentes de classes menos favorecidas economicamente e em período de formação da educação básica, criando-se assim um agravamento de vulnerabilidade social dessas crianças e famílias (SIMÕES & OLIVEIRA, 1988)

Os dados da PNAD 2007 sobre a análise da maternidade por grupos de idade revelaram que a proporção das adolescentes de 15 a 17 anos com filhos, em 2007, era, para o conjunto do país, cerca de 6,3%, mantendo-se nos mesmos patamares de 1997. Ao observar os dados por regiões, verifica-se que o Norte e o Nordeste apresentaram as proporções mais elevadas, 9,4% e 7,5%, respectivamente, o que, é provável, explica-se porquanto, nestas regiões, a fecundidade é historicamente mais elevada que nas demais. Vale dizer que a gravidez nesta faixa etária é considerada precoce e seus resultados não são benéficos nem para as mães nem para as crianças. (Figura 5).



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007.

Figura 5 - Proporção de mulheres de 15 a 17 anos de idade que tiveram filhos, segundo as Grandes Regiões – 2007

Dados do Ministério da Saúde revelaram que houve de 2007 para 2008, redução adicional de 7,9% no número de partos entre adolescentes em todos os estados da Federação, com exceção do Amapá, onde foi registrado um aumento de 39,2% (SILVEIRA, 2009).

Cabem nesse momento duas importantes perguntas: estamos preparados para prestar atendimento a todas essas adolescentes que aumentam as estatísticas da gravidez na adolescência? E ainda..., temos nos preocupado com o teor dessa preparação no sentido de obter melhores serviços de assistência obstétrica para essas adolescentes?

Contudo, não se pode esquecer que a maternidade adolescente não é um fenômeno encontrado apenas entre jovens econômica e/ou socialmente desfavorecidas. O que ocorre é que as pesquisas, em geral, são realizadas com essa população, pelo acesso mais fácil, e também porque, entre jovens de classes sociais economicamente favorecidas, a gravidez tem mais chance de ser interrompida, uma vez que há recursos financeiros para isso. Nos casos em que é levada a termo, contorna-se a situação, evitando que a jovem tenha sua escolarização e profissionalização interrompidas (LEVANDOWSKI et al., 2008).

4.2. ASPECTOS CLÍNICOS, OBSTÉTRICOS E PERINATAIS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência é um problema que deve ser levado muito a sério e não deve ser subestimado, assim como deve ser levado a sério o próprio processo do parto. Este pode ser dificultado por problemas anatômicos e comuns da

adolescente, tais como o tamanho e conformidade da pelve, a elasticidade dos músculos uterinos, os temores, além dos importantíssimos elementos psicológicos e afetivos possivelmente presentes (YAZLLE, 2006).

No que tange às repercussões médicas da gravidez na adolescência, a maioria dos autores caracteriza a gestação em adolescentes como passível de riscos e complicações, devendo ser considerados como parcelas agravantes ao risco dessas gestações diversos fatores que, inter-relacionados, determinariam os resultados maternos e perinatal. Vale ressaltar: idade materna, idade ginecológica, paridade, controle pré-natal, ganho ponderal, fatores socioeconômicos e culturais. Entre as complicações da gestação na adolescência descritas na literatura científica, encontram-se o abortamento, anemia, distócias de parto e hipertensão arterial específica da gravidez. Dentre estas, o abortamento se destaca como uma complicação que pode resultar não apenas em consequências físicas como também psicológicas (VIEIRA et al., 2007).

Guerra et al. (2007) demonstraram que na adolescência, a evolução da gestação e do crescimento fetal é alterada pelos maiores riscos de desnutrição, anemia, deficiências vitamínicas, retardo do crescimento intra-uterino, uso de drogas e infecções, resultando em aumento da prematuridade, do baixo peso ao nascimento e da desnutrição pós-natal.

As complicações da gravidez que colocam em perigo a vida das adolescentes são as mesmas que todas as mulheres podem vir a enfrentar: hemorragias, septicemia, hipertensão induzida pela gestação, incluindo pré-eclâmpsia e eclâmpsia, parto obstruído, causado por desproporção céfalo-pélvica, complicações resultantes de abortamentos inseguros e anemia por deficiência de ferro (YAZLLE, 2006).

Sobrepondo ao consenso médico científico evidente na literatura quanto à frequência das referidas moléstias na gestação de adolescentes, publicações posteriores reiteraram os dados do Serviço de Obstetrícia do Professor Jorge Rezende (1987), ao considerarem a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia como patologias mais comuns na primeira gestação, sobretudo quando em se tratando de primigestas adolescentes. Citando também, como patologias incidentes na gestação em tenra idade, a anemia, as distócias de parto (funcionais e de trajeto) e, no que concerne ao conceito, à prematuridade, o baixo peso e as malformações congênitas.

Das consequências diretas da hipertensão induzida pela gestação, motivo de frequentes referências pela literatura médica, a parada cardíaca e a hemorragia cerebral são as mais representativas, tidas como importantes causas de morte tanto materna como fetal. A hipertensão ocorre mais amiúde nas mulheres que estão tendo seu primeiro parto, portanto, sendo responsável por elevada parcela das mortes de mulheres com idade inferior a 20 anos (CARNIEL *et al*, 2006).

Contudo, a despeito de tais colocações, Plockinger et al. (1996), comparando 188 adolescentes grávidas com menos de 16 anos de idade com 4.569 mulheres entre 20 e 24 anos em estudo caso controle, não observaram nos resultados diferença estatística significativa entre os grupos no que diz respeito à: hipertensão induzida pela gravidez, parto prematuro, porcentagem de recém-nascido com peso menor que 2500g, crescimento intrauterino retardado (CIUR), malformações e morbidade perinatal. Pode-se observar ainda neste estudo, maior quantidade de partos espontâneos, menos incidência de cesariana e bom percentual de recém-nascido (RN) com peso superior a 4000g; concluindo que os riscos maternos e perinatais das adolescentes não excederam o de mulheres adultas.

Comparando 1.600 adolescentes grávidas com 14.699 gestantes com idade superior a 20 anos em estudo prospectivo, Weerassekera (1997) apesar de não observar risco aumentado para hipertensão induzida pela gestação, distócia de apresentação e morte fetal, constatou que a incidência de baixo peso ao nascer e parto vaginal é significativamente maior nas adolescentes.

Na cidade de São Paulo, efetivando o papel que a hipertensão induzida pela gravidez assume em pesquisas voltadas para causas de óbito materno, Laurenti et al. (1990) deparam com essa patologia como principal causa de morte materna, seguida pelas complicações do puerpério.

Nas pacientes jovens, sobretudo naquelas com história prévia de hipertensão na gravidez, Wessel et al. (1996) consideram de extrema relevância melhores cuidados pré-natais. Da mesma forma, naquelas pacientes que engravidaram e mantiveram o uso de drogas durante a gestação, com conseqüente aumento da prevalência de prematuridade e baixo peso ao nascer, Kukko et al. (1999) caracterizaram os cuidados pré-natais, monitoramento e aconselhamento, como fatores efetivos na redução do uso de drogas e melhores resultados perinatais.

No que diz respeito ao risco de diabetes gestacional, McMahon et al. (1998) estabelecem como fatores predisponentes à idade materna superior a 35 anos e com um peso prévio à gravidez menor que 49kg ou maior que 65kg, não tendo sido achada, entretanto, linearidade na relação desses parâmetros no trabalho desses autores.

Em muitas regiões, a anemia por deficiência de ferro é um importante fator em quase todas as mortes maternas. Alguns autores consideram que uma mulher anêmica tem cinco vezes mais chance de morrer por causas relacionadas à gravidez do que uma mulher não anêmica. Isso se deve à menor capacidade das primeiras

de resistir a infecções e a hemorragias e demais complicações do trabalho de parto e do parto. A anemia contribui ainda para o nascimento prematuro e para o baixo peso ao nascer (CARNIEL *et al*, 2006).

Estudos sobre o parto de adolescentes com menos de 18 anos em comparação ao resultado do parto de mulheres na faixa de idade de 18 a 34 anos realizado por Jolly *et al.* (2000) demonstraram que a gravidez em adolescentes com menos de 18 anos está associada a risco aumentado para parto pré-termo, antes da 32ª semana de gestação. Estes autores também constataram em seu trabalho maior frequência de anemia materna, infecção pulmonar e infecção urinária nessa faixa etária. Todavia, as adolescentes sofrem menos intervenções obstétricas, sendo menos comum o parto vaginal operatório e as cesarianas eletivas ou de emergência. Não houve acréscimo estatístico na incidência de morte fetal e de pequenos para a idade gestacional (PIG) quando comparadas as duas categorias de gestantes por faixa de idade; fato que levou aos autores a concluírem que essas adolescentes, apesar de apresentarem tendência maior para a ocorrência de parto prematuro, têm menos morbidades maternas e perinatais e o parto vaginal é mais comum.

No Brasil, publicações científicas sobre resultados perinatais demonstram a associação de prematuridade e baixo peso ao nascer com idade materna, condições sócio-econômicas desfavoráveis, assistência pré-natal pública e tipo de parto. Os elevados percentuais de prematuridade (13,3%) e de baixo peso (15,9%) ao nascer encontrados por Chalem *et al.* (2007), confirmam essa associação, pois a população estudada era de mães adolescentes, predominantemente de classes sociais desfavorecidas, com assistência pré-natal no SUS.

Quando o enfoque é o parto prematuro, Adams *et al.* (2000) afirmam que em mulheres com menos de 18 anos o risco de recorrência de parto prematuro entre 20

e 30 semanas de gestação é duas vezes maior do que em mulheres com idade entre 20 e 49 anos. Esse risco de repetir um parto pré-termo é mais acentuado nas mulheres negras do que nas brancas.

Guardando importante relação também com a ocorrência de parto pré-termo, a idade ginecológica tem sido implicada como fator predisponente para esse desfecho. A idade ginecológica é compreendida como o intervalo de tempo transcorrido entre a menarca e a parturição. Rocha et al. (2006) em estudo realizado com puérperas adolescentes na cidade de Vitória, estado do Espírito Santo, verificou maior prevalência de partos pré-termos e de recém-nascidos de baixo peso nesse grupo de gestantes, principalmente entre aquelas com menos de 16 anos.

Um estudo Caso-Controle com 366 adolescentes com menos de 16 anos e mulheres adultas, desenvolvido por Hediger et al. (1997), concluiu que em adolescentes, em especial as com idade ginecológica baixa, há maior propensão para trabalho de parto prematuro e aumento de risco de parto pré-termo, fatos atribuíveis à imaturidade biológica. Baixa idade ginecológica está associada a duas vezes mais risco para parto pré-termo.

Em seu trabalho sobre peso materno e parto prematuro em adolescentes com menos de 19 anos, Lao et al. (2000) também sugerem que o risco para parto pré-termo esteja associado ao desenvolvimento físico imaturo não condizente com o preparo necessário para uma gestação, refletindo num risco elevado.

Ao estudarem as complicações antenatais de adolescentes com idade entre 12 e 14 anos, Obed et al. (1997) detectaram maior ocorrência de amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro, hemorragia anteparto, infecção urinária, êmese gravídica, malária, pré-eclâmpsia e eclâmpsia na faixa etária menor que 12

anos, tendo os números assumido significativas proporções nas pacientes de classe sócio-econômica mais baixa.

A análise de risco para o parto prematuro em 6.072 primigestas negras com idade entre 15 e 19 anos que tiveram seu parto comparado com o de mulher com idade entre 20 e 24 anos, em trabalho produzido por Ekwo et al. (2000), após ajustamento das variáveis confundidoras por regressão logística para análise dos efeitos do tabagismo materno, abuso de drogas durante a gravidez, cuidados pré-natal e renda familiar; concluiu-se que as primíparas jovens negras não têm aumento de risco biológico para prematuridade.

Ao comparar, em estudo transversal, mulheres multíparas na faixa etária de 10 a 20 anos com mulheres de 25 anos que tiveram parto prematuro em idade gestacional inferior a 33 semanas, estratificando para idade e etnia, Akinbami et al. (2000) puderam verificar que o risco para prematuridade diminui com o aumento da idade materna, mas que o hábito de fumar interfere nos resultados.

No tocante ao tabagismo materno como fator de risco para o parto prematuro, fica claro nas demonstrações teóricas de Wisborg et al. (1998) haver uma potencialização de seus efeitos quando associado à cafeína, sendo implicada nessa relação um gradiente dose-resposta. Para Bai et al. (2000), mulheres fumantes têm maior risco para *abruptio placentae*, trabalho de parto prematuro e parto pré-termo. Estabelecem em seu trabalho o fumo como fator predisponente para hipertensão induzida pela gestação, associando ao baixo peso ao nascer e a maior morbidade neonatal. Pode também associar o baixo peso ao nascer com gestantes de baixo padrão socioeconômico e uso abusivo de drogas e álcool na gestação.

O estudo do risco perinatal dos conceptos oriundos de gestações em jovens tem ganhado a atenção de muitos interessados no assunto. Importantes trabalhos

têm sido publicados, com apontamentos interessantes sobre esses riscos. Assim, merecido destaque deve ser dado às considerações de Conde-Agudelo et al. (2000) que estudando fatores de risco para morte fetal com base em informações do *Perinatal Information System Database of the Latin American Center for Perinatology and Human Development* - SIP CLAP entre 1985 e 1997, não identificaram dentre esses fatores idade materna menor que 20 anos; ao contrário, consideraram fator de risco idade materna igual ou superior a 35 anos.

Em estudo retrospectivo do parto de gestantes com menos de 19 anos de idade, Santos (1997), considerou que a gravidez em mães jovens não parecia ter um significado de alto risco biológico, psicossocial ou social, como o conhecido risco das mulheres mais velhas.

Outro ponto de relevância nas repercussões do parto e sobre o recém-nato, que tem merecida atenção pelos estudiosos, é a paridade. Guarda relação com a ocorrência de determinadas complicações obstétricas, doenças comuns ao parto e puerpério e mantém muitas vezes estreitas relações com as intervenções e indicações obstétricas deliberadas (SANTOS et al., 2008).

O estudo comparativo de 147 adolescentes com menos de 15 anos e nulíparas com adolescentes em idade mais avançada e mulheres adultas realiza do por Berenson et al. (1997), no qual foi estimado o risco de complicações perinatais dos recém - nascidos dessas pacientes, concluiu que a experiência perinatal é similar entre as classes; não havendo diferença na prevalência de complicações entre os grupos.

Estudo recente realizado por pesquisadores da Universidade de São Paulo com objetivo de comparar o neuro-comportamento de recém-nascidos a termo pequenos e adequados para a idade gestacional, filhos de mães adolescentes,

concluiu que os recém-nascidos do sexo masculino, pequenos para a idade gestacional de mães adolescentes, mostraram menor qualidade de movimento, mais excitabilidade e mais sinais de estresse, em associação com variáveis relacionadas ao parto (BARROS et al., 2008).

Com relação ao ganho ponderal na gravidez de adolescentes, Scholl et al. (1998) encontraram em sua pesquisa os seguintes fatores influentes: etnia materna, duração da gestação, paridade e presença de hipertensão induzida pela gestação. Para esses autores, o ganho ponderal materno é determinante do aumento do peso ao nascer. Não encontraram, todavia, no estudo que propuseram, relação entre o aumento do risco para cesariana, óbito fetal ou necessidades de cuidados intensivos do recém-nascido no período neonatal e o ganho de peso materno.

Pesquisa realizada por Granja et al. (2001), com dados sobre mortalidade materna em Moçambique, mostraram que cerca de 22% dos óbitos maternos foram referentes a gestantes adolescentes, apontando como principais causas de óbito a hipertensão induzida pela gravidez, a sepsis puerperal e o abortamento séptico; representando essas três causas 75% do total das mortes. Estudo de mesmo cunho desenvolvido na Jamaica por Keeling et al. (1991) estabeleceu como principal causa de morte materna a hipertensão, seguida por hemorragia e infecção. Esses últimos autores observaram acentuação da mortalidade com o avanço da idade materna e da paridade.

Com relação às complicações maternas, Mccauley et al. (1995) situados por embasamentos teóricos de inúmeros autores, reforçam o caráter inevitável desses agravos à saúde, os considerando também comuns e de elevada incidência na gravidez de mulheres jovens. Segundo consistentes afirmações de seu estudo, em se tratando de mulheres muito jovens, a gravidez, desejada ou não, pode suscitar

risco de morte de duas a quatro vezes superior; na dependência não somente das condições de saúde da mulher como também de sua condição socioeconômica.

Em trabalho retrospectivo, em que 80 adolescentes grávidas com menos de 19 anos foram comparadas com gestantes de 20 a 30 anos, Pal et al. (1997), a despeito de algumas opiniões, encontraram maior incidência de complicações obstétricas e de parto vaginal operatório (uso de fórceps) nas adolescentes. Observou também no total de adolescentes estudadas 27,5% de casos de anemia, 27,5% de CIUR, 15% de hipertensão arterial e 1,25% de morte fetal.

Yazlle et al. (2002), em pesquisa a partir de bases populacionais, na cidade e região de Ribeirão Preto - São Paulo, onde há cobertura total da assistência ao parto, analisando retrospectivamente, os dados correspondentes aos partos de adolescentes na faixa etária de 11 a 19 anos (neste período 7.134 partos foram em adolescentes, correspondendo a 16,6 % do total de partos), relacionaram os diagnósticos obstétricos mais frequentes, que foram: problemas do feto ou placenta que afetam a conduta materna, como malformação fetal hereditária ou causada por vírus ou drogas, hemorragia feto-materna, isoimunização Rh ou ABO, sofrimento fetal, morte intrauterina, crescimento fetal insuficiente ou excessivo e anormalidade placentária (565), desproporção feto-pélvica (426), problemas com a cavidade amniótica e membranas (355), hipertensão complicando o parto e o puerpério (249) e trabalho de parto prematuro ou falso (241).

A desproporção céfalo-pélvica, ou seja, impossibilidade de uma bacia pélvica feminina, insuficiente em diâmetro, para permitir a passagem do pólo cefálico fetal durante o parto, pode retardar ou inviabilizar o parto vaginal. Não raras vezes, quando é, por qualquer motivo, impossível a realização de uma cesariana, o útero materno pode vir a sofrer ruptura, provocando a morte da mãe e do bebê. A

desproporção cefalo-pélvica é comum em mulheres muito jovens, cujo crescimento pélvico ainda não se completou totalmente, assim como em mulheres de idade mais avançada que apresentem baixa estatura, que pode ser decorrente de subnutrição na infância (MICHELAZZO et al., 2004).

No tocante ao uso de fórceps e vácuo-extração no parto de pacientes adolescentes, comparando um survey de adolescentes grávidas com um estudo de coorte de mulheres grávidas adultas, Gallais et al. (1996) observaram maior emprego dessas práticas no parto de adolescentes. Por outro lado, lacerações em partos vaginais e a duração do trabalho de parto em adolescentes e adultas não diferiram em frequência (PERRY et al., 1996).

4.3. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Pesquisas têm mostrado o efeito protetor do acompanhamento pré-natal sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, contribuindo, entre outros, para uma menor incidência de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal (GAMA et al., 2004; MICHELAZZO et al., 2004; SABROZA et al., 2004a; GOLDENBERG et al., 2005; YAZLLE et al., 2009).

Muitos desses riscos perinatais podem ser atenuados sob uma assistência obstétrica efetiva. Alguns autores, como Orvos et al. (1999) estudando o pré-natal e parto de adolescentes, verificaram que a idade materna menor que 19 anos está associada ao aumento do risco desfavorável ao nascimento, aconselhando melhores cuidados pré-natais e maior observação durante o trabalho de parto das jovens grávidas.

O acompanhamento médico adequado durante a gestação pode ser visto como uma política compensatória da saúde, cabendo a ele o papel de minimizar o efeito das desigualdades socioeconômicas (GAMA et al., 2002).

Utilizando de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, relativo ao ano de 2001, referente à cidade de Montes Claros, Norte de Minas Gerais, Goldenberg et al. (2005) realizaram estudo retrospectivo em que a presença de mães adolescentes assistidas na rede hospitalar do município equivalem a 21,5%, sendo de 0,6% na faixa de 10 a 14 anos e 20,9% na faixa de 15 a 19 anos. Essas proporções, próximas às do país (23,4% em 2000), pouco variaram no período de 1997 a 2001. A proporção de frequência de pré-natal acima de seis consultas foi de 40,0% entre as adultas, sendo essa proporção significativamente menor entre as adolescentes, particularmente, na faixa de 10 a 14 anos. Entre as adultas, a ocorrência de prematuridade foi de 5,6% no ano; essas proporções foram significativamente superiores na faixa de 15 a 19 anos e de 10 a 14 anos, tendo atingido, respectivamente, 7,4% e 25,5%. A ocorrência de baixo peso, da ordem de 7,8% entre as parturientes adultas, chegou a 11,7% na faixa de 15 a 19 anos e, a 35,2% na faixa de 10 a 14 anos, sendo as diferenças significantes, levando em conta os respectivos intervalos de confiança.

Apesar de as adolescentes possuírem condições biológicas para a gravidez, a maior proporção de complicações perinatais nessas pacientes se deve a uma interação biosócioeconômica, sendo que a assistência pré-natal adequada pode reduzir essas complicações (GAMA et al., 2004; YAZLLE et al., 2009).

Segundo Vitiello (1993), quando as adolescentes grávidas são comparadas às não-adolescentes, há, naquelas, maior incidência de: níveis pressóricos elevados, doenças sexualmente transmissíveis, trabalho de parto prematuro e

distócia funcional, principalmente pelo temor à dor do parto. Todos esses eventos podem, sem dúvidas, ser prevenidos com uma adequada assistência pré-natal. Os serviços multidisciplinares obtêm melhores resultados com recrutamento precoce de adolescentes grávidas e o envolvimento do parceiro (ou familiares) resultando em uma maior adesão ao longo do pré-natal.

Apesar dos cuidados pré-natais serem determinantes na redução da mortalidade relacionada à gravidez e suas complicações, sobretudo quando se trata de mulheres muito jovens, o que se tem por usual nos países em desenvolvimento é um total despercebimento desses cuidados por muitas das adolescentes grávidas e, mesmo em países desenvolvidos, essa classe de gestantes costuma ser a que menos tem a oportunidade de obter esse tipo de atendimento. Muitas vezes o recebendo somente próximo ao desfecho de sua gestação (METELLO et al., 2008; SANTOS et al., 2008).

Em importante trabalho voltado para a avaliação da importância do acompanhamento pré-natal para gravidez em adolescentes, Scholl et al. (1994) verificaram que nos países desenvolvidos houve redução dos riscos para o parto cesáreo associado ao declínio progressivo de tendência secular nesses países para os casos de anemia materna e hipertensão induzida pela gestação em adolescentes quando comparadas a mulheres em idade reprodutiva ótima. Tal fenômeno se deveu à implementação de programas de cuidados pré-natais compreensivos que diminuíram os riscos de muitas complicações. O fenômeno foi inverso nos países em desenvolvimento em decorrência da falta de programa similar. Os referidos autores defendem a necessidade de assistência pré-natal extensiva, ampla, incluindo cuidados sociais e comportamentais em conjunto aos cuidados médicos, o que proporcionaria melhores condições de saúde das mães e melhor resultado neonatal.

Goldenberg et al. (2005) considerando a frequência ao pré-natal, no caso da prematuridade e baixo peso ao nascer, observaram número muito baixo de mães que apresentavam níveis adequados de consultas a esse serviço no segmento da adolescência precoce. Constataram ainda que o pré-natal não adequado conferiu uma chance aumentada de ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer. Em que pese a proximidade dos valores das razões de prevalência entre as adultas (2,38%) e adolescentes de 15 a 19 anos (2,80%), chamou a atenção a tendência de aumento no sentido das idades mais jovens, chegando a 7,41 vezes no caso da prematuridade e de 7,39 no caso do baixo peso, na faixa de 10 a 14 anos de idade.

Do ponto de vista de Demir et al. (2000), a diminuição das complicações em adolescentes grávidas, se deve ao acompanhamento médico da gestação nessas pacientes como sendo uma gravidez de alto risco, especialmente nos países em desenvolvimento, onde a ação de fatores socioeconômicos na atribuição do risco é mais pronunciada. Em opinião concordante com o estudo citado, num trabalho importante sobre estratégias de prevenção ao parto prematuro, Diallo et al. (1998) reafirmam o acompanhamento pré-natal como atenuante dos riscos.

É bem conhecido o fato de que a adolescente grávida muito jovem falha mais em buscar assistência pré-natal e tem risco aumentado de complicações antes e após o parto, tais como pré-eclâmpsia, anemia e obesidade. Outros fatores relacionados à gravidez na adolescência são imaturidade do sistema reprodutivo, uso freqüente de fumo, drogas ilícitas e álcool, risco de distúrbios emocionais e má nutrição, todos estes fatores evidenciados como de risco aumentado para partos de crianças com baixo peso ao nascer. Assim, a inadequabilidade na assistência pré-natal, por si mesma, é um fator de risco para a gestante e o recém-nascido (AMAYA et al., 2005; SANTOS et al., 2008).

Segundo Michelazzo et al. (2004), no que diz respeito à evolução da gestação, a literatura cita entre as adolescentes: aumento da incidência de prematuridade, baixo peso ao nascimento, restrição de crescimento intrauterino, sofrimento fetal agudo intra-parto, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e aumento da incidência de cesarianas. Por outro lado, alguns estudos mostram que não há prejuízo na evolução da gestação e condição dos recém-nascidos quando a gestação ocorre na adolescência, desde que a assistência pré-natal seja adequada. Sugere ainda que as condições sociais em que as gestantes estão inseridas, especialmente as adolescentes, podem interferir decisivamente na evolução da gravidez (ZAGANELLI, 2006).

Ainda com relação à assistência pré-natal, estudos mostram que não há prejuízo na evolução da gestação e condições dos recém-nascidos quando a gestação ocorre na adolescência, desde que a assistência pré-natal seja adequada, bem como o risco obstétrico, materno e infantil está relacionado não só com a idade, mas com a paridade, assistência pré-natal, assistência perinatal e condições socioeconômicas (SANTOS, 2008).

O pré-natal é reconhecidamente importante no diagnóstico de riscos biológicos de grávidas adolescentes tais como a presença de infecções, nutrição inadequada e abusos de uso de drogas ilícitas. O pré-natal é também importante no sentido de oferecer suporte psicossocial nas dificuldades e situações de stress nas quais as mães adolescentes se encontram. Sofrimento emocional é causador de distúrbios endócrinos e parto pré-termo e, reduzindo este stress, a adolescente poderia ser conduzida para resultados mais favoráveis. Suporte psicossocial de mães adolescentes pode prevenir marginalização econômica, educacional e social e não se limitar ao atendimento médico necessário (SANTOS et al., 2008).

As baixas condições de instrução e renda estão diretamente relacionadas com o maior risco de engravidar na adolescência. Tem-se discutido que a gestação nesta fase leva à interrupção precoce da escolaridade, dificultando tanto a inserção futura da adolescente no mercado de trabalho, quanto à obtenção de emprego com melhor remuneração, gerando assim um processo de reprodução da pobreza (GAMA et al., 2002).

O uso de drogas ilícitas por familiar residente no domicílio constitui fator associado à gravidez na adolescência, independentemente da influência de outros fatores relevantes, como idade da mãe na primeira gravidez, uso inadequado de métodos contraceptivos e baixa escolaridade dos pais. Por outro lado, em um contexto de baixa renda familiar e baixa escolaridade dos pais, o desejo de cursar a faculdade funciona como proteção à gravidez antes dos 18 anos entre estudantes de escolas públicas (CAPUTO et al., 2008).

Com objetivo de avaliar o desfecho da gravidez nas jovens adolescentes, Metello et al. (2009), realizaram estudo retrospectivo com 10.656 partos, ocorridos em um hospital terciário da região de Lisboa, em Portugal. Neste estudo observa-se que as adolescentes tiveram pior seguimento da gestação: primeira consulta após a 12ª semana (46,4 *versus* 26,3%) e menos de quatro consultas (8,1 *versus* 3,1%), menos distócia (21,5 *versus* 35,1%). Entre adolescentes, as com idade inferior a 16 anos tiveram mais recém-nascidos de baixo peso e mais partos entre 34 e 37 semanas.

Com objetivo de avaliar a assistência ao adolescente na área da saúde sexual e reprodutiva, Vieira et al. (2007), qualificaram como inadequada, por não existirem ações voltadas a essa população, enfatizando também que as jovens não são acolhidas devidamente e com frequência engravidam novamente. Entre as

dificuldades que se constataram como barreira à promoção da saúde do adolescente, está indicada a inexistência de políticas e programas eficientes, que atendam essa faixa etária. O desafio é propiciar ao adolescente acesso a serviços de saúde que ofereçam um atendimento integral, antes mesmo do início de seu primeiro intercurso, garantindo-lhes privacidade, confiabilidade e atendimento que dê apoio, sem emitir juízo de valor.

4.4 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS, REPRODUTIVOS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A análise dos possíveis fatores associados ao aumento da incidência de gestações nessa faixa etária destaca a existência de uma enorme “rede multicausal” que torna as adolescentes vulneráveis a essa situação (KURAUCHI et al., 2003). Revisão sistemática realizada nos EUA em 2004 sugere que a gravidez precoce é um marcador para o futuro comportamento sexual de risco e resultados adversos em saúde reprodutiva (MEADE & ICKOVICS, 2004).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a gravidez na adolescência é uma porta de entrada para a pobreza, pois leva a uma diminuição do leque de possibilidades sociais e econômicas, inclusive em termos do acesso à escola (OPAS, 1985). A necessidade do mundo moderno, industrializado e informatizado, não sorveria essa mão de obra sem qualificação e despreparada para as exigências do mercado de trabalho, perpetuando a situação de pobreza para a jovem e o seu filho. Estudos afirmam ainda que a mulher que inicia a sua vida reprodutiva antes dos 20 anos tem menores chances de se emancipar socialmente.

Dessa forma, o fator escolaridade demonstra ser um indicador socioeconômico importante, e muitas vezes determinante, para o futuro da adolescente e de seu filho (LEITE et al., 2004; DUARTE et al., 2006; CHALEN et al., 2007).

Além das drásticas mudanças físicas e psicossociais, é também na adolescência que são estabelecidas experiências comportamentais, dentre as quais são representadas, muito amiúde, às relacionadas à sexualidade. Contudo, a turbulência intrínseca desse período nega à própria adolescente a oportunidade da compreensão plena do significado e das consequências do exercício sexual precoce, resultando, não raras vezes, em ônus importantes para a saúde da adolescente. As exigências de participação sexual estão não só em suas próprias pulsões internas, típicas deste período exuberante em sensações sexuais, como também nos apelos do meio ambiente, todavia, sem qualquer preocupação educacional. É nesse momento, que muitos adolescentes, então se deparam com uma gravidez não programada. Várias pesquisas referem que a primeira experiência sexual tem sido vivenciada mais cedo pelas meninas, ocorrendo entre 15 e 16 anos (LEITE et al., 2004; VIEIRA et al., 2007; CHALEN et al., 2007).

Quando a atividade sexual precoce tem como resultante a gravidez, gera consequências tardias e em longo prazo, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. A adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto (VITALLE, 2001).

No âmbito das relações de gênero, a percepção que os homens adolescentes têm de sua heterossexualidade obrigatória e dos requisitos sociais para que sua masculinidade seja reconhecida refletem-se nas situações concretas de sua vida. Esses aspectos podem se constituir em fatores de vulnerabilidade para a

paternidade na adolescência. A partir dessa hipótese, Almeida et al. (2007), publicaram dados do estudo realizado na cidade de Campo Grande, estado do Mato Grosso do Sul, com objetivo de avaliar as relações de gênero capazes de tornar adolescentes do sexo masculino vulneráveis à gravidez na adolescência. Analisando a sexarca, primeira relação sexual com uma mulher, observaram que, no tocante a quem tomou a iniciativa, não houve predominância dos homens ou das mulheres, nem da iniciativa em conjunto. A iniciativa foi do homem quando nos relacionamentos havia algum vínculo (amizade, “ficar” ou namoro); a iniciativa foi partilhada com a namorada em um único caso.

Os conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez foram estudados entre adolescentes grávidas no interior do Ceará, Brasil, e concluiu-se que a gravidez era vista como um problema indesejado e que as adolescentes tinham medo de partilhar sua descoberta com a família ou o companheiro (MOREIRA et al., 2008). A adolescente vive o momento da gestação com dúvidas, anseios e contestações, somados à aquisição de uma nova identidade para a qual pode não estar preparada e, sobretudo, à cobrança social que esse novo papel acarretará.

Sabroza et al.. (2004a) relataram em seu estudo, que as adolescentes com menos idade e sem união consensual demonstraram maior insatisfação com a gestação, e a união conjugal influenciou positivamente a maneira como a gestação foi percebida pela família e pela própria adolescente. Afirmaram ainda, que os resultados obtidos revelaram que as adolescentes em idade mais precoce e sem união consensual apresentam piores condições sócio-demográficas e psicossociais.

Abandono da escola, uniões precoces e diminuição das perspectivas de trabalho, são consequências marcantes da maternidade precoce, que fazem parte

da realidade social do Brasil (CUNHA et al., 2007). Em 1996, aproximadamente 14% das mulheres entrevistadas pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) tinham pelo menos um filho, sendo que a primeira maternidade ocorreu, em sua maioria (70% dos casos), entre 15 e 17 anos. Dados da PNAD de 1995 evidenciaram que aproximadamente 13% das mulheres brasileiras entre 15 e 19 anos tinham dado à luz no mínimo uma vez. Nos EUA, país desenvolvido, onde a realidade social é diferente, a gravidez na adolescência é um problema de muita importância. Calcula-se que aos 20 anos 40% de mulheres brancas e 64% de mulheres negras terão engravidado pelo menos uma vez (HALBE & HALBE, 2002).

O início precoce da atividade sexual, aliada à desinformação quanto ao uso adequado dos contraceptivos e à deficiência de programas de assistência ao adolescente são alguns dos fatores referidos como responsáveis pelo aumento da gravidez na adolescência (BRUNO et al., 1997). Nesse particular, os países em desenvolvimento são mais afetados, pois a divulgação desses métodos e a implementação de campanhas educativas ainda se comportam como débeis iniciativas governamentais.

Estudo publicado nos Cadernos de Saúde Pública em 2008, por Carlotto et al., consolidando dois estudos transversais, realizados em 1995 e 2004, com mulheres de 15 a 49 anos em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, visando avaliar alguns indicadores básicos de saúde, constataram que a idade média de início das atividades sexuais diminuiu e a taxa de gravidez na adolescência aumentou em 33%. Constatou ainda que, a maternidade adolescente, principalmente entre as mais pobres, implica quase sempre em abandono escolar e dificulta inserção no mercado de trabalho de melhor qualificação. Além disso, boa parte das adolescentes pobres apresentou outros fatores de risco como desnutrição e baixa estatura, que

determinam risco gestacional. Neste estudo ainda concluíram que a sobreposição desses problemas gera aumento da morbi-mortalidade entre essas mulheres, independente do fato de elas interromperem ou não a gravidez.

Pesquisa realizada por Paraguassú et al. (2005), com o objetivo de caracterizar mudanças sócio-demográficas e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de mulheres que tiveram seu primeiro filho na adolescência, no município de Feira de Santana, Estado da Bahia, observou que as adolescentes que engravidaram mais precocemente apresentaram idade média da menarca e da iniciação sexual mais precoce, assim como as adolescentes de 10 a 16 anos apresentaram um maior número de filhos, em relação às de 17 a 19 anos. Esses resultados confirmam dados da literatura que apontam para o maior risco do aumento da prole entre adolescentes que iniciaram precocemente a vida sexual, o que pode representar um impacto sobre a vida dessas mulheres, no que se refere à escolaridade, realização do projeto de vida, ocupação, inserção no mercado de trabalho, além do impacto econômico sobre as famílias, principalmente nos grupos menos privilegiados, de baixa renda que, muitas vezes, não se encontram preparados para arcar com esta demanda (BRUNO et al., 2009) .

Brandão et al. (2006) analisaram o fenômeno da gravidez na adolescência nos segmentos médios do Rio de Janeiro, e permitiram configurar a gravidez na adolescência como um evento contingente ao processo de construção da autonomia pessoal em curso nessa fase da vida, no qual a sexualidade tem grande relevância. Concluíram que o fenômeno precisa ser compreendido em um contexto histórico e cultural específico, distinto de sua ocorrência décadas atrás, pois está marcado pelas regras que organizam o processo de individualização juvenil na contemporaneidade.

Embora estudos evidenciem o conhecimento dos métodos contraceptivos pelos adolescentes, existe grande lacuna entre o percentual de conhecimento e o de utilização (BUENO et al., 1996; SCHOR, 1990). Silva et al. (1996) mostraram que apesar de 87,8% das adolescentes estudadas por eles conhecerem pelo menos um método contraceptivo, somente 48,1% tinham feito uso de algum deles.

Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 constata-se que nos 10 anos anteriores ao estudo, verificou-se que as mulheres estão começando sua vida sexual cada vez mais cedo, o mesmo sucedendo com a prática contraceptiva. Até os 15 anos, em 2006, 33% das mulheres já haviam tido relações sexuais, valor que representa o triplo do ocorrido em 1996. Por sua vez, 66% das jovens de 15 a 19 anos sexualmente ativas já haviam usado algum método contraceptivo, sendo que o preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis (5%) foram os mais utilizados.

Carvalho et al. (2000) estudaram 129 adolescentes grávidas e puérperas e constataram que 78,3% da amostra analisada tinham conhecimento sobre os métodos contraceptivos, mas 40,3% não usavam métodos antes da gestação.

Diante de todas as implicações que a gravidez na adolescência pode acarretar, um fato é realmente impressionante: a maioria dessas gestações não é planejada, embora os estudos sobre conhecimento e uso de métodos contraceptivos sugiram o contrário (CARVALHO et al., 2002; CERICATO et al., 1994). E mais, a reincidência de gravidez na adolescência é muito freqüente no Brasil e no mundo (CUNHA et al., 2007).

Mesmo em serviços especializados para adolescentes, com acompanhamento rigoroso e acesso facilitado aos métodos contraceptivos, as taxas de reincidência ocorrem por volta de 10 a 15% no primeiro ano após o parto. Essas

cifras se tornam ainda mais relevantes quando se sabe que a cada gravidez diminui a probabilidade da adolescente concluir seus estudos, ter um emprego estável e ser economicamente auto-suficiente (CRITTENDEN et al., 2009).

A reincidência de gravidez em adolescentes foi objeto de recente estudo que incluiu 187 adolescentes grávidas, atendidas e acompanhadas durante cinco anos após o parto em um serviço de atendimento de adolescentes do Estado do Ceará, Brasil. As adolescentes foram analisadas em relação à faixa etária, estar ou não estudando, morar com os pais, escolaridade, condição marital e condição do companheiro atual. O estudo mostrou uma incidência de nova gestação após cinco anos da primeira gravidez de 61% e ainda, que a baixa escolaridade, a mudança de parceiros e uniões conjugais não estáveis foram fatores de risco para reincidência de gravidez (BRUNO et al., 2009). Esses dados superaram o referido por outros autores, que têm relatado uma taxa de reincidência da gravidez na adolescência que varia de 42 a 50% (CRITTENDEN et al., 2009).

Dados da pesquisa de Sabroza et al. (2004a) confirmam que a precária utilização de métodos contraceptivos pelas adolescentes, mais notada no grupo das mais jovens, é concordante com os dados da literatura. Nos EUA apenas uma entre cinco adolescentes que não pretendiam engravidar utilizava algum tipo de método contraceptivo (JONES et al., 1985) .

Tais resultados sugerem a necessidade de reavaliação das estratégias de sensibilização da população feminina e masculina, quanto à importância do planejamento para a maternidade e paternidade, escolha do método contraceptivo adequado, assim como, a conscientização para a prevenção de DST/Aids, que tem apresentado mudança no perfil epidemiológico, acometendo principalmente mulheres em união conjugal (PARAGUASSÚ et al., 2005) .

Considerando que a gravidez na adolescência e a sua reincidência podem ser prevenidas, é necessário considerar a inclusão da população de adolescentes nos programas de assistência à saúde da mulher com ênfase em anticoncepção e orientações sexuais, e considerar a assistência a esta faixa etária como uma das prioridades na atenção primária à saúde (YAZLLE et al., 2009).

Importante estudo sobre gravidez na adolescência, realizado por Chalen et al. (2007), em que foi avaliado o perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, com coleta de dados, no período de 2001 a 2002, em que foram incluídas no estudo as adolescentes grávidas, com idade entre 10 e 20 anos incompletos admitidas num hospital público para parturição ou curetagem pós-abortamento, confirmou dados antes apontados por outros autores, de que a gestação na adolescência é um fenômeno com repercussões significativas para o indivíduo e para a sociedade. Para a adolescente, a gravidez precoce pode marcar e alterar toda a sua vida. Pela perspectiva da comunidade e do governo, esse fenômeno tem uma forte associação com baixos níveis educacionais e um impacto negativo no seu potencial de ascensão econômica.

Estudo realizado em 2003, com objetivo de avaliar o conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução, em serviço de referência para pré-natal de alto risco e adolescentes do município de Indaiatuba, Estado de São Paulo, demonstrou o baixo conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia dos órgãos genitais femininos, assim como sobre aspectos fisiológicos da reprodução. O baixo conhecimento foi relacionado com a maior diferença na idade do casal, a não manutenção do vínculo com o parceiro após ocorrência da gravidez, algumas filiações religiosas e a baixa escolaridade das adolescentes (CARVACHO, 2008).

O acesso a serviços de saúde por adolescentes anterior à gestação também foi objeto de um estudo realizado por Camacho et al. (2008) no interior do estado de São Paulo, Brasil. Os autores concluíram que foram encontradas poucas barreiras de acesso nas dimensões geográfica, econômica, administrativa e de informação. Por outro lado, o indicador psicossocial revelou barreiras importantes de acesso ao serviço de saúde. É importante a incorporação de novas estratégias para facilitar o acesso das adolescentes a serviços de saúde que minimizem as questões de gênero, respeitem a autonomia das adolescentes e levem em consideração as características e o vínculo delas com seus parceiros.

A literatura atual ainda é carente de publicações científicas que relacionam o tema gravidez na adolescência com a Estratégia de Saúde da Família - ESF. Em 2008, durante a 3ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, que aconteceu em Brasília, Distrito Federal, algumas experiências de iniciativas desenvolvidas por profissionais da ESF foram apresentadas. Os trabalhos apresentados nos levam a pensar em um novo modelo de educação sexual voltado a adolescentes, abordando temas relacionados à faixa etária.

Encenar situações da vida real em pequenas peças teatrais foi a forma que agentes comunitários de saúde de João Pessoa, no estado da Paraíba, encontraram para ensinar bons hábitos de saúde às pessoas da comunidade onde eles vivem e trabalham. É o projeto Agente Ator Comunitário de Saúde que desde 2003 realiza encenações dentro da temática da unidade de saúde onde funciona, como pré-natal, amamentação e gestação, envolvendo a ação do dia-a-dia da comunidade, trazendo uma situação da vida real para a encenação (MELO, 2008).

Experiência desenvolvida por uma unidade da ESF em Maringá, estado do Paraná (Matsuura *et al.*, 2008), permitiu reduzir a gravidez na adolescência naquela

comunidade, tendo sido registrado uma redução significativa dos casos de gravidez precoce, em um ano de trabalho. A estratégia foi entregar um pintinho de galinha para cada dupla de adolescentes, para que o levassem para casa e cuidassem do mesmo. O objetivo foi de comparar o cuidado com o pintinho com o cuidado com um bebê, respeitando as devidas proporções. Uma semana após, a discussão era retomada e era avaliado o impacto da vinda do pintinho para seus lares, fazendo analogia com o cuidado de uma criança e conseqüentemente os agravos que uma gravidez precoce poderia acarretar em suas vidas.

Com objetivo de orientar adolescentes de uma determinada comunidade da cidade de Natal, no estado do Rio Grande do Norte, sobre saúde sexual e reprodutiva, Araújo et al. (2005) implantaram o projeto denominado de "Asas do AdoleSer". O projeto é desenvolvido pela equipe de saúde da família e surgiu em decorrência do grande número de adolescentes grávidas na comunidade e de jovens desinformados sobre os riscos de doenças inerentes à atividade sexual. A proposta deste grupo é contribuir para a formação de uma visão crítica sobre procedimentos de riscos, tabus e mitos que envolvem a atividade sexual. Os profissionais promovem junto aos participantes discussões sobre temas relacionados à sexualidade, com o enfoque voltado para a realidade cultural da comunidade.

Em concordância com os dados da literatura, é consenso em todos os setores, que a maternidade é uma experiência difícil, que demanda muita responsabilidade, mas que pode ser desempenhada a contento pela mãe adolescente. Ao contrário da visão hegemônica da sociedade e da saúde pública em geral, que considera os adolescentes como um bloco único e em conflito, e a gravidez na adolescência como indesejada, Santos & Schor (2003), em estudo

realizado com objetivo de explorar padrões e desvendar as diferentes formas de vivenciar a maternidade na adolescência a partir da subjetividade da própria adolescente, obtiveram resultados que sugerem existir diferentes vivências da maternidade e que, pelo menos para um grupo de jovens mães, a maternidade é uma experiência de vida plena de significados positivos.

Sabroza et al. (2004a) em elegante trabalho, onde foram entrevistadas 1.228 adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, analisando a associação entre gravidez precoce e as repercussões emocionais negativas para a adolescente, segundo variáveis sociodemográficas e psicossociais, concluíram que o suporte familiar, independente da condição social de origem, foi identificado neste estudo como o principal fator minimizador das repercussões emocionais negativas da gestação na adolescência. Constataram ainda que a experiência da maternidade nos primeiros anos da adolescência influencia negativamente a vivência e os efeitos da gravidez, levando-nos a ressaltar a importância do desenvolvimento de políticas públicas que privilegiem a educação sexual como forma de se adiar a ocorrência da gestação. Essas medidas certamente, quando tomadas, possibilitarão o desenvolvimento de todo o potencial psíquico da adolescente, bem como a ampliação de oportunidades de vida, que venham a garantir uma melhor condição social futura para as gerações subsequentes.

Os informes da literatura, explanados linhas atrás, mostram a importância da assistência à grávida na fase da adolescência. A pesquisa de Maria do Carmo Leal, realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz – ENSP-FIOCRUZ, publicada nos Cadernos de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, em 2004, realizada a partir de uma amostra de 10.072 puérperas que se hospitalizaram em várias maternidades localizadas no município do Rio de Janeiro, por ocasião do

parto, dá a devida dimensão ao tema, mostrando que além da questão de natureza biológica, os aspectos bio-psicossociais se mostraram relevantes, podendo inclusive contribuir para o aparecimento de desfechos de natureza biológica.

5. METODOLOGIA

5.1. DESENHO DO ESTUDO

Através de estudo observacional, de natureza transversal, de base populacional, foram analisados dados de 120 entrevistas de puérperas adolescentes (12 a 19 anos), correspondendo a todos os partos de adolescentes ocorridos no município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, no período de Julho a Dezembro de 2009.

5.2. CAMPO DE ESTUDO

Muriaé está localizada às margens da BR-116, BR-356 e BR-265, situada ao leste da Zona da Mata Mineira em uma área de 845,6 km², com uma densidade demográfica de 108.1 habitantes/km² e com altitude da sede de 209m, tendo sido instituído como município no ano de 1855 e distante da capital 300 km. Conta ainda com um aeroporto e possui instituições de ensino superior e profissionalizante.

No ano de 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Muriaé foi de 0,773. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8). Em relação aos outros municípios do Estado de Minas Gerais, Muriaé apresenta uma situação favorável,

ocupa a 146ª posição no Estado, sendo que 17,0% dos municípios estão em situação melhor. A sua economia baseia-se na indústria e na agropecuária.

A cidade possui uma estrutura de sistema de saúde que conta com cinco hospitais, todos conveniados ao SUS, sendo dois hospitais gerais com serviço de maternidade, um hospital geral com serviço de cirurgia cardíaca, um hospital de pediatria e um hospital de oncologia. A Secretaria de Saúde possui uma rede com unidades básicas em quase todos os bairros e distritos do Município, e com vinte e quatro equipes da ESF. Além dos profissionais do quadro da ESF o Município conta com dezenove Médicos Ginecologistas-Obstetras prestando serviço na Rede Básica. Atualmente, a cobertura no Município de Muriaé pela ESF está em torno de 95% da população.

A pesquisa foi desenvolvida nas dependências da Casa de Saúde Santa Lúcia - CSSL e da Casa de Caridade de Muriaé - Hospital São Paulo - HSP, instituições conveniadas ao Sistema Único de Saúde e que também prestam atendimento à rede privada.

A Casa de Caridade de Muriaé - Hospital São Paulo, instituição filantrópica, fundada em 29 de maio de 1927, atende à média e alta complexidade, com pronto socorro de referência para toda Microrregião de Muriaé e Microrregiões adjacentes. Hospital geral, que disponibiliza 175 leitos para o SUS.

A Casa de Saúde Santa Lúcia, fundada em 28 de julho de 1974, é um hospital particular conveniado ao SUS que atende a média complexidade. É também um hospital geral que disponibiliza 40 leitos para o SUS.

5.3. POPULAÇÃO FONTE

Constituída por todas as puérperas adolescentes internadas nas maternidades da Casa de Saúde Santa Lúcia e da Casa de Caridade - Hospital São Paulo, em Muriaé, no período de julho a dezembro de 2009.

5.4. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Representada pela população fonte após a validação dos critérios de inclusão e exclusão.

5.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas nesta pesquisa todas as puérperas adolescentes internadas nas maternidades da Casa de Saúde Santa Lúcia e da Casa de Caridade de Muriaé - Hospital São Paulo, em Muriaé, no período de julho a dezembro de 2009, e com idade compreendida entre 10 e 19 anos completos, previamente autorizada por seus representantes legais.

5.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas do estudo as puérperas adolescentes que, embora preenchessem o requisito da faixa etária, não receberam autorização de seu representante legal, ou não aceitaram participar da pesquisa.

No presente estudo foram excluídas oito puérperas adolescentes, que recusaram a entrevista.

5.7. FONTES DE INFORMAÇÃO

Os dados foram coletados diretamente em entrevista com as puérperas adolescentes internadas nas maternidades de Muriaé, mediante aplicação de um questionário estruturado, adaptado de Sabroza, et al. (2004), utilizado pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP – FIOCRUZ, quando da avaliação da assistência à gravidez na adolescência no Município do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2001, abordando os principais aspectos relacionados ao perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município.

As entrevistas foram conduzidas por equipe formada por Enfermeiros, previamente treinada para a função e coordenada pelo mestrando. As entrevistas foram realizadas em local apropriado, preservando o sigilo e a individualidade da puérpera, com autorização prévia do responsável legal pela adolescente, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice 2**).

Em princípio vinte questionários utilizados como piloto foram aplicados pela equipe treinada, possibilitando avaliar as condições de aplicabilidade, tempo e a uniformidade da entrevista.

Os entrevistadores foram orientados a explicar o objetivo da pesquisa e apresentar o termo de consentimento.

Os dados dos questionários da presente pesquisa foram consolidados em uma planilha de dados do tipo Excel da Microsoft Corporation, construído exclusivamente com esta finalidade, objetivando consolidar as informações referentes às variáveis de interesse (**Apêndice 3**).

5.8. VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis de interesse foram avaliadas em duas etapas, primeiro, foi realizada uma análise descritiva univariada, e numa segunda etapa, realizou-se uma análise descritiva bivariada

5.8.1. Variáveis de interesse utilizadas para análise descritiva

Nesta etapa realizamos a caracterização da população estudada, segundo as variáveis de interesse, que foram agrupadas em sete dimensões: dados maternos de cunho sócio-demográficos, dados obstétricos e ginecológicos, dados de cunho psicossociais, dados que motivaram a adolescente a engravidar, dados psicossociais relacionados à percepção da mãe adolescente por conta da gravidez,

dados maternos relacionados à repercussão emocional e dados relacionados à Assistência Pré-Natal.

Dados maternos de cunho sócio-demográficos:

- Idade: expressa em anos;
- Situação de domicílio: categorizada em zona urbana e zona rural;
- Cor da pele: caracterizada como branca, preta, parda e amarela.
- Situação conjugal: a situação conjugal referindo-se somente à coabitação com pai do bebê, não sendo levada em consideração a duração da união; foi categorizada em: com ou sem união consensual.
- Escolaridade ou status escolar atual: considerou se a adolescente estava estudando ou não no momento da gravidez;
- Serviço utilizado para Pré-Natal: caracterizado como SUS ou outros (privado).

Dados obstétricos e ginecológicos:

- Idade da menarca: expressa em anos e categorizada como em menor ou maior que 12 anos;
- Idade de início da atividade sexual: expressa em anos e categorizada como menor ou maior que 15 anos;
- Idade materna na primeira gestação: expressa em anos e categorizada como menor ou maior que 14 anos;
- Idade ginecológica: referindo-se ao intervalo de tempo transcorrido entre a menarca e a parturição, sendo categorizada em menor ou igual a 2 anos;
- Uso de método anticoncepcional: categorizada em usar ou não algum método anticoncepcional antes da gravidez;

- Antecedentes de abortamento: referindo à presença ou não de algum episódio de abortamento prévio;
- Antecedentes de um ou mais filhos tidos: referindo à presença de filhos tidos, vivos ou não, excluindo o atual;
- Antecedentes de natimorto: referindo à presença ou não de natimorto (para os nascidos mortos), excluindo o atual;
- Antecedentes de neomorto: referindo à presença ou não de neomorto (para os que nasceram vivos e evoluíram para o óbito em até 28 dias), excluindo o atual;
- Condição dos recém-nascidos: nativos (para os nascidos vivos) ou natimortos (para os nascidos mortos);
- Tipo de parto: normal, fórceps e cesárea.

Dados de cunho psicossocial:

- Desejo materno de engravidar: expresso pelo número de puérperas adolescentes que explicitamente declararam ter programado a gestação ou de não tê-lo feito;
- Satisfação materna com a gestação: independente de ter sido a gravidez desejada ou não;
- Desejo do pai do bebê de engravidar: expresso pelo número de pais de bebês das puérperas adolescentes, que explicitamente declararam ter programado a gestação ou de não tê-lo feito
- Reação do pai do bebê com a notícia da gravidez, classificada em boa e ruim, segundo a avaliação da mãe;

- Reação da família com a notícia da gravidez, classificada em boa e ruim, segundo sua própria avaliação;
- Apoio recebido do pai do bebê durante a gestação: categorizada em sentiu-se apoiada ou não, segundo a avaliação da mãe;
- Apoio recebido da família durante a gravidez: categorizada em sentiu-se apoiada ou não, segundo a avaliação da mãe;
- Violência física e/ou emocional contra a adolescente pelo pai do bebê ou outro: categorizada em ter sofrido ou não violência;
- Intenção e tentativa de interrupção da gestação; considerada quando a puérpera adolescente pensou em interromper a gestação e quando usou algum método efetivo ou supostamente efetivo para tal finalidade;
- Frequência à escola durante a gestação: considerou as adolescentes que continuam frequentando a escola ao engravidar, as que abandonaram a escola na vigência da gestação, as que já haviam parado antes da gestação e as que pretendiam voltar a estudar após o término da gestação;
- Trabalho materno: considerou as adolescentes que pretendem trabalhar após a gestação, ou não.

Dados que motivaram a adolescente a engravidar:

Durante as entrevistas, buscamos identificar a percepção da puérpera adolescente sobre o que as motivou a engravidar neste momento. As respostas foram categorizadas em:

- Ausência de motivação;
- Desejo de engravidar;
- Falha do método anticoncepcional;

- Não acreditava que iria engravidar;
- Não desejava engravidar;
- Desejava sair de casa;
- Uso incorreto do método anticoncepcional.

Dados psicossociais relacionados à percepção da mãe adolescente por conta da gravidez:

- Relacionamento das puérperas adolescentes com o pai do bebê, conforme avaliação da própria adolescente; segundo os cuidados recebidos, ou não;
- Relacionamento das puérperas adolescentes com suas mães, conforme avaliação da própria adolescente; segundo os cuidados recebidos, ou não;
- Relacionamento das puérperas adolescentes com seus pais, conforme avaliação da própria adolescente; segundo os cuidados recebidos, ou não;
- Relacionamento das puérperas adolescentes com familiares e amigos, conforme avaliação da própria adolescente; segundo os cuidados recebidos, ou não;
- Sentimentos das puérperas adolescentes relacionados à percepção da adolescente quanto à chegada do bebê catalogados à sensação de que o bebê vai aproximá-la do seu companheiro, melhorar sua vida e/ou ajudá-la a ser mais valorizada pela família/comunidade;
- Mudanças na vida da adolescente por conta da gravidez em relação aos cuidados com a saúde e com a alimentação, rotina escolar/trabalho e relacionamento sexual; segundo sua própria avaliação, categorizados em melhorou ou piorou.

Dados maternos relacionados à repercussão emocional:

Relacionados às repercussões emocionais de expectativa em relação ao futuro, de autovalorização e de nível de sofrimento psíquico, vivenciados pela mãe adolescente; com respostas categorizadas em nunca ou sempre. As variáveis utilizadas foram descritas por Sabroza e al. (2004) em pesquisa, onde foram descritas algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro.

➤ Variáveis de expectativa em relação ao futuro:

- *Eu tenho planos para o futuro.*
- *Quando for mais velha, tenho certeza de que terei uma vida melhor.*
- *Às vezes penso que não há nada a esperar do futuro.*
- *O fato de ter engravidado na adolescência dificultará a realização dos meus objetivos.*

➤ Variáveis de autovalorização:

- *Minha família espera muito de mim.*
- *As pessoas geralmente gostam de mim.*
- *Existem muitas coisas que eu faço bem.*

➤ Variáveis de nível de sofrimento psíquico:

- *Senti solidão.*
- *Eu me senti triste.*
- *Senti que estava deprimida.*
- *Na minha família as pessoas brigam.*

- *Eu percebi que minha vida tem sido um fracasso.*
- *Senti as pessoas menos amigas e mais afastadas.*
- *Senti que não poderia sair da tristeza mesmo com a ajuda de familiares e amigos.*
- *Pensei em cometer suicídio.*

Dados relativos à Assistência Pré-Natal:

- Local do Pré-Natal: refere-se ao local de realização do Pré-Natal; categorizados em Atenção Básica, ESF e outros;
- Idade gestacional ao iniciar o Pré-Natal: categorizada em 1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre;
- Continuidade do Pré-Natal: relacionada ao abandono ou não do Pré-Natal;
- Número de consultas realizadas no Pré-Natal: categorizado em menor ou igual a 6 consultas e mais que 6 consultas;
- Profissional responsável pelo Pré-Natal: categorizada em Médico e Enfermeiro;
- Cartão de Pré-Natal na Maternidade: refere-se ao fato de levar ou não o Cartão para a Maternidade, no momento da internação;
- Exames no início do Pré-Natal;
- Imunização antitetânica: relativo à puérpera adolescente ter completado a imunização antitetânica, ou não, durante a gestação;
- Medicamentos na gravidez: refere-se ao uso ou não de medicamentos pela adolescente durante a gravidez. Independente do tipo, da indicação ou da quantidade diária;

- Álcool na gravidez: refere-se ao uso ou não de bebida alcoólica pela adolescente, durante a gravidez. Independente da quantidade diária;
- Fumo antes da gravidez: relacionado ao uso ou não de fumo pela adolescente, durante a gravidez. Independente da quantidade diária;
- Fumou durante a gestação: refere-se ao uso ou não de fumo pela adolescente, durante a gestação. Independente da quantidade diária;
- Usou drogas ilícitas na gravidez: relacionado ao uso ou não de drogas ilícitas pela adolescente, durante a gravidez. Independente do tipo ou da quantidade diária;
- Doença durante a gestação: categorizada exclusivamente na presença de alguma doença no decorrer do ciclo gestacional, ou não;
- Frequência de morbidade referida pela puérpera adolescente: infecção urinária, anemia, síndromes hipertensivas, hemorragia, diabetes gestacional/pré-existente, tuberculose pulmonar e sífilis;
- Percepção da mãe adolescente sobre informações recebidas no Pré-Natal, categorizadas em sim ou não, de acordo com: a importância do controle pré-natal; os sinais da hora do parto; a alimentação durante a gestação; a importância da consulta no puerpério; o aleitamento materno; a atividade sexual na gravidez; os cuidados com o recém-nascido; os métodos anticoncepcionais após a gravidez.
- Motivos de escolha do local para realização do Pré-Natal: foram categorizados de acordo com informações da própria adolescente: categorizados em: Proximidade da residência; Escolha específica pelo Médico; O médico do ESF era Obstetra; Único local onde consegui vaga.

- Indicações dos partos operatórios: consideradas as indicações de cesáreas, categorizadas como: Sofrimento fetal agudo; Amniorrexe; DHEG; Trabalho de parto prolongado; Desproporção céfalo-pélvica; Distócia de colo uterino; Eclâmpsia; Gravidez prolongada; Apresentação pélvica em primípara e Outros.

5.8.2. Variáveis de interesse utilizadas para análise bivariada

Nesta etapa realizamos a caracterização da população estudada, avaliando o comportamento das variáveis de interesse em relação à idade materna, (categorizada por faixas etárias de 12 a 16 anos e 16 a 19 anos), a situação conjugal (refere-se somente à coabitação, não sendo levada em consideração a duração da união) e agravos de natureza obstétrica (condições clínicas e obstétricas). O presente estudo não revelou casos de gravidez em adolescentes menores de 12 anos.

As variáveis de interesse utilizadas nesta etapa foram:

- Cor da pele: branca ou parda
- Domicílio Rural
- 1ª gestação \leq 14 anos
- Não vive com o pai da criança
- Pai do bebê desempregado
- Não estava estudando ao engravidar
- Vê a gravidez como empecilho
- Não pretende trabalhar

- Não desejou a gravidez
- Reação negativa do pai do bebê
- Reação familiar negativa
- Não teve apoio do pai do bebê
- Não teve apoio da família
- Insatisfação com a gestação
- O bebê vai piorar sua vida
- Passado de agressão física e/ou emocional
- Vitima de agressão física durante a gestação
- Idade ginecológica ≤ 2 anos
- Não usou método anticoncepcional
- < 6 consultas no pré-natal
- Usou álcool na gravidez
- Fumou na gestação
- Antecedentes de abortamento
- Parto não vaginal
- Doença na gestação
- Presença de intercorrências materno – fetais

5.9. MÉTODOS DE ANÁLISE

Todos os questionários, antes de digitados, foram submetidos a um processo de revisão e codificação. Após processo de validação interna, os dados foram submetidos à análise estatística subordinada às seguintes etapas:

1ª etapa: Análise descritiva univariada

Nesta etapa, realizamos a análise descritiva da população estudada, estabelecendo a prevalência, segundo as variáveis de interesse, que foram agrupadas em sete dimensões, descritas no subitem 5.8.1.

2ª etapa: Análise descritiva bivariada

Nesta fase do estudo, realizamos análise estatística dos dados extraídos das entrevistas avaliando o comportamento das variáveis independentes, em relação à idade materna, a situação conjugal e agravos de natureza obstétrica.

5.10. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados extraídos das entrevistas da população estudada foram tabulados e analisados, permitindo a obtenção de prevalências, estimativas de parâmetros como médias, proporções e dispersões (desvio-padrão ou variância) das diversas variáveis que foram expostas em tabelas. Foram realizadas análises bivariadas, através de tabela 2x2, utilizando-se testes qui-quadrado (χ^2) para testar a hipótese de homogeneidade de proporções, em um nível de significância de 5%, comparando grupos de mães adolescentes a partir de variáveis obstétricas, sócio-demográficas e psicossociais que serão descritas segundo a idade materna, situação conjugal e agravos de natureza obstétrica, considerando como significativos quando $p \leq 0,05$. Foram utilizados para o processamento dos dados e análise dos resultados os softwares Excel da Microsoft Corporation e Epi-Info 8.0 do Centers for Disease Control and Prevention (Epi Info, 2000).

5.11. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a execução da presente investigação, o projeto foi apreciado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá sob parecer de número 0036/2009 (**Apêndice 1**). Do mesmo modo, foi autorizado pela Chefia da Divisão Médica da Casa de Saúde Santa Lúcia e da Casa de Caridade de Muriaé - Hospital São Paulo, em Muriaé.

Por ocasião da apresentação dos resultados, nenhum dos dados de relevância para a pesquisa que atente contra o anonimato das puérperas adolescentes foi divulgado ou exposto em público vinculado a qualquer referência que permita identificar ou deixar de assegurar o sigilo das pacientes envolvidas.

Esse trabalho não apresentou riscos envolvidos, devido ao fato da pesquisa ser abastecida de informações prestadas pela própria paciente em ambiente tranquilo, no período de internação da adolescente, no puerpério imediato.

Todas as puérperas adolescentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou seus representantes legais, no caso de menores de 18 anos. Nesse documento, foi explicitado o objetivo do trabalho e informado o direito de optar por participar ou não da entrevista, ou mesmo de desistir durante o decorrer da mesma (**Apêndice 2**).

6. RESULTADOS

Os dados da presente investigação correspondem a entrevistas de 120 puérperas adolescentes, assistidas nas maternidades do Município de Muriaé, no período de julho a dezembro de 2009. Do total de 789 partos ocorridos no referido período, a proporção em adolescentes no município de Muriaé, foi de 16,2%.

Os dados exarados na **Tabela 1** mostram o perfil das puérperas adolescentes entrevistadas. Observa-se que a gestação foi mais encontrada na faixa etária da **adolescência tardia** (16 e 19 anos), sendo que 80,8% eram procedentes da **zona urbana**. Proporcionalmente houve distribuição quase equânime no que concerne a **cor da pele**, com leve predomínio da cor não branca (51,7%). Do ponto de vista da **união consensual**, a grande maioria das entrevistadas vivia maritalmente com um companheiro, independentemente do estado civil. Os dados mostram ainda que uma parcela considerável de adolescentes **não estava estudando quando engravidou** (58,3%). Apenas 10,0% das puérperas adolescentes não **utilizaram o SUS** para fazer o pré-natal.

Tabela 1 – Distribuição da casuística segundo dados maternos de cunho social, cultural e demográfico. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

<i>Variáveis sócio-demográficas</i>	<i>Absoluto (n)</i>	<i>Relativo (%)</i>	<i>IC 95%</i>
Faixa etária			
< 16 anos	30	25,0	17,5 - 33,7
16 a 19 anos	90	75,0	66,3 - 82,5
Situação de domicílio			
Zona urbana	97	80,8	72,6- 87,4
Zona rural	23	19,2	12,6- 27,4
Cor da pele			
Não branca	62	51,7	42,4 - 60,9
Branca	58	48,3	39,1 - 57,6
União consensual			
Sim	82	68,3	59,2 – 76,5
Não	38	31,7	23,5 – 40,8
Status escolar (estuda atualmente)			
Sim	50	41,7	32,7 – 51,0
Não	70	58,3	49,0 – 67,3
Serviço utilizado para o pré-natal			
SUS	108	90,0	83,2 – 94,7
Outros	12	10,0	5,3 – 16,8

Analisando a casuística segundo dados de natureza obstétrica e ginecológica (Tabela 2), observa-se que a **menarca** aconteceu antes dos 12 anos de idade em 85% das adolescentes entrevistadas e que a **iniciação sexual** ocorreu, na maioria das entrevistadas, antes dos 15 anos (83,2%). Quando questionadas sobre a **idade ginecológica**, 14,2% relataram que a 1ª gestação ocorreu em até dois anos após a menarca. A **primeira gravidez** ocorreu antes dos 14 anos de idade em 18,3% das puérperas. Quanto ao uso de **métodos anticoncepcionais**, 63,3% referiram não fazer uso de qualquer método.

Os resultados demonstram que 54,7% das adolescentes referiram ter **passado de abortamento**. Quanto à **paridade**, 27,5% das adolescentes já tiveram um ou mais filhos, independente da via de parto. **Antecedente de natimorto** foi referido por 1,7%, havendo nenhum relato de **antecedente de neomorto**. A quase totalidade das adolescentes entrevistadas (99,2%) teve **partos com recém-nascidos vivos**, nesta última gestação.

Tabela 2 – Distribuição da casuística segundo dados obstétricos e ginecológicos. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Variáveis obstétricas e ginecológicas	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC 95%
Menarca ≤ 12 anos	102	85,0	73,3 – 90,0
Início da atividade sexual ≤ 15 anos	100	83,2	75,4 – 89,5
1ª gestação ≤ 14 anos	22	18,3	11,9 – 26,4
Idade ginecológica ≤ 2 anos	17	14,2	8,5 – 21,7
Não usou método anticoncepcional	76	63,3	54,1 – 71,9
Antecedentes de abortamento	29	54,7	40,4 – 68,4
Antecedentes de um ou mais Filhos tidos (excluindo este)	33	27,5	19,7 – 66,4
Antecedentes de natimorto (excluindo este)	2	1,7	0,2 – 5,9
Antecedentes de neomorto (excluindo este)	0	0	–
Gestação atual com recém-nascido vivo	119	99,2	94,4 – 100,0
Tipo de parto cesáreo	55	46,2	37,0-55,6

Na **Tabela 3**, são descritos os aspectos psicossociais, relacionados à gravidez na adolescência. A maioria manifestou **não ter desejado a gravidez** (70,0%), porém **sentiu-se satisfeita com a notícia** (89,2%). O mesmo foi observado em relação ao

pai do bebê, pois a maioria diz ter desejado a gravidez (76,7%). A **reação da família e do pai do bebê com a notícia da gravidez** foi positiva na maioria dos casos, respectivamente 70,0% e 89,2%. Os dados mostram ainda que a maioria das puérperas sentiu-se apoiada pela família e pelo pai do bebê durante a gestação. A proporção de puérperas que afirmaram ter sido **vitimas de agressão física e/ou emocional** foi de 39,2%. Poucas adolescentes relataram **desejo de interrupção da gestação** (22,5%) e dessas, somente 5,0% fizeram alguma **tentativa real de aborto**. Do grupo de puérperas que estavam na escola, apenas 6,0% **abandonaram os estudos**. Entre as puérperas que se encontravam **fora da escola ao engravidar**, houve distribuição quase que igual no sentido da **pretensão ou não de voltar a estudar**, com leve predomínio do não retorno os estudos (50,6%). Observou-se que a grande maioria das puérperas tinha **pretensão de trabalhar após a gestação** (92,5%).

Tabela 3 – Distribuição da casuística segundo dados de cunho psicossocial. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Variáveis psicossociais	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC 95%
Desejou a gravidez	36	33,3	24,6 – 43,1
Satisfação materna com a gravidez	107	89,2	82,2 – 94,1
Pai desejou a gravidez	92	78,6	70,1 – 85,7
Reação familiar positiva com a notícia da gravidez	84	70,0	61,0 – 78,0
Reação do pai do bebê positiva com a notícia da gravidez	107	89,2	82,2 – 91,4
Sentiu-se apoiada pelo pai do bebê durante a gestação	93	77,5	69,0 – 84,6
Sentiu-se apoiada pela família durante a gestação	107	89,2	82,2 – 94,1
Maltratada física e/ou emocionalmente	47	39,2	30,4 – 48,5
Desejou interromper a gestação	27	22,5	15,4 – 31,0
Usou algum método para interromper a gestação	5	17,9	6,1 – 36,9
Não abandonou os estudos quando engravidou	47	94	83,5 – 98,7
Pretende voltar a estudar	32	44,4	32,7 – 56,6
Pretende trabalhar	111	92,5	86,2 – 96,5

Quando avaliado os motivos que levaram a mãe adolescente a engravidar neste momento (**Tabela 4**), os resultados mostraram que a **ausência de motivo** e o **desejo de engravidar** foram as respostas mais frequentes, respectivamente 36,2 e

23,3%. Poucas adolescentes relataram que **não acreditavam que iriam engravidar** naquele momento (11,2%). Motivos relacionados ao **método anticoncepcional** também foram relatados, colocando a gravidez atual relacionada à falha (19,0%) ou ao uso incorreto do método (1,7%). A gravidez, como motivo para **sair da casa dos pais**, também foi resposta de poucas adolescentes (1,7%).

Tabela 4 – Distribuição da casuística, segundo dados que motivaram a mãe adolescente a engravidar neste momento. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Motivação para engravidar	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC 95%
Ausência de motivação	42	36,2	27,5 – 45,6
Desejo de engravidar	27	23,3	15,9 – 32,0
Falha do método anticoncepcional	22	19,0	12,3 – 27,3
Não acreditava que iria engravidar	13	11,2	6,1 – 18,4
Não desejava engravidar	8	6,9	3,0 – 13,1
Sair de casa	2	1,7	0,2 – 6,1
Uso incorreto do método anticoncepcional	2	1,7	0,2 – 6,1

A **Tabela 5** descreve dados de cunho psicossocial, relacionados à percepção da mãe adolescente por conta da gravidez. A maioria das puérperas **sentia-se bem cuidada pelo pai do bebê (72,5%), pela sua mãe (87,4%), pelo seu pai (69,0%) e pelos familiares e amigos (92,5%)**. Mais da metade, 65,0%, das adolescentes, informaram que o **bebê iria aproximá-la do pai do bebê** e 72,2% manifestaram a sensação de que, **com a chegada do bebê, sua a vida iria melhorar**, assim como **seria mais valorizada pela família e/ou comunidade**. Questionadas sobre quais as mudanças que ocorreram em suas vidas por conta da gravidez, pouco mais da metade relatou **melhora dos cuidados com a saúde (51,7%)**, assim como **melhora nos cuidados com a alimentação (47,5%)**. Os dados mostram ainda que a **piora na rotina escolar/trabalho** e no **relacionamento sexual** foram afirmados por, respectivamente, 44,2 e 35,0% das puérperas adolescentes.

Tabela 5 – Distribuição da casuística segundo dados de cunho psicossocial, relacionados à percepção da mãe adolescente por conta da gravidez. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Variáveis Psicossociais / Percepção	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC 95%
Sente-se bem cuidada pelo pai do bebê	87	72,5	63,8 – 80,4
Sente-se bem cuidada pela sua mãe	110	91,7	85,2 – 95,9
Sente-se bem cuidada pelo seu pai	80	66,7	57,5 – 75,0
Sente-se bem cuidada pelos familiares e amigos	111	92,5	86,2 – 96,5
Sente que o bebê vai aproximá-la de seu companheiro	78	65,0	55,8 – 73,5
Sente que o bebê vai melhorar sua vida	72	60,0	50,7 – 68,8
Sente que o bebê vai ajudá-la a ser mais valorizada pela família e/ou comunidade	72	60,0	50,7 – 68,8
Melhora dos cuidados com a saúde	62	51,7	42,4 – 60,9
Melhora dos cuidados com a alimentação	57	47,5	38,3 – 56,8
Piora da rotina escolar/trabalho	53	44,2	35,1 – 53,5
Piora do relacionamento sexual	42	35,0	26,5 – 44,2

A **Tabela 6** exprime as respostas frente ao desejo da adolescente de vir a ultrapassar etapas importantes do seu desenvolvimento, em função de uma gestação precoce, através de variáveis emocionais vivenciadas pela mãe adolescente ao longo de sua vida e durante o período gestacional. As afirmativas foram apresentadas às puérperas adolescentes, que respondiam indicando o grau de concordância, categorizadas em “nunca” ou “sempre”. A análise das questões que avaliaram as **expectativas em relação ao futuro** demonstra que menos de um terço das puérperas adolescentes apresentavam pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro.

Nas questões relacionadas à **auto-valorização**, observou-se que o grupo entrevistado apresentou padrão positivo de respostas. A auto-valorização pode ser observada nas respostas de duas questões formuladas, como **“as pessoas geralmente gostam de mim”** e **“existem muitas coisas que eu faço bem”**, em que 94,1 e 88,2%, respectivamente, do total das puérperas adolescentes, responderam positivamente.

As questões que revelam sofrimento psíquico, **“senti solidão”**, **“senti que estava deprimida”**, **“na minha família as pessoas brigam”**, **“eu percebi que**

minha vida tem sido um fracasso”, “senti as pessoas menos amigas e mais afastadas” e *“pensei em cometer suicídio”*, dão uma idéia do baixo nível de sofrimento psíquico apresentado pelas adolescentes, tendo maior frequência respostas relacionadas à sensação de solidão (24,2%) e à presença de brigas entre as pessoas da família (30,8%).

Tabela 6 – Distribuição da casuística segundo variáveis que compõem os indicadores de repercussões emocionais de expectativa em relação ao futuro¹, de auto-valorização² e de nível de sofrimento psíquico, vivenciados pela mãe adolescente. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Variáveis de repercussão emocional	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC 95%
Eu tenho planos para o futuro ¹	104	86,7	79,3 – 92,2
Quando for mais velha, tenho certeza de que terei uma vida melhor ¹	90	75,0	66,3 – 82,5
Às vezes penso que não há nada a esperar do futuro ¹	25	20,8	14,0 – 29,2
O fato de ter engravidado na adolescência dificultará a realização dos meus objetivos ¹	26	21,7	14,7 – 30,1
Minha família espera muito de mim ²	74	61,7	52,4 – 70,4
As pessoas geralmente gostam de mim ²	113	94,1%	88,4 – 97,6
Existem muitas coisas a quem eu faço bem ²	106	88,2	81,2 – 93,5
Senti solidão ³	29	24,2	16,8 – 32,8
Eu me senti triste ³	27	22,5	15,4 – 31,0
Senti que estava deprimida ³	10	8,3	4,1 – 14,8
Na minha família as pessoas brigam ³	37	30,8	22,7 – 39,9
Eu percebi que minha vida tem sido um fracasso ³	13	10,8	5,9 – 17,8
Senti as pessoas menos amigas e mais afastadas ³	14	11,7	6,5 – 18,8
Senti que não poderia sair da tristeza mesmo com a ajuda de familiares e amigos ³	9	7,5	3,5 – 13,8
Pensei em cometer suicídio ³	8	6,7	2,9 – 12,7

A **Tabela 7** mostra a distribuição da casuística segundo dados relacionados à assistência pré-natal da última gestação. Observa-se que 66,4% das puérperas adolescentes realizaram o seu **pré-natal nas unidades de saúde de Atenção Básica** e 22,7% nas **unidades de saúde da ESF**.

É grande o acesso das gestantes à assistência pré-natal no Município de Muriaé, dado que apenas uma das mães entrevistadas neste estudo não realizou o pré-natal. Chama atenção a precocidade do início da assistência pré-natal, pois

73,9% das puérperas iniciaram no primeiro trimestre, 25,2% no segundo trimestre e apenas uma, no terceiro trimestre. Em contrapartida, quase a metade das entrevistadas (43,6%) realizou no máximo seis consultas de pré-natal.

A grande maioria das puérperas adolescentes informou ter tido o Médico como o profissional responsável pelo atendimento do pré-natal (98,3%); afirmou ter levado o Cartão Pré-Natal para a Maternidade no ato da admissão (94,1%) e que realizou exames complementares no início do pré-natal (97,5%). A imunização contra o tétano foi confirmada em 91,6% das adolescentes. Mais da metade delas, 66,7%, diz ter apresentado alguma doença no decorrer do ciclo gestacional e 97,5% afirma ter usado algum tipo de medicamento durante a gestação.

Quanto a hábitos e/ou uso de drogas, 14,2% admitiram ter fumado antes da gestação e apenas 10,0% das puérperas adolescentes fizeram uso de cigarros durante a gestação. Quanto à ingestão de álcool, 16,7% admitiram ter feito uso diário ou freqüente durante a gestação. O uso de drogas ilícitas (cocaína, crack e maconha) durante a gestação foi relatado por 6,7% das adolescentes entrevistadas.

Tabela 7 – Distribuição da casuística segundo dados relacionados à assistência pré-natal da última gestação. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Assistência Pré-Natal	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC 95%
Pré-Natal na Atenção Básica	79	66,4	57,2 – 74,8
Pré-Natal na ESF	27	22,7	15,5 – 31,3
Iniciou Pré-Natal no 1º trimestre	88	73,9	65,1 – 81,6
Iniciou Pré-Natal no 2º semestre	30	25,2	17,7 – 34,0
Iniciou Pré-Natal no 3º semestre	1	0,8	0,0 – 4,6
Abandonou o Pré-Natal	5	4,2	90,5 – 98,6
≤ 6 consultas no pré-natal	52	43,6	34,1 – 52,7
Pré-Natal realizado por Médico	117	98,3	94,1 – 99,8
Levou o cartão de Pré-Natal para Maternidade	112	94,1	88,3 – 97,6
Fez exames no início Pré-Natal	116	97,5	92,8 – 99,5
Imunização antitetânica	109	91,6	85,1 – 95,9
Doença durante a gestação	80	66,7	57,5 – 75,0
Medicamentos na gravidez	117	97,5	92,9 – 99,5
Álcool na gravidez	20	16,7	10,5 – 24,6
Fumo antes da gravidez	17	14,2	8,5 – 21,7
Fumou durante a gestação	12	10,0	5,3 – 16,8
Usou drogas ilícitas na gravidez	8	6,7	2,9 – 12,7

A **Tabela 8** traz a distribuição da casuística relacionada à assistência pré-natal, segundo a percepção da mãe adolescente sobre o atendimento prestado na última gestação. Ao serem indagadas sobre as informações recebidas relacionadas à **importância do controle pré-natal**, dos **sinais do parto**, dos **cuidados com alimentação** e a **importância da consulta no puerpério**, a grande maioria relatou que tinha sido informada pelo profissional que as atendeu no pré-natal. As adolescentes entrevistadas responderam, ainda, que foram informadas sobre **importância do aleitamento materno** (77,3%) e quanto aos **cuidados com o recém-nascido** (60,5%)

Segundo as adolescentes do estudo, orientações sobre **atividade sexual na gravidez** foram prestadas a 66,4% das entrevistadas. A proporção de puérperas adolescentes que afirmaram ter sido orientada sobre **métodos anticoncepcionais** durante o pré-natal foi menos da metade (47,1%), ficando, portanto, uma faixa considerável de adolescentes sem informações precisas sobre como prevenir uma nova gestação.

Tabela 8 – Distribuição da casuística relacionada à assistência pré-natal, segundo a percepção da mãe adolescente sobre o atendimento recebido na gestação atual. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Assistência Pré-natal / Percepção	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC 95%
Importância do controle pré-natal	116	97,5	92,8 – 99,5
Sinais da hora do parto	111	93,3	87,2 – 97,1
Alimentação	106	89,1	82,0 – 94,1
Importância da consulta no puerpério	103	86,6	79,1 – 92,1
Aleitamento materno	92	77,3	68,7 – 84,5
Atividade sexual na gravidez	79	66,4	57,2 – 74,8
Cuidados com Recém-nascido	72	60,5	51,1 – 69,3
Métodos anticoncepcionais	56	47,1	37,8 – 56,4

A **Tabela 9** apresenta a morbidade referida das puérperas adolescentes do presente estudo. **Infecção urinária** (43,3%), **anemia** (40,8%) e as **síndromes hipertensivas** (13,5%) foram as morbidades que mais atingiram a grávida adolescente, seguido das **hemorragias** (3,3%), do **diabetes** (4,2%) e da

tuberculose pulmonar (1,7%). A sífilis foi menos freqüente entre as doenças informadas (0,8%).

Tabela 9 - Distribuição da casuística relacionada à morbidade referida das puérperas adolescentes. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Morbidade referida	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC 95%
Infecção urinária	52	43,3	34,3 – 52,7
Anemia	49	40,8	32,0 – 50,2
Síndromes hipertensivas	16	13,3	7,8 – 20,7
Hemorragia	4	3,3	0,9 – 8,3
Diabetes gestacional/pré-existente	5	4,2	0,7 – 11,9
Tuberculose pulmonar	2	1,7	0,2 – 5,9
Sífilis	1	0,8	0,0 – 4,6

Quanto aos motivos apresentados pela puérpera adolescente para escolha do local de realização do pré-natal (**Tabela 10**), a maioria das adolescentes afirmou ter realizado o pré-natal **nas unidades de saúde da Atenção Básica**, seguido das **unidades da ESF** e 13 (10,9%) na rede privada. Ter uma unidade saúde nos diversos bairros e distritos do município foi o fator determinante na escolha do local, pois mais da metade das adolescentes (66,4%) informou ter feito a escolha pela **proximidade de sua residência** e menos pela **escolha do médico para fazer o pré-natal** (31,1%). Não houve, entre as adolescentes, **valorização pela figura do especialista** nem a queixa crônica de **falta de vagas** para a assistência pré-natal.

Tabela 10 – Distribuição da casuística, segundo os motivos apresentados pela mãe adolescente para escolha do local de realização do Pré-Natal. Município de Muriaé, Zona da assistência pré-natal Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Escolhas na assistência Pré-Natal	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC 95%
Proximidade da residência	79	66,4	57,2 – 74,8
Escolha específica pelo Médico	37	31,1	22,9 – 40,2
O médico da ESF era obstetra	2	1,7	0,2 – 5,9
Único local onde consegui vaga	1	0,8	0,0 – 4,6
Total	119	100	100

Analisando as variáveis relacionadas às indicações para realização de parto operatório no grupo de puérperas adolescentes (**Tabela 11**), observou-se que as indicações de operação cesariana na população estudada foram diversificadas,

sendo mais prevalente dentre as indicações o **sofrimento fetal agudo** (13,0%), **amniorrexe prematura** (11,1%) e as **síndromes hipertensivas** (9,3%). Situações como **eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, apresentação anômala fetal e prolapso de cordão umbilical**, entre outras, estiveram presentes entre as diversas indicações citadas.

Tabela 11 – Distribuição da casuística, segundo as indicações para realização do parto operatório na mãe adolescente. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Indicações para parto operatório	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC 95%
Sufrimento fetal agudo	7	13,0	5,4 – 24,9
Amniorrexe	6	11,1	4,2 – 22,6
DHEG	5	9,3	3,1 – 20,3
Trabalho de parto prolongado	4	7,4	2,1 – 17,9
Desproporção céfalo-pélvica	3	5,6	1,2 – 15,4
Distócia de colo uterino	3	5,6	1,2 – 15,4
Eclâmpsia	2	3,7	0,5 – 12,7
Gravidez prolongada	2	3,7	0,5 – 12,7
Apresentação pélvica em primípara	2	3,7	0,5 – 12,7
Outros	20	37,0	17,7 – 34,0
Total	54	100	100

Análise bivariada

A análise estatística dos dados extraídos das entrevistas, avaliando o comportamento das variáveis independentes em relação à faixa etária materna, à união conjugal e aos agravos de natureza obstétrica, em geral, mostrou resultados interessantes em relação à gravidez na adolescência no município de Muriaé.

Na **Tabela 12** são apresentadas estatísticas descritivas relativas a algumas variáveis sócio-demográficas distribuídas segundo a faixa etária das puérperas adolescentes. Os dados demonstram que embora haja diferença de proporção entre as variáveis, **cor não branca, situação domiciliar, não viver com o pai da criança, pai do bebe desempregado, ver a gravidez como empecilho para o futuro e não pretender trabalhar**; estas não mostram significância estatística quando comparados os dois grupos. Por outro lado, as adolescentes que compõem o grupo precoce (12 - 16 anos) revelaram, em maior proporção e de modo

significativo, terem a **primeira gestação antes de 14 anos**. Do mesmo modo, o grupo de adolescência tardia (16 a 19 anos) revelou em maior proporção a variável, **não estava estudando quando engravidou**.

Tabela 12 – Proporção de puérperas adolescentes segundo variáveis sócio-demográficas, distribuídas por faixa etária. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Variáveis sócio-demográficas	Faixa etária		p-valor
	12-16 (%)	16-19 (%)	
Cor não branca	29,0	71,0	0,1511
Domicílio Rural	34,8	65,2	0,1732
1 ^a gestação ≤ 14 anos	72,7	27,3	0,0000
Não vive com o pai da criança	31,7	68,3	0,1585
Pai do bebê desempregado	21,0	79,0	0,4087
Não estava estudando ao engravidar	44,0	56,0	0,0000
Vê a gravidez como empecilho	17,5	82,5	0,8441
Não pretende trabalhar	11,1	88,9	0,3604
Total	30	90	120

Analisando as variáveis psicossociais segundo as categorias de faixa etária (**Tabela 13**) observa-se, em geral, uma situação mais desfavorável entre as mães adolescentes com idade acima de 16 anos, revelada, de modo significativo, através de variáveis que exprimem relato de mentes um pouco mais amadurecidas. Nesse sentido, observa-se que a proporção de informes relacionados à atitude negativa frente à gravidez (**Não desejou a gravidez, Não teve apoio do pai do bebê e insatisfação com a gestação**) foi mais frequente quando comparado com o grupo de menor idade (12-16 anos). Chama a atenção ainda o fato desse segmento da adolescência (16-19 anos) ser também mais penalizado que as adolescentes precoces nas variáveis que denunciam a **reação negativa**, o **apoio familiar** e a **violência**; embora não revelando significância estatística.

Tabela 13 – Proporção de puérperas adolescentes segundo variáveis psicossociais, distribuídas por faixa etária. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Variáveis Psicossociais	Faixa etária		p-valor
	Puérperas adolescentes 12-16(%)	16-19(%)	
Não desejou a gravidez	22,2	77,8	0,0069
Reação do pai do bebê negativa	32,0	68,0	0,4959
Reação familiar negativa	25,0	75,0	0,5849
Não teve apoio do pai do bebê	40,7	59,3	0,0300
Não teve apoio da família	30,8	69,2	0,4156
Insatisfação com a gestação	30,8	69,2	0,0000
O bebê vai piorar sua vida	26,1	73,9	0,7952
Passado de agressão física e/ou emocional	27,7	72,3	0,3705
Vítima de agressão física durante a gestação	23,1	76,9	0,5843
Total	30	90	120

As variáveis de natureza obstétrica distribuídas por faixa etária, no geral, tendem também a resultados desfavoráveis ao grupo de puérperas adolescentes acima de 16 anos (**Tabela 14**). A variável “**idade ginecológica**”, definida como o intervalo de tempo entre a menarca e a primeira gestação, ocorreu antes de 2 anos em proporções mais elevadas entre as adolescentes acima de 16 anos, embora não tenha havido significância estatística. As adolescentes com mais de 16 anos faziam **menos uso de método anticoncepcional**, do que as adolescentes precoces. A adesão ao atendimento pré-natal, categorizada pelo **número de consultas no pré-natal**, foi baixa entre o grupo de adolescentes acima de 16 anos, embora tenha havido diferença significativa. Os comportamentos de risco como **uso de álcool e fumo no período da gestação**, foram também observados, em maior proporção entre as adolescentes com idade acima de 16 anos, embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa. O **parto não vaginal** foi mais frequente nas puérperas adolescentes na faixa de 16 a 19 anos, associada a uma diversidade de indicações, conforme dados da Tabela 11. **História pregressa de aborto** foi

constatada nos dois períodos etários, porém observa-se maior proporção nas puérperas adolescentes com mais de 16 anos (89,7%). **Intercorrências materno-fetais** foram mais frequentes no extrato de adolescentes com idade acima de 16 anos (61,8%), porém, também presentes nas mais jovens (38,2%). A **ausência de doenças** no decorrer do ciclo grávido-gestacional é um dos fatores determinantes para um desfecho favorável. Neste sentido, pode-se constatar no presente estudo, que 70,0% das adolescentes com mais de 16 anos informaram ter tido alguma patologia na gestação.

Tabela 14 – Proporção de puérperas adolescentes segundo variáveis de natureza obstétrica, distribuídas por faixa etária. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Variáveis obstétricas	Faixa etária		p-valor
	Puérperas adolescentes 12 a 16 (%)	16 a 19 (%)	
Idade ginecológica ≤ 2 anos	47,1	52,9	0,0289
Não usou método anticoncepcional	25,0	75,0	0,0478
≤ 6 consultas no pré-natal	21,6	88,4	0,2661
Usou álcool na gravidez	20,0	80,0	0,0801
Fumou na gestação	25,0	75,0	0,6192
Antecedentes de abortamento	10,3	89,7	0,0273
Parto não vaginal	34,5	65,5	0,0497
Doença na gestação	30,0	70,0	0,0376
Presença de intercorrências materno – fetais	38,2	61,8	0,0328

Na **Tabela 15** foram utilizadas as mesmas variáveis socioeconômicas, porém descritas segundo a união consensual relatada pela adolescente. O grupo de adolescentes com união consensual apresentou resultados menos favoráveis quando comparadas com o grupo sem união consensual. Os dados revelam que o grupo com união consensual apresentou maior frequência e de modo estatisticamente significativo, frente às variáveis **cor não branca, primeira gestação antes dos 14 anos, não estava estudando ao engravidar e não pretende trabalhar**, quando comparadas ao grupo de adolescentes sem união

consensual. Chama atenção os resultados referentes às variáveis **idade menor que 16 anos, domicílio rural, sem trabalho remunerado, não usou método anticoncepcional e não ver a gravidez como empecilho**, que apresentaram maiores proporções para o grupo das adolescentes com união consensual, embora não revelando significância estatística. Entretanto, a variável **pai do bebê desempregado**, embora estatisticamente significativa, não revelou diferença de frequência entre os dois grupos de adolescentes.

Tabela 15 – Proporção de puérperas adolescentes segundo variáveis sócio-demográficas, distribuídas pela união consensual. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Variáveis sócio-demográficas	União consensual		p-valor
	Sem (%)	Com (%)	
Idade <16anos	40,0	60,0	0,1817
Cor não branca	22,6	77,4	0,0216
Domicílio Rural	26,1	73,9	0,3545
1 ^a .gestação ≤ 14 anos	31,8	68,2	0,0560
Sem trabalho remunerado	34,0	66,0	0,2780
Pai do bebê desempregado	50,0	50,0	0,0010
Não usou método anticoncepcional	36,8	63,2	0,1620
Não estava estudando ao engravidar	21,4	78,6	0,0040
Não vê a gravidez como empecilho	37,5	62,5	0,3111
Não pretende trabalhar	11,1	88,9	0,0092
Total	38	82	120

Analisando as variáveis psicossociais segundo o critério de união consensual (**Tabela 16**), observa-se uma situação mais desfavorável para o grupo de adolescentes sem união consensual. Neste sentido, variáveis que revelam atitudes negativas frente à gravidez, como **reação negativa e apoio do pai do bebê, insatisfação com a gestação, usou álcool na gravidez, passado de agressão física e/ou emocional e o bebê vai piorar sua vida**, apresentaram maiores proporções entre as adolescentes sem união consensual e com significância estatística. Do mesmo modo, a variável **fumou na gestação** foi mais freqüente no

grupo de adolescentes sem união, embora não revelando significância estatística. Entretanto, no grupo de adolescentes com união consensual, variáveis do tipo **não desejou a gravidez e reação familiar negativa** apresentaram em maiores proporções e com significância estatística. Chama atenção nos resultados apresentados, que o grupo com união consensual, apresentou maior frequência frente às variáveis, **não teve apoio da família, vítima de agressão física durante a gestação e número de consultas no pré-natal > 6**, embora não revelando significância estatística.

Tabela 16 – Proporção de puérperas adolescentes segundo variáveis psicossociais, distribuídas pela união consensual. Município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, Brasil, Julho-Dezembro, 2009.

Variáveis psicossociais	União consensual		p-valor
	Puérperas adolescentes Sem (%)	Com (%)	
Não desejou a gravidez	30,6	69,4	0,0302
Reação do pai do bebê negativa	68,0	32,0	0,0000
Reação familiar negativa	16,7	83,3	0,0000
Não teve apoio do pai do bebê	88,9	11,1	0,0000
Não teve apoio da família	38,5	61,5	0,0586
Insatisfação com a gestação	61,5	38,5	0,0190
O bebê vai piorar sua vida	52,2	47,8	0,0001
Passado de agressão física e/ou emocional	56,8	53,2	0,0040
Vítima de agressão física durante a gestação	46,2	53,8	0,1892
> 6 consultas no pré-natal	39,2	60,8	0,0561
Fumou na gestação	75,0	25,0	0,1813
Usou álcool na gravidez	60,0	40,0	0,0041
Total	38	82	120

7. DISCUSSÃO

Nas últimas décadas tem-se discutido muito a respeito da adolescência, com uma ênfase maior no que diz respeito à complexidade e às repercussões da gravidez nesta fase. Neste capítulo, procurou-se então, discutir, através da comparação com outros estudos, o perfil da gravidez na adolescência no Município de Muriaé. No mesmo momento, estabeleceu-se discussão pertinente aos resultados dos confrontos entre algumas variáveis de natureza sociodemográfica, psicossociais e obstétricas, com as variáveis faixa etária, situação conjugal e agravos de natureza obstétrica.

A gravidez na adolescência no Município de Muriaé parece seguir a tendência dos demais municípios do estado e da capital mineira. A ocorrência de partos em adolescentes verificada em presente estudo foi de 16,2%, abaixo da média nacional, porém maior que a capital mineira. Analisando dados do Ministério da Saúde, pode-se constatar que a taxa de mães na faixa etária 10 a 19 anos, no ano de 2006, foi, no Brasil, de 21,5%; na Região Sudeste, de 17,9%; no Estado de Minas Gerais, 18,8%; no Município de Belo Horizonte, 13,9% e em Muriaé, de 16,6% (SINASC, 2010).

Por outro lado, observam-se flutuações em alguns Estados ou Municípios brasileiros que guardam relação com o grau de desigualdade social a despeito do desenvolvimento econômico e social da região. Dados de estudos isolados revelam que no município de Montes Claros, na região norte do Estado de Minas Gerais, a frequência foi de 21,5%; em Campinas – SP foi de 17,8 e em São Luiz do Maranhão foi de 25,0%. De acordo com dados do SINASC, em 2005, o percentual de partos em adolescentes foi de 23,0% no Estado do Ceará e de 24,5% no Estado do Rio

Grande do Norte (BATISTA, 2001; GOLDENBERG et al., 2005; CARNIEL et al., 2006; SANTOS et al., 2009). Tais resultados devem ser considerados altos quando comparados ao de países desenvolvidos, cujas taxas máximas estão em torno de 4 a 5% (CHEN et al., 2007).

Ainda sobre a questão etária, observou-se que a proporção de puérperas adolescentes, consideradas precoces (na faixa etária de 12 a 16 anos) no Município de Muriaé foi considerada elevada, atingindo 25,0% das entrevistadas. Os resultados obtidos por Batista (2001), em um estudo realizado com 282 mães adolescentes em Campinas – SP, no período de abril a julho de 2000, foi de 13,5%. Ainda neste sentido, prevalência muito elevada foi observada por Paraguassú et al. (2005), em estudo que analisou dados de 438 adolescentes, no Município de Feira de Santana – BA, concluindo que 45,9% das adolescentes tinham menos de 16 anos de idade.

Sabroza et al. (2004a), avaliando dados de um estudo com 1.228 puérperas adolescentes, cujos partos ocorreram no Município do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2001, observaram que 26,0% das mães adolescentes tinham menos de 16 anos.

A situação de domicílio mais frequente entre as puérperas adolescentes de Muriaé é a urbana (80,8%). Estes dados podem sinalizar para a ocorrência de gestação em fases mais precoces da vida, justamente nas regiões onde o modismo e os apelos eróticos e sociais são mais exuberantes. Duarte et al. (2006), em estudo transversal ecológico com adolescentes que tiveram filhos e residiam no Município de Santo André – SP, no período de janeiro a dezembro de 1998, afirmaram que os padrões sexuais e reprodutivos variam de acordo com inúmeros fatores, incluindo os domicílios rurais, que pode determinar maior ou menor incidência de gravidez na

população adolescente. Como contraponto, registrem-se os resultados obtidos por Bennett et al. (1997) que constataram maior ocorrência da gravidez em adolescentes residentes na zona rural (46,0%).

A cor da pele, variável muito analisada na literatura, mas que de um modo geral está relacionada à condição socioeconômica, também apontou algumas associações interessantes com as variáveis aqui utilizadas. Embora nosso estudo não tenha apresentado resultados significativos de um determinado grupo de adolescentes em relação à cor da pele, houve uma leve tendência da cor não branca (51,7%). Resultado semelhante ao divulgado pela PNAD 2008, em que a proporção de não brancos, para o total geral da população do Brasil, foi de 51,6% e para a região Sudeste, foi de 43,2%.

Quando analisado segundo a faixa etária e a situação conjugal, as puérperas adolescentes do Município de Muriaé – MG de cor não branca apresentaram-se em maiores proporções entre o grupo com mais de 16 anos e com união consensual, embora sem significância estatística. Tais resultados assemelham-se aos apresentados pelo grupo de pesquisadores da ENSP, que avaliou o perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes no Município do Rio de Janeiro (SABROZA et al., 2004a).

Gama et al. (2002) constataram que 57,8% das puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro com menos de 20 anos apresentavam cor não branca. Estudos realizados por Olinto & Olinto (2000) e Leal et al. (2005), respectivamente em Municípios da região sudeste e sul do país, também mostraram piora dos indicadores socioeconômicos da população estudada à medida que se verificou o escurecimento da cor da pele. Estudando as repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Sabroza et al.

(2004b) constataram que uma maior proporção de adolescentes de cor não branca encontrava-se entre as com pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro.

Os dados do presente trabalho mostram maior proporção de ocorrência da primeira gestação antes dos 14 anos no grupo das adolescentes na faixa de 12 a 16 anos e com união consensual. Tais dados assemelham-se, em parte, aos apresentados por Sabroza et al. (2004a), em que a ocorrência da primeira gestação foi maior antes dos 14 anos, embora tenha sido maior entre as adolescentes sem união consensual, o que difere de nosso estudo. Paraguassú et al. (2005) estudando a saúde reprodutiva da adolescente do Município de Feira de Santana – BA constataram que 45,9% das primeiras gestações ocorreram com idade entre 10 a 16 anos. Assim como Chalen et al. (2007), que estudando a gravidez na adolescência em uma determinada população na cidade São Paulo – SP evidenciaram maior proporção de primeiras gestações no grupo de adolescentes com menos idade. O aumento da ocorrência da primeira gestação antes dos 15 anos é preocupante, uma vez que o padrão gestacional é geralmente definido na adolescência, de modo que, quanto mais jovem for a mãe, maior a probabilidade de reincidência de gravidez (CUNHA et al., 2007; CRITTENDEN et al., 2009; YAZLLE et al., 2009).

Viver com o pai do bebê, legal ou consensualmente poderá influenciar o modo como a gestação será percebida e aceita pela adolescente, sua família e seus amigos. A existência do apoio conjugal traz reflexos na vivência da gestação, assim como na determinação do padrão reprodutivo da adolescente. Os dados encontrados, embora sem significância estatística, mostram que entre as puérperas adolescentes do Município de Muriaé, a maioria com idade inferior a 16 anos vivia consensualmente com o pai do bebê, ao contrário do grupo de adolescentes na faixa de 16 a 19 anos.

Gama (2001b) e Sabroza et al. (2004) constataram que a maior parte das adolescentes não tinha trabalho remunerado, dependendo financeiramente da família, ou do companheiro. Yazlle et al. (2002) apresentaram dados que revelaram que 85% das adolescentes incluídas no estudo, não possuíam trabalho remunerado, sendo a maioria pertencente da categoria "lar". No presente estudo, apenas 20,3% das puérperas adolescentes exercia alguma função remunerada, sendo a maioria na faixa acima dos 16 anos (dados não apresentados nos resultados). Neste grupo de adolescente com trabalho remunerado, a maioria encontrava-se entre as adolescentes que tinham união consensual com o pai do bebê (66,0%), embora sem significância estatística.

Verificou-se no presente estudo, maior proporção de pais dos bebês desempregados no grupo de adolescentes com mais de 16 anos, porém, não houve diferença significativa quanto à situação conjugal. Os pais dos bebês das adolescentes mais jovens encontravam-se, em sua maioria, empregados no momento da gravidez. Tais achados diferem dos encontrados por Sabroza et al. (2004a) e Traverso-Yépez, et al. (2005), que constataram maior proporção de pais desempregados no grupo das puérperas adolescentes com menos de 16 anos.

O sentimento de não desejar a gravidez, manifestado pela maioria das puérperas adolescentes entrevistadas, revela uma falta de planejamento da vida reprodutiva, dado este bastante comum entre adolescentes. O presente estudo avaliou qualitativamente qual havia sido a motivação, expressada pela adolescente, para engravidar neste momento. A falta de motivação foi a resposta mais frequente entre o grupo de adolescentes em estudo, atingindo mais de um terço delas.

Torna-se interessante avaliar quais são as motivações da adolescente para engravidar. Com base nos resultados desse estudo, conclui-se que a maioria das puérperas entrevistadas não estavam motivadas a engravidar naquele momento.

Praticamente dois terços das adolescentes entrevistadas responderam que não desejavam engravidar na época que o evento aconteceu. Entre as adolescentes com mais de 16 anos e com união consensual, o sentimento que prevalecia era o não desejo pela gravidez. Os dados mostram ainda, e com significância estatística, que entre as mais jovens e sem união consensual, o desejo de engravidar foi mais frequente. Resultados que não se equiparam aos apresentados por Sabroza et al. (2004a), em que desejar a gravidez foi menos declarado no grupo de adolescentes que não mantinham uma união consensual com o pai da criança. Esta situação pode ser explicada, entre outras causas, pelo pensamento mágico da adolescente, principalmente na fase precoce, que torna os adolescentes vulneráveis a essa situação (BAREIRO, 2005).

Em nosso estudo, a maioria das adolescentes não estava usando método anticoncepcional antes da gravidez (63,3%), com predomínio do grupo com mais de 16 anos e com união consensual. Em menores proporções, as adolescentes com menos de 16 anos e que não tinham uma união consensual não faziam uso de algum método anticoncepcional. Chama a atenção que estes resultados são semelhantes aos apresentados por Sabroza et al. (2004a), quando afirmaram que foi precária a utilização de métodos contraceptivos pelas adolescentes, porém discordante, quando constatou que o não uso foi mais evidenciado no grupo das adolescentes com menos de 16 anos.

Os resultados evidenciados no presente estudo podem ser explicados, em parte, pelo conhecimento recebido sobre anticoncepção, inserido no currículo

escolar do ensino fundamental e médio, através do Programa Educacional de Atenção ao Jovem – PEAS Juventude, que tem como objetivo promover o desenvolvimento pessoal e social do adolescente através de ações de caráter educativo e participativo, focalizadas nas questões da sexualidade e da saúde reprodutiva, implementadas no sistema público de educação do Estado de Minas Gerais.

Entretanto, mesmo que os estudos evidenciem o conhecimento dos métodos contraceptivos pelos adolescentes, existe grande lacuna entre o conhecimento e a utilização. Carvalho et al. (2000) estudando 129 adolescentes grávidas e puérperas constataram que 78,3% da amostra analisada tinham conhecimento sobre os métodos contraceptivos, mas 40,3% não usavam métodos antes da gestação. Dados estes que nos levam a concluir que, mesmo que recebam informações, somente um pequeno grupo entre as adolescentes com menos de 16 anos fazem uso de algum método anticoncepcional.

Apesar da população jovem ter atualmente um acesso mais amplo à escola e obter um nível de escolaridade mais elevado, ainda permanece uma parcela considerável sem frequentar a escola. Em nosso estudo, mais da metade das puérperas adolescentes entrevistadas (58,3%) não estavam estudando no momento da gravidez, com predomínio entre as mais jovens e com união consensual. Quando comparado com pesquisa desenvolvida numa realidade diferente do Município de Muriaé, em um grande centro urbano, obtivemos resultados semelhantes, diferenciando apenas em relação à situação conjugal (SABROZA et al., 2004a).

Nossa pesquisa revelou que do total de adolescentes que estavam estudando, apenas 6,0% abandonaram os estudos ao engravidar e, entre o grupo que não estava estudando no momento da gravidez, 44,4% pretendiam voltar a

estudar. A evasão escolar, que é considerada uma consequência marcante da maternidade precoce e que faz parte da realidade social do Brasil (Cunha et al., 2007), não é realidade entre as adolescentes do Município de Muriaé. Entretanto, os resultados revelados no presente estudo sugerem a necessidade de reavaliação das estratégias de sensibilização das adolescentes do Município, para que tenhamos maior proporção de adolescentes frequentando a escola.

Dados da literatura demonstram que a gestação na adolescência leva à interrupção precoce da escolaridade, dificultando tanto a inserção futura da adolescente no mercado de trabalho, quanto à obtenção de emprego com melhor remuneração, gerando assim um processo de reprodução da pobreza. Gama et al.(2002) estudando puérperas no Município do Rio de Janeiro constataram que antecedentes de gravidez na adolescência, nas mulheres que se encontravam na faixa etária de 20 a 34 anos, contribuiu ou até mesmo agravou as suas condições desfavoráveis de vida, quando comparadas às outras da mesma faixa etária e condição social.

No que se refere a trabalho após a gravidez, apenas 7,5% do total de puérperas adolescentes entrevistadas não tinham pretensão de trabalhar. As mães do grupo precoce (12 a 16 anos) e sem união consensual, foram as que afirmaram, em maior proporção, ter pretensão de trabalhar. Estes dados foram concordantes com os de Sabroza et al. (2004a) no que diz respeito à ausência de união consensual.

O planejamento, o desejo e a motivação para a gravidez constituem um prognóstico importante no modo como a adolescente lida com as expectativas de futuro. No presente estudo as adolescentes com menos de 16 anos e com união consensual não consideravam a gravidez como empecilho para o futuro, ao contrário

do grupo com mais de 16 anos e sem união consensual. Vale ressaltar que o fato das adolescentes do grupo precoce não terem considerado a gravidez como empecilho para o futuro, pode ser devido à imaturidade emocional típica da adolescência.

As informações obtidas com as puérperas adolescentes do Município de Muriaé revelam que a insatisfação com a gestação, mais frequente nas adolescentes com mais de 16 anos e sem união consensual, provavelmente está relacionada à maior probabilidade dessas adolescentes não terem desejado a gravidez.

Viver com o pai do bebê, perceber sua satisfação com a gravidez e sentir-se apoiada por ele, assim como por sua família, são fatores que influenciam significativamente para o desenvolvimento gestacional adequado (GAMA et al., 2004). No presente estudo, observou-se que as adolescentes com menos de 16 anos e com união consensual apresentaram resultados mais positivos, em relação às variáveis acima relacionadas.

A família é considerada por muitas gestantes e mães adolescentes como sua maior fonte de apoio. Piccinini et al. (2002), investigando a percepção, em um grupo formado por 13 mães gaúchas adolescentes e 13 adultas, em relação ao apoio social, da gestação ao terceiro mês de vida do bebê, encontraram a existência de uma rede de apoio efetiva, formada especialmente pelos familiares. Situação semelhante foi constatada na pesquisa realizada por Lima et al.. (2004), onde 63,2% das famílias forneciam apoio financeiro e afetivo à adolescente, especialmente a mãe. No entanto, nem sempre a família se apresenta como apoio para as jovens.

A presente investigação evidenciou que as adolescentes acima de 16 anos e que tinham união consensual sofreram mais com a reação negativa e a falta de

apoio da família. Curiosamente, a reação familiar negativa não foi frequente no grupo das adolescentes mais jovens e sem união consensual. A reação negativa do pai do bebê foi em maior proporção no grupo de adolescentes com mais de 16 anos e sem união consensual. Porém com a evolução da gestação, este mesmo grupo recebeu mais apoio da figura paterna. Ter uma união consensual foi fator decisivo para a reação positiva do pai da criança.

Os resultados publicados por Sabroza et al. (2004a), relacionando essas mesmas variáveis, revelaram que as adolescentes com menos idade e sem união consensual apresentaram reações negativas por parte dos familiares e do pai do bebê mais evidentes. Tal diferença pode ser explicada, em parte, pelo fato dos estudos terem sido realizados em ambientes diferentes, sendo o objeto desta dissertação realizada em uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais e o outro, em um grande centro urbano, o Município do Rio de Janeiro.

Ao encontro com a literatura, constatamos que os dados confirmam que, a aceitação familiar e do pai do bebê em relação à gravidez pode mostrar-se negativa no início desta, porém tende a melhorar com o passar do tempo, especialmente pela necessidade de apoio das adolescentes (SABROZA et al., 2004; LEVANDOWSKI et al., 2008).

A constatação de que a experiência da maternidade nos primeiros anos da adolescência pode influenciar negativamente na vida da mãe adolescente não foi confirmada em nosso estudo. Tais achados podem ser apoiados pelo pensamento mágico típico da imaturidade emocional da adolescência (SOUZA, 2002).

Devido a todas as transformações psicológicas, fisiológicas e sociais que ocorrem durante a adolescência, é muito comum que os jovens exibam alguns

comportamentos de risco, tais como: fumar, usar drogas e/ou álcool, manter relações sexuais sem nenhuma medida contraceptiva (SILVA, 2003).

Entre as puérperas adolescentes entrevistadas, o fato de fumar e usar bebida alcoólica durante a gestação foi mais observado no grupo de adolescentes acima de 16 anos e sem união consensual, sendo mais significativos os dados encontrados referentes ao uso de álcool, associado à presença de união consensual. Do mesmo modo foi maior nesse grupo o sofrimento de agressão física e o desejo de interromper a gestação. Resultados estes semelhantes aos apresentados por Sabroza et al. (2004a) (BATISTA, 2001; ZAGANELLI, 2006).

A precocidade do início das atividades sexual aliada à antecipação da idade da menarca, ao longo dos últimos anos, vem contribuindo para o aumento da gravidez na adolescência (BATISTA, 2001; SABROZA et al., 2004a). Dados da OMS (2005) confirmam que a maioria dos jovens, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, inicia suas atividades sexuais durante a adolescência e os estudos mostram que este início vem ocorrendo em idades cada vez mais precoces. No Município de Muriaé, o presente estudo informa que a maioria das adolescentes apresentou padrão de menarca antes dos 12 anos e de início da atividade sexual antes dos 15 anos, estando, portanto, de acordo com os dados publicados na literatura.

Batista (2001), estudando as condições de vida e saúde de gestantes adolescentes residentes no Município de Campinas – SP, pôde confirmar a precocidade destas variáveis. Naquele Município, a idade média da menarca foi de 12,3 anos e a idade da primeira relação sexual foi de 15,3 anos. Chalen et al. (2007) constatou(constataram) em estudo realizado no Município de São Paulo, que, em relação ao comportamento sexual, a média de idade de início de atividade sexual foi

de 15 anos. Paraguassú et al. (2005) com objetivo de estudar a situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de mulheres que foram mães na adolescência no Município de Feira de Santana – BA constataram que a idade média da menarca foi de 13,4 anos e a idade média da iniciação sexual foi de 16,2 anos. Analisando os dados acima, pode-se concluir que o Município de Muriaé encontra-se nos padrões dos demais.

Foi encontrado um número maior de adolescentes primigestas e primíparas, estando a maioria na faixa de 16 a 19 anos. Casos de reincidência de gravidez ocorreram em maior proporção no grupo de adolescentes com mais de 16 anos. Não foi constatado caso de tercigesta entre as adolescentes com menos de 16 anos. Fatores sociais e certas atitudes podem estar relacionados com a rápida repetição de gravidez entre mães adolescentes. Evasão escolar, baixa escolaridade, saída da casa dos pais, suporte familiar inadequado, idade inferior a 16 anos na primeira gravidez e uso de drogas são fatores de risco muito frequentes (CUNHA et al., 2007).

Em estudo realizado por Vieira et al. (2007) na cidade de Bauru – SP, analisando especificamente a ocorrência de abortamento na população de adolescentes (459) e confrontando com o total geral de abortamentos (2.286), foi encontrado o índice de 20,1%. Tais resultados são similares aos encontrados na literatura.

Nossos resultados evidenciam que ao analisar especificamente a ocorrência de abortamento na população de puérperas estudadas, a proporção de adolescente com antecedentes de abortamento ficou em 54,7% e, quando comparado segundo a faixa etária, constatou-se que a maioria encontrava-se com idade superior a 16 anos (89,7%). Quanto à quantidade de abortos, observou-se a ocorrência de no máximo

dois episódios de abortamentos entre as adolescentes. Não foi constatado nenhum caso de adolescente com menos de 16 anos com relato de antecedente de mais de um abortamento. Diante dos dados apresentados, conclui-se que há necessidade de adoção de estratégias educativas e implementação das que já existem – PEAS Juventude, objetivando o incentivo da prevenção de uma gravidez não planejada e de suas consequências.

É bastante conhecida a importância da assistência pré-natal como um fator de proteção para a mãe e o bebê. Estudos têm mostrado a associação entre um cuidado pré-natal adequado e um melhor resultado na gestação e no parto (GAMA et al., 2001a).

Analisando as variáveis relacionadas à assistência pré-natal, observa-se que a maioria absoluta das puérperas adolescentes entrevistadas foi assistida por um médico durante o pré-natal, sendo a grande maioria nas unidades básicas, incluindo a ESF. Esta tendência observada deve-se, principalmente, à ampla cobertura de médicos obstetras, podendo-se contar com a presença de no mínimo um em cada unidade de atenção básica do Município.

A elevada cobertura do acompanhamento pré-natal em um determinado Município não traduz especificamente que esteja sendo prestada assistência adequada, assim como repasse de informações adequadas sobre o parto e puerpério durante o atendimento prestado (LEAL et al., 2004). É grande o acesso das adolescentes à assistência pré-natal no Município de Muriaé, pois apenas uma das mães entrevistadas neste estudo ficou desassistida, por não ter procurado assistência e outras quatro por tê-lo abandonado durante a gestação. O abandono do curso pré-natal foi justificado, na maioria das vezes, devido à intercorrências que levaram à interrupção precoce da

gestação. quase três quartos iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre da gestação e somente uma, no terceiro. Quanto ao número de consultas, verifica-se que 56,4% das mães adolescentes do Município de Muriaé fizeram sete ou mais consultas, número considerado adequado pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Pesquisa desenvolvida por Paraguassú et al. (2005) em população de adolescentes no interior do Estado da Bahia revelou resultados semelhantes aos apresentados para o Município de Muriaé. No estudo em questão constatou-se que, 70,5% procuraram o pré-natal no primeiro trimestre e que apenas 0,8% no terceiro trimestre; 69,5% realizaram seis ou mais consultas, enquanto 30% realizaram menos de seis consultas no pré-natal.

Segundo Sabroza et al. (2004a), a aderência às consultas no pré-natal foi influenciada pela presença de uma união consensual, dado relevante na medida em que o pré-natal é apontado na literatura como um dos mais importantes fatores de proteção quanto a efeitos adversos para o bebê. Nossos dados mostram que as adolescentes com uma união consensual e com idade menor que 16 anos realizaram mais de seis consultas no pré-natal, tornando adequado para os padrões de assistência pré-natal, quando relacionado exclusivamente ao número de consultas.

Além da elevada cobertura de pré-natal oferecida às adolescentes no Município de Muriaé, dados relacionados à percepção da mãe adolescente sobre o atendimento prestado durante a gestação, como informações sobre a importância do controle pré-natal, do aleitamento e da consulta no puerpério, assim como sobre os sinais do parto, atividade sexual na gravidez, anticoncepção e quanto aos cuidados com o recém-nascido, obtiveram, no

geral, respostas positivas, confirmando o fato de que no presente estudo, as puérperas adolescentes entrevistadas receberam assistência pré-natal de qualidade.

No decorrer deste estudo, foi possível perceber que pequena parcela das adolescentes que fumaram e/ou fizeram uso de bebida alcoólica na gestação tiveram um número menor de consultas pré-natais quando comparadas às demais, portanto, não receberam assistência pré-natal adequada.

A atenção pré-natal é reconhecidamente importante na investigação de riscos biológicos de gestantes adolescentes tais como colo curto, infecções, nutrição inadequada e abusos de drogas ilícitas (SANTOS et al., 2008).

A gravidez na adolescência não é considerada como de alto risco, contanto que a adolescente tenha um acompanhamento adequado. Os dados extraídos das entrevistas com as puérperas adolescentes do Município de Muriaé revelam que durante a gestação 66,7% apresentaram alguma doença e que a maioria encontrava-se no grupo de adolescência tardia (16 a 19 anos). Síndromes hipertensivas maternas, infecção urinária e anemia foram as doenças mais frequentes entre as puérperas adolescentes, ocorrendo em maior proporção nas adolescentes com mais de 16 anos. As demais doenças foram menos prevalentes, como o diabetes pré-existente e a tuberculose que aconteceram apenas pelas adolescentes com menos de 16 anos e, ainda, o diabetes gestacional, a hemorragia e a sífilis, que ocorreram somente no grupo de adolescentes com mais de 16 anos. Segundo Leal et al. (2005) as três patologias mais frequentes na gestação são anemia, hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Alguns estudos têm demonstrado aumento na incidência de intercorrências materno-fetais em todas as etapas do ciclo grávido gestacional, entre gestantes

adolescentes (PHIPPS et al., 2002). Analisando os indicadores sociais de gestantes adolescentes do Município de Ribeirão Preto – SP, Yazlle et al. (2004) relataram que as intercorrências obstétricas ocorreram em 38,3% das adolescentes e que os diagnósticos mais frequentes foram: problemas do feto ou placenta que afetam a conduta materna, desproporção céfalo-pélvica, problemas com a cavidade amniótica e membranas, hipertensão complicando o parto e o puerpério e trabalho de parto prematuro.

Mesmo não apresentando significância estatística, o resultado do estudo dessa variável demonstrou menores proporções de intercorrências materno-fetais, entre as adolescentes do Município de Muriaé (28,3%), quando comparados com dados da literatura.

Quanto ao tipo de parto, observou-se que, apesar de ter havido aumento na proporção de partos vaginais entre as adolescentes com menos de 16 anos, a taxa de cesarianas ainda permanece elevada, tendo correspondido a 46,2% do total dos partos. Diversos autores, em regiões distintas do país, apresentaram taxas diferentes de parto cirúrgico. Santos et al. (2008) observaram que a taxa de cesariana era de 33,3% em São Luiz do Maranhão. Em Ribeirão Preto – SP, em estudos distintos, foi revelada taxa de parto cirúrgico de 36,6% e 35,2% (YAZLLE et al., 2002; MICHELAZZO et al., 2004). Em Montes Claros – MG, Goldenberg et al. (2005) em sua pesquisa evidenciou uma taxa de 21,0% de partos cirúrgicos.

Analisando as informações sobre nascimentos, contidos nos cadernos de saúde, pode-se constatar que no ano de 2006 a taxa de partos cesários no Brasil foi de 45,1%; na Região Sudeste foi de 53,2%; no Estado de Minas Gerais foi de 48,0% e no Município de Muriaé foi de 56,8. Contudo, o valor encontrado em nosso estudo

revela uma tendência à diminuição da taxa de parto cesáreo em Muriaé (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em nosso estudo foi constatado menor frequência de parto cesáreo entre as mães as adolescentes com menos de 16 anos. Afastado o caráter epidêmico de sua ocorrência que pressupõem indicações injustificadas, as altas taxas de ocorrência sinalizariam para a necessidade de realização de estudos no sentido de qualificar a procedência de sua utilização.

As indicações clínicas para realização do parto operatório na mãe adolescente foram variadas, segundo dados fornecidos pela própria adolescente no momento da entrevista, e confirmados no prontuário médico. Por ordem de frequência, temos o sofrimento fetal agudo (13,0%), a amniorrexe ou rotura da bolsa amniótica (11,1%), a DHEG (9,3%) e o trabalho de parto prolongado (7,4%). Em meio a estas indicações, constatou-se que 24,1% das adolescentes que foram submetidas a um parto operatório, não sabiam informar o motivo da cirurgia.

Retornando ao banco de dados original da pesquisa, pode-se constatar que muitas das adolescentes que não sabiam informar a indicação, relataram, no momento da entrevista, que sentiam medo do parto vaginal.

O panorama acima apresentado, referente ao Município de Muriaé, deve-se muito a falta de um centro integrado para atendimento ao adolescente, onde a gestante adolescente teria um atendimento diferenciado e como consequência, melhor evolução do ciclo gestacional.

O fato de a adolescente vir a ultrapassar etapas importantes do seu desenvolvimento, em função de uma gestação precoce, constitui-se como uma experiência emocionalmente difícil, resultando, com frequência, em uma adolescente

mal preparada para assumir as responsabilidades psicológicas, sociais e econômicas que a maternidade envolve.

A assistência pré-natal adequada poderia também ser importante no sentido de oferecer suporte psicossocial nas dificuldades e situações de stress nas quais as mães adolescentes se encontram. Sofrimento emocional é causador de distúrbios endócrinos e parto pré-termo e, reduzindo este stress, a adolescente poderia ser conduzida para resultados mais favoráveis. Suporte psicossocial de mães adolescentes pode prevenir marginalização econômica, educacional e social e não se limitar ao atendimento médico necessário (SANTOS et al., 2008).

Sabroza et al. (2004b), estudando as repercussões emocionais negativas da gestação precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999 -2001), observaram que os dados apontaram para um quadro desfavorável, em que muitas adolescentes gestantes apresentaram uma autovalorização negativa, baixa expectativa em relação ao futuro e um grande sofrimento psíquico, chamando a atenção por se tratar de adolescentes com nível realmente alto de estresse emocional.

Analisando algumas das variáveis que expressam as repercussões negativas da gestação, previamente categorizadas por Sabroza et al. (2004b), obtivemos resultados completamente contrários. Os dados revelaram um quadro favorável para as adolescentes grávidas no Município de Muriaé, apontando para uma autovalorização positiva, alta expectativa em relação ao futuro e baixo nível de sofrimento psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1 – Os dados da presente investigação revelam o perfil da gravidez na adolescência no Município de Muriaé. Trata-se de um segmento etário formado por mulheres caracterizado, preponderantemente, por engravidar na faixa mais tardia da adolescência (de 16 a 19 anos), embora exista uma parcela significativa na faixa considerada precoce (12 a 16 anos). São, na sua grande maioria, domiciliadas em área urbana, vivendo em união consensual com o pai do bebê, encontravam-se fora da escola ao engravidar e utilizam os serviços do SUS.

2 – O referido trabalho deixa claro que o comportamento da gravidez na adolescência no Município de Muriaé assemelha-se aos de municípios encontrados na região Sudeste do Brasil. Engravidar na adolescência muitas vezes significou uma situação conflituosa e difícil para a adolescente e sua família, trouxe limitações sociais, educacionais e profissionais. Entretanto, as adolescentes entrevistadas, de modo geral, puderam contar com apoio do pai do bebê ou de familiares e tiveram amplo acesso aos serviços de saúde.

3 – As variáveis psicossociais evidenciaram, em modo geral, comportamento positivo. A maioria das adolescentes não desejou a gravidez, porém disseram-se satisfeitas com a gestação. Assim como a reação da família e do pai do bebê foi positiva com a notícia da gravidez. As puérperas adolescentes sentiram-se apoiadas durante a gestação e no geral, quando estavam na escola, não abandonaram os estudos. Não houve motivação para engravidar, porém afirmaram que com a chegada do bebê houve satisfação com a notícia da gestação.

4 – Do ponto de vista da saúde sexual e reprodutiva, são mulheres em que a menarca ocorreu antes dos 12 anos que iniciaram a atividade sexual antes do 15 anos, não usavam método anticoncepcional antes da gravidez. A maioria iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, nas unidades de saúde de Atenção Básica, e em modo geral, segundo sua percepção, disseram ter recebido assistência pré-natal de qualidade, principalmente entre as adolescentes com idade inferior a 16 anos e com união consensual.

5 – No que concerne à assistência pré-natal, a grande maioria foi acompanhada pelo médico durante o pré-natal, com realização de exames, imunização antitetânica e informando ainda terem levado para a maternidade o Cartão de Pré-natal, no momento da internação. As adolescentes de um modo geral não foram poupadas quanto à ocorrência de doenças próprias ou associadas à gestação (infecção urinária, anemia e DHEG), condições que majoraram as taxas de operação cesariana na população em apreço. O uso de álcool na gravidez foi considerado alto, sendo mais significativo nas adolescentes sem união consensual. Esse dado é preocupante, em função das reiteradas campanhas educativas do Ministério da Saúde. No geral, as adolescentes com união consensual tiveram melhor assistência pré-natal, no sentido de terem realizado mais de sete consultas no pré-natal, traduzindo maior maturidade dentro do grupo etário.

6 – Também ficam evidenciadas a importância e necessidade de educação em saúde para as adolescentes em geral, incluindo as que já engravidaram, devido à ocorrência frequente de outra gravidez na adolescência. É neste momento que a ESF pode intervir, de modo eficaz, na mudança do perfil da sociedade como um

todo, usando o fato de estar inserido na comunidade, como estratégia de sensibilização, quanto aos agravos da gravidez na adolescência.

7 – Esperamos que o presente projeto possa contribuir para a elaboração de políticas públicas de âmbito municipal, visando à prevenção aos agravos da gestação na adolescência no Município de Muriaé. Longe de esgotar o assunto, esperamos que outros estudos sejam desenvolvidos, com diferentes abordagens, para melhor compreensão da gravidez nesta etapa da vida e, com isso, que seja garantido um cuidado mais efetivo à adolescente grávida.

8 – As adolescentes precisam de serviços destinados especificamente a elas, com mais apoio durante a gravidez e puerpério, com vistas ao planejamento familiar, dado a reincidência do evento. Cabe às autoridades encontrar novos meios que possibilitem às mães adolescentes condições para que minimizem os conflitos sociodemográficos e psicossociais, assim como oferecer atendimento integral à saúde desta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, M. M.; ELAM-EVANS, L. D.; WILSON, H. G. & GILBERTZ, D. A. **Rates of and factors associated with recurrence of preterm delivery.** JAMA, 2000, v. 283, n. 12, p. 1591-1596.
- AKINBAMI, L. J.; SCHOENDOR, K. C. & KIELY, J. L. **Risk of preterm birth in multiparous teenagers.** Arch Pediatric Adolesc Med, 2000, v. 154, n. 11, p. 1101-1107.
- ALMEIDA, A. F. F.; HARDY, E. **Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes.** Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 41, n. 4, 2007.
- AMAYA, J.; BORRERO, C.; UCRÓS, S. **Estudio analítico del resultado Del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá.** Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005;56(3):216-24.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Metodologia Epidemiológica.** Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/cursos/met_epid.pdf>. Acesso em: 18 nov 2008.
- ARAÚJO, S. R. **PSF Natal – Projeto Asas do AdoleSer.** 2005. Disponível em: <http://www.natal.rn.gov.br/internet_new/noticianaintegra/impresao.php?noticia=7501> Acesso em: 11dez 2008.
- BAI, J.; WONG, F. W.; GYANESHWAR, R. & STEWART, H. C. **Profile of maternal smokers and their pregnancy outcomes in south western Sydney.** J Obstet Gynaecol Res, 2000, v. 26, n. 2, p. 127-132.
- BAREIRO, A. O. G. **Gravidez na adolescência: seus entornos, suas peculiaridades e o ponto de vista da adolescente.** Rev Bras Med Fam e Com, Rio de Janeiro, v.1, nºout / dez 2005, p. 60-71.
- BARROS, D. C., PEREIRA, R. A., GAMA, S. G. N., LEAL, M. C. **O consumo alimentar de gestantes adolescentes no Município do Rio de Janeiro.** Cad. Saúde Pública, 2004, v.20.
- BARROS, M. C. M. et al.. **Neurocomportamento de recém-nascidos a termo, pequenos para a idade gestacional, filhos de mães adolescentes.** J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 84, n. 3, jun. 2008.
- BATISTA, R.F.L. **Condições de vida e saúde de gestantes adolescentes residentes no município de Campinas.** Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP:[s.n], 2001.
- BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. **Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 4, 2004.
- BENNETT, T; SKATRUD, J. D.; GUILD, P.; LODA, F.; KLERMAN, L. V. **Rural adolescent pregnancy: a view from the South.** Fam Plann Perspect 1997; 29:256-67.
- BERENSON, A. B.; WIEMANN, C. M. & MCCOMBS, S. L. **Adverse perinatal outcomes in Young adolescents.** J Reprod Med, 1997, v. 42, n. 9, p. 559-564.
- BETTIOL, H. et al.. **Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, 1992.
- BOUVIER-COLLE, M. H.; VARNoux, N.; COSTES, P. & HATTON, F. **Maternal mortality in France. Frequency and reasons for it's under – estimation in the statistics of medical cause of death.** Great of Expert on Maternal Mortality. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 1991, v. 20, n. 7, p. 885-891.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. **Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.7, 2006.

BRASIL. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estatísticas do Registro Civil, 2006**, v. 33. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2006/notastecnicas.pdf>> Acesso em: 10 dez 2008.

BRASIL. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2008.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaovida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008>> Acesso em: 01 dez 2008.

BRASIL. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. PNAD 2007.** Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/graficos_pdf.pdf - 2008-09-19> Acesso em: 26 nov 2008.

BRASIL. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Tendências Demográficas: Uma Análise da População com Base nos Resultados dos Censos Demográficos de 1940 e 2000.** Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/lojavirtual/fichatecnica.php?codigoproduto=8903>> Acesso em: 20 nov 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico da Secretaria de Políticas de Saúde.** 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento, Brasília (DF): Ministério da Saúde;** ago. 1999. v.1.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cresce uso de preservativo na primeira relação sexual dos jovens brasileiros** [Internet]. 2005 [citado 2009 Set 25]. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISE77B47C8ITEMID1044117875604A8A9426E62218CA3D0DLUMISADMIN1PTBRIE.htm>>

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Informe de Atenção Básica: número 22. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.** Ano V, maio/junho de 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Informe de Atenção Básica: número 36. **Saúde da Família e a Atenção Pré-Natal e Puerperal.** Ano VII, julho/agosto de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico da Secretaria de Políticas de Saúde.** 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRUNO, Z. V.; BAILEY, P. E.; BEZERRA, M. F. et al.. **Impacto da gravidez na adolescência: avaliação um ano após o parto ou aborto.** Rev Med UFC. 2001, v. 40, p. 31-40.

BRUNO, Z. V.; FEITOSA, F. E. L.; SILVEIRA, K. P. et al.. **Reincidência de gravidez em adolescentes.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(10): 480-4.

- BRUNO, Z. V.; SOUSA, M. A.; TEIXEIRA, L. G. M. et al.. **Sexualidade e anticoncepção na adolescência: conhecimento e atitude**. *Reprod Climat*. 1997, v. 12, p. 37-40.
- CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A.. **Gravidez na adolescência e uso freqüente de álcool e drogas no contexto familiar**. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 42, n. 3, jun. 2008.
- CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; ALMEIDA, C. A. A.; MORCILLO, A. M. **Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil**. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006;6(4):419-26.
- CARLOTTO, Kharen et al. **Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil**. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 24, n. 9, set. 2008.
- CARVACHO, INGRID ESPEJO et al. **Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes**. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 42, n. 5, out. 2008.
- CARVALHO, M. A. B., SOUZA, D. V.; OLIVEIRA, H. A.; PIRES, L. P. M. **Gravidez na Adolescência, Aspectos Socioeconômicos**. *GO Atual*. 2002; v. 11, p. 7-14.
- CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. **Juventudes e sexualidade**. Brasília: UNESCO, 2004.
- CERICATO, R.; ZATTI, H.; GAZZANA, M. B.; ABECHÉ, A. M. **Anticoncepção e gravidez na adolescência: fatores associados**. *Rev AMRIGS*. 1994, v. 38, p. 294-98.
- CHALEM, E. et al.. **Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil**. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 23, n. 1, 2007.
- CHEN, X. K.; WEN, S. W.; FLEMING, N.; DEMISSIE, K.; RHOADS, G. G.; WALKER, M. **Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohorte study**. *Int J Epidemiol*. 2007; 36(2):368-73.
- CLARO, L. B. L.; MARCH, C., MASCARENHAS, M. T. M.; CASTRO, I. A. B.; ROSA, M. L. G. **Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, 2006, v. 22, n. 8.
- CONDE-AGUDELO, A.; BELIZAN, J. M. & DIAZ-ROSSELLO, H. **Epidemiology of fetal death in Latin América**. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2000, v. 79, n. 5, p. 371-378.
- COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. **Promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência**. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, 2007.
- COSTA, M. C. O. et al. **Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança**. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.
- CRITTENDEN, C.P.; BORIS, N. W.; RICE, J. C.; TAYLOR, C.A.; OLDS, D. L. **The role 18 of mental health factors, behavioral factors, and past experiences in the prediction of rapid repeat pregnancy in adolescence**. *J Adolesc Health*, 2009;44(1):25-32.
- CUNHA, S. M.; BRUNO, Z. V. **Reincidência de gravidez na adolescência**. *Femina*, novembro 2007, v. 35, n 11, p. 719-722.
- DEISHER, R. W.; LITCHFIELD, C. & HOPE, K. R. **Birth outcomes of pros tituting adolescents**. *J Adolesc Health*, 1991, v. 12, n. 7, p. 528-533.

DEMIR, S. C.; KADYYFEY, O.; OZGUNEN, T.; EVRUKE, C.; VARDAR, M. A.; KARACA, A. & SEYDAOLU, G. **Pregnancy outcomes in young Turkish women.** J Pediatr Adolesc Gynecol, 2000, v. 13, n. 4, p. 177-181.

DIALLO, F. B.; DIALLO, M. S.; SYLLA, M.; DIAW, S. T.; DIALLO, T. S.; DIALLO, Y. & DIAKITE, S. **Premature delivery: epidemiology, etiologic factors, preventions strategies.** Dakar Med, 1998, v. 43, n. 1, p. 70-73.

DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L.. **Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, 2006.

DUARTE, C. M.; NASCIMENTO, V. B.; AKERMAN, M. **Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas.** Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 19, n.4, 2006.

EPI INFO 2000, a database and statistic program for public health professionals for use on Windows 95, 98, NT, and 2000 computers. Atlanta (USA): Centers for Disease Control and Prevention, 2000. Disponível em: <www.cdc.gov/epiinfo>

EKWO, E. E. & MOAWAD, A. **Maternal age and preterm birth in a black population.** Paediatr Perinat Epidemiol, 2000, v. 14, n. 2, p. 145-151.

FERNÁNDEZ, L. S.; PUIG, E. C.; FERRERA, D. O.; PIÑERO, J. P. **Caracterización de la gestante adolescente.** Rev Cubana Obstet Ginecol, 2004, v.30, número 2.

GALLAIS, A.; ROBILLARD, P. Y.; NUISSIER, E.; CUIRASSIER, T. & JANKY, E. **Adolescence and pregnancy in Guadeloupe.184 cases.** J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1996, v. 25, n. 5, p. 523-527.

GAMA, S. G. N. et al.. **Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001a.

GAMA, S. G. N. **A gravidez na adolescência e efeitos adversos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro, 1999 – 2000.** Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2001b.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. **Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2002.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al.. **Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. **Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2005.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M.. **"Tava morta e revivi": significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008.

GRANJA, A. C.; MACHUNGO, F. GOMES, A. & BERGSTROM, S. **Adolescent maternal mortality in Mozambique.** J Adolesc Health, 2001, v. 28, n. 4, p. 303-06.

GUERRA, A. F. F.; HEYDE, M. E. D.; MULINARI, R. A. **Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes adolescentes.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 2007; v. 29, n. 3, p. 126-33.

HALBE, H. W.; HALBE, A. F. P. **A adolescente grávida e a maternidade precoce.** Sinop Ginecol Obstet. 2002, v. 3, p. 62-5.

HEDIGER, M. L.; SCHOLL, T. O.; SCHALL, J. I. & KRUEGER, P. M. **Young maternal age and preterm labor.** Ann Epidemiol, 1997, v. 7, n. 6, p. 400-406.

JOLLY, M. C.; SEBERE, N.; HARRIS, J.; ROBINSON, S. & REGAN, L. **Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old.** Obstet Gynecol, 2000, v. 96, n. 6, p. 962-966.

JONES, E.F.; FOREST, J. D.; GOLDMAN, N.; H ENSHAW, S. K.; LINCOLN, R.; ROSOFF, J. I. et al.. **Teenage pregnancy in developed countries: determinants and policy implications.** Fam Plann Perspect 1985; 17:53-63.

JORNAL DA FEBRASGO. **Lançamento Oficial do Programa AdolesSer com Saúde.** Jornal da Febrasgo, São Paulo, ano 8, n. 1, jan/fev, 2001, p. 4-10.

KEELING, J. W.; MCCAUB-BINNS, A. M.; ASHLEY, D. E. & GOLDING, J. **Maternal mortality in Jamaica: health care provision and causes death.** Int J Gynaecol Obstet, 1991, v. 35, n. 1, p. 19-27.

KUKKO, H. & HALMESMAKI, E. **Prenatal care and counseling of female drug-abusers: effects of drug abuse and perinatal outcome.** Acta Obstet Gynecol Scand, 1999, v. 78, n. 1, p. 22-26.

KURAUCHI, A. T. N.; MARTINS, C. M. R.; AQUINO, M. M. A. **Impacto da Gravidez na Adolescência e Resultados Perinatais: revisão de literatura.** Femina. 2003, v. 31, p. 669-71.

LAO, T. T. & HO, L. F. **Relationship between preterm delivery and maternal height in teenage pregnancies.** Hum Reprod, 2000, v. 15, n. 2, p. 463-468.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M.; DE LOLIO, C. A.; SANTO, A. H. & JORGE, M. H. **Mortality among women in reproductive age in the municipal of São Paulo, Brazil, 1996. II. Deaths by maternal causes.** Rev Saúde Pública, v. 24, n. 6, p. 468-472.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CAMPOS, M.R.; CAVALINI, L.T.; GARBAYO, L.S.; BRASIL, C.L.P.; SZWARCOWALD, C.L. **Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001.** Cadernos de Saúde Pública 2004; 20 Suppl 1:S20-33.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001.** Rev. Saúde Pública 2005;39(1):100-7.

LEITE, I. C.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. **Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S. **Maternidade adolescente.** Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 25, n. 2, jun. 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** Epidemiol. Serv. Saúde, dez. 2003, vol. 12, no. 4, p. 189-201. ISSN 1679-4974.

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

LOPEZ ALEGRIA, F. V.; SCHOR, N.; SIQUEIRA, A. A. F. **Gravidez na adolescência: estudo comparativo.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 23, n. 6, 1989.

MARTINS, P. O.; TRINDADE, Z. A.; ALMEIDA, A. M. O. **O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural.** *Psicol. Reflex. Crit.*, 2003, v. 16, n. 3.

MATSUURA, E.; SILVA, R. H. S.; SANTOS, S. M. M. **Adolescência: Projeto Multidisciplinar realizado em escola municipal na cidade de Maringá – PR.** Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/evento/mostra/documentos/pc.pdf>> Acesso em 8 Marc 2009.

MCCAULEY, A. P.; SALTER, C.; KIRAGU, K.; & SENDEROWITZ, J. **Como Satisfazer as Necessidades de Adultos Jovens.** *Population Reports*, 1995, v. 23, n. 3, p. 1-43.

MCCMAHON, M. J.; ANANTH, C. V. & LISTON, R. M. **Gestacional diabetes mellitus. Risk factors, obstetric complication and infant outcomes.** *J Re prod Med*, 1998, v. 43, n. 4, p. 372-378.

MEADE, C. S.; ICKOVICS, J. R. **Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA: pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy.** *Social Science & Medicine*. 2004. [Cited 2006 apr. 21]. Available from: <<http://www.elsevier.com/locate/soscimed>>

MELO, A. C. P.; MELO, A. P.; MORAIS, E. AACS – **Agente ator comunitário de saúde (um exemplo de educação permanente em saúde).** III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família. Trabalhos premiados no III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família, Brasília Série F. Comunicação e Educação em Saúde, Ministério da Saúde, 2008, p. 98-104. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicações/geral/livro_premiados_internet.pdf> Acesso em: 8 Mar 2009.

MELLO JORGE, M.H.P.; GOTILEB, S.L.D.; SOBOLL, M.L.M.S.; ALMEIDA, M.F.; LATORRE, M.R.D.O. **Avaliação do sistema de informação sobre os nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde.** *Rev Saúde Publica*. 1993;27(supl):1–46.

METELLO, J.; TORGAL, M.; VIANA, R.; MARTINS, L.; MAIA, M.; CASAL, E.; HERMIDA, M. **Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes.** *Rev Bras Ginecol Obst*. 2008; 30(12):620-5.

MICHELAZZO, Daniela et al.. **Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, Set. 2004.

MISHRA, S. & DAWN, C.S. **Retrospective study of teen age pregnancy and labour during 5 years period from jan 1978 to dec 1982 at Durgapur Subdivisional Hospital.** *Indiaan Medical Journal*, 1986, v. 80, n. 9, p. 150-152.

MOREIRA, T. M. M. et al.. **Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez.** *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 2, jun. 2008.

MOURA, E. R. F. et al.. **Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil.** Rio de Janeiro, 23(4):961-970, abr, 2007. *Cad. Saúde Pública*.

OBED, J. Y.; ZARMA, A. & MAMMAN, L. **Antenatal complications in adolescent mothers aged below 14 years.** *Afr J Med Med Sci*, 1997, v. 26, n. 3-4, p. 179 -182.

OLINTO, M.T.A.; OLINTO, B.A. **Raça e desigualdade entre as mulheres: em exemplo no sul do Brasil.** *Cad Saúde Pública* 2000;16:1137-42.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **La salud delos adolescentes y juvenes en las Américas: un compromiso con el futuro.** Washington, D.C.: OPS; 1985.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: Agora mais que nunca.** Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal; 2008.

ORTIZ-ORTEGA, A. et al.. **Abortion, contraceptive use, and adolescent pregnancy among first-year medical students at a major public university in Mexico City.** Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 14, n. 2, 2003.

ORVOS, H.; NYIRATI, I.; HAJDU, J.; PAL, A.; NYARI, T. & KOVACS, L. **Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome?** Perinat Med, 1999, v. 27, n. 3, p. 199-203.

PAL, A.; GUPTA, K. B. & RANDHAWA, I. **Adolescent pregnancy: a high risk group.** J Indian Med Assoc, 1997, v. 95, n. 5, p. 127-128.

PARAGUASSÚ, A. L. C. B. et al.. **Situação sócio-demográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005.

PEAS JUVENTUDE – Programa Educacional de Atenção ao Jovem. Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais. Disponível em: <www.educacao.mg.gov.br>

PERFIL DE MINAS GERAIS, 2007. **A Guide to the Economy of Minas Gerais.** Fundação João Pinheiro. Companhia Brasileira de Metalurgia e Mineração, 11^o ed. Belo Horizonte: CBMM, 2008.

PERRY, R. L.; MANNINO, B.; HEDIGER, M. L. & SCHOLL, T. O. **Pregnancy in early adolescence: are there obstetric risks?** Matern Fetal Med, 1996, v. 5, n. 6, p. 333-339.

PICCININI, C. A.; RAPOPORT, A.; LEVANDOWSKI, D. C.; VOIGT, P. R. **Apoio social percebido entre mães adolescentes e adultas, 2002.** Psico, 33 (1), 9-35.

PHIPPS, M.G.; SOWERS, M. **Defining Early Adolescent Childbearing.** Am J Public Health. 2002 January; 92(1): 125–128.

PNDS 2006 – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>

PNUD BRASIL. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. Atlas de desenvolvimento humano, 2000. **Perfil Municipal de Muriáe, Minas Gerais.** Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas>> Acesso em 06 out 2008.

PLOCKINGER, B.; ULM, M. R.; CHALUBINSKI, K. & SCHALLER, A. **When children “have children” – reproduction biological problem in girl 11 and 15 years of age.** Geburtshilfe Frauenheilkd, 1996, v. 56, n. 5, p. 248-251.

PROJETO DIRETRIZES: Assistência Pré-Natal. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. AMB - CFM. 2006.

REZENDE, J. **O Parto. Conceitos, generalidades, introdução ao seu estudo.** In: Obstetrícia, 1987, p. 17-222, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A.

ROCHA, C.L.R.; SOUZA, E.; GUZZELLI, C.A.F.; FILHO, A.C.; SOARES, E.P.; NOGUEIRA, E.S. **Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(9): 530-5.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde 1999**, 5^a ed. Rio de Janeiro. Ed. Medsi.

RUZANY, M. H.; ANDRADE, C. L. T.; ESTEVES, M. A. P.; PINA, M. F. S.; LANDMAN, C. **Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde**

do Adolescente no Município do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, 2002, v. 18, n. 3.

SABROZA, A. R. **Gravidez inoportuna: Retrato psicossocial de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro, 1999/2001.** Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

SABROZA, A. R.; LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. **Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004a.

SABROZA, A. R.; LEAL, M. C.; SOUZA JR., P. R.; GAMA, S. G. N. **Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004b.

SANTOS, S. R.; SCHOR, N. **Vivências da maternidade na adolescência precoce.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 1, 2003.

SANTOS, G. H. N.; MARTINS, M. G.; SOUSA, M. S. **Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, maio 2008.

SANTOS, R. S. **Pregnancy in adolescent mothers, Study in the district of Beja 1986-1991.** Acta Med Port, 1997, v. 10, n. 10, p. 681-688.

SALVADOR-MOYSEN, J.; MARTINEZ-LOPEZ, Y.; LECHUGA-QUINONES, A.; RUIZ-AS, R. & TERRONES-GONZALES, A. **Psychosocial status of adolescents and pregnancy toxemia.** Salud Publica Mex, 2000, v. 42, n. 2, p. 99-105.

SAÚDE DA ADOLESCENTE. Manual de Orientação. FEBRASGO, 2004. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br>> Acesso em: 31 out 2008.

SCHOLL, T. O.; HEDIGER, M. L. & BELSKY, D. H. **Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy review and meta-analysis.** J Adolesc Health, 1994, v. 15, n. 6, p. 444-456.

SCHOR, N. **Adolescência e anticoncepção: Estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto.** Rev Saúde Pública, São Paulo, 1990, v. 24, p. 506-11.

SIMÕES, V. M. F. et al.. **Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 5, 2003.

SIQUEIRA, A. A. F. et al.. **Evolução da gravidez em adolescentes matriculadas no Serviço Pré-natal do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, São Paulo (Brasil).** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 15, n. 5, 1981.

SILVA, P.R. **Gravidez na Adolescência.** Monografia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação, Rio de Janeiro, 2003.

SILVEIRA, J. **Em um ano, Brasil tem queda de 7,9% em partos de adolescentes.** Folha Online [jornal da Internet]. 2009 set 23 [citado 25 set 15. 2009]. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u627923.shtml>>

SOUZA, I. F. **Gravidez na adolescência: uma questão social.** Adolescência Latino Americana, v.3, n.2, 2002.

SOUZA, V. L. C.; CORRÊA, M. S. M.; SOUZA, S. L.; BESERRA, M. A. **O aborto entre adolescentes.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2001, v. 9, n. 2.

STERN, C. **Pregnancy in adolescence as a public problem: a critical vision.** Salud Pública Méx, Cuernavaca, v. 39, n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000200008&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 31 Out 2008. doi:

10.1590/S0036-36341997000200008.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. S. **Socialização de gênero e adolescência**. Florianópolis, SC. Revista Estudos Feministas, 2005, v. 13, n.1.

THEME-FILHA, M. M.; SILVA, R. & NORONHA, C. P. **Maternal mortality in the city of Rio de Janeiro, 1993-1996**. Cad Saude Publica, 1999, v. 15, n. 2, p. 397-403.

YAZLLE, M. E. H. D. et al.. **A Adolescente Grávida: Alguns Indicadores Sociais**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2002, v. 24, n. 9, p. 609-613.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. **Gravidez na adolescência**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, Aug. 2006.

YAZLLE, M. E. H. D.; FRANCO, R. C.; MICHELAZZO, D. **Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, Oct. 2009.

UNESCO. **Políticas públicas de/para/com as juventudes**. Brasília, 2004.

VIEIRA, L. M. et al.. **Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico**. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, 2007.

VITALLE, M. S. S. et al.. **Gravidez na adolescência**. Brazilian Pediatric News, São Paulo, v. 3, n. 3, 2001. Disponível em: <<http://www.brazilpednews.org.br/set2001/index.htm>>

VITIELLO, N. **Gravidez na adolescência**. In: Ribeiro M (org). Educação Sexual: Novas idéias, Novas conquistas. Rio de Janeiro. Ed. Rosa dos Tempos, 1993, p. 129-146.

VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. C. **Adolescência Hoje**. Comissão Nacional de Estudos sobre a Adolescência. FEBRASGO.

WESSEL, H.; CNATTINGIUS, S.; BERGSTROM, S.; DEPRET, A & REITMAIER, P. **Maternal risk factors for preterm birth and low birthweight in Cape Verde**. Acta Obstet Gynecol Scand, 1996, v. 75, n. 4, p. 360-366.

WISBORG, K.; HENRIKSEN, T. B.; HEDGAARD, M. & SECHER, N. J. **Smoking during pregnancy and preterm delivery**. Ugeskr Laeger, 1998, v. 160, v. 7, p. 1033-1037.

WHO. World Health Organization. **Adolescent Health**. Washington, D.C.; 2010. Disponível em: <<http://www.afro.who.int/en/divisions-a-programmes/drh/child-and-adolescent-health/programme-components/adolescent-health.html>> Acesso em: 20 Fev 2010.

ZAGANELLI, F. L. **Aspectos do perfil social da gestação e do parto da adolescente e da mulher adulta e suas repercussões sobre o recém-nascido**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2006.

APÊNDICES

Apêndice 1


UNIVERSIDADE
Estácio de Sá
Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer Final

Projeto CAAE 0026.0.308.000-09

Parecer nº 0036

Rio de Janeiro, 05 de junho de 2009.

De: Comitê de Ética em Pesquisa
Para: Carlos Wilson Dala Paula Abreu

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá, após avaliar em 27 de março, o projeto intitulado ***Aspectos obstétricos, sócio-demográficos e psicossociais de puérperas adolescentes assistidas na Estratégia de Saúde da Família e na rede básica do município de Muriaé – Zona da Mata Mineira***, considerou-o aprovado conforme Resolução CNS nº 196/96 sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos de 10 de outubro de 1996 e suas complementares.

O projeto apresenta um protocolo de pesquisa cientificamente bem fundamentado. Da análise do referido projeto, pode-se constatar que estão atendidos todos os aspectos éticos da pesquisa, estando preenchidos os requisitos para pesquisa "in anima nobili".

O Comitê de Ética solicita a V. S. um relatório final quando do seu término. Toda e qualquer modificação referente ao protocolo de pesquisa apresentado deverá ser encaminhada ao CEP para nova apreciação.


Prof. Dr. Roberto José Ávila Cavalcanti Bezerra
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Apêndice 2

Universidade Estácio de Sá

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Aspectos obstétricos, sócio-demográficos e psicossociais de puérperas adolescentes assistidas pelo Sistema de Saúde do município de Muriaé – Zona da Mata Mineira, Brasil.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada mãe,

Este documento lhe dará informações e pedirá o seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pelo curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá.

O estudo pretende estabelecer o perfil da gravidez na adolescência no município de Muriaé, caracterizando em bases epidemiológicas a prevalência da gravidez na adolescência e seus agravos, bem como analisar alguns aspectos de natureza social e psicossocial de puérperas adolescentes. O objetivo final é ter informações que orientem a reestruturação da assistência à gestante no município, contribuindo para a elaboração de políticas públicas de âmbito municipal, visando a prevenção e os agravos da gestação na adolescência.

A pesquisa será conduzida através de questionários que perguntarão sobre o seu nível de instrução, de renda, sua história reprodutiva, sobre a atenção pré-natal que você recebeu e a procura da maternidade no momento do parto. Além disto, para algumas mães será observado o atendimento antes do parto, dentro da maternidade.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação nela a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

As informações que você nos der serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta pesquisa.

Participante _____

Representante legal, em caso de mãe adolescente não emancipada (menor de 18 anos)

Coordenador da Pesquisa: Mestrando Carlos Wilson Dala Paula Abreu

Orientador da Pesquisa: Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva

Universidade Estácio de Sá

Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família

Telefone: (21) 3231 - 6135 // (32) 3722-3705 // (32) 9986-0491

Muriaé - MG, ____/____/____

Apêndice 3

QUESTIONÁRIO PARA A MÃE ADOLESCENTE NA MATERNIDADE

Identificação Materna

Categoria: () SUS () outra

1. Nome: _____
2. Apelido: _____
3. Data de nascimento: ____/____/____ 4. Idade (anos): _____
5. Cor da pele: 1.Branca 2.Preta 3.Parda 4.Amarela
6. Situação conjugal: 1.Solteira 2.Casada/companheiro 3.Divorciada/separada 4.Viúva
7. Endereço de residência: _____
- Bairro: _____ Referência: _____
- Telefones para contato: _____ / _____
8. Quem mora com você ?
1. Marido/Companheiro com ou sem filhos 2. Pais
3. Pais do marido/companheiro 4. Moro só
5. Outros _____

Escolaridade e Renda da Mãe

9. Você lê e escreve? 1. Sim 2. Não (vá à questão nº 11)
10. Qual a última série que você concluiu com aprovação? _____
- (se sabe ler e escrever e nunca foi à escola, preencher com 8): nº da série: ____ nº do grau: ____
11. Excluindo o trabalho de dona-de-casa, você tem algum trabalho remunerado?
1. Sim 2. Não (vá à questão nº 17)
12. Qual a sua ocupação mais recente? _____
13. Você trabalha como: 1. Empregada 2. Empregadora 3. Autônoma
14. Durante a gestação atual, você trabalhou quantas horas por dia? _____
15. Quantos dias na semana? _____
16. Quantos dias antes do parto parou de trabalhar (aproximado)? _____

Dados do Pai da criança

17. Você vive com o pai da criança? 1. Sim 2. Não 18. O pai do bebê é:
- 1- marido/companheiro 2- namorado/noivo 3- alguém que você ficou
- 4- amigo 5- parente 6- desconhecido
19. Ele lê e escreve? 1. Sim 2. Não (vá à questão 21)
20. Qual a última série que ele concluiu com aprovação?
- (se sabe ler e escrever e nunca foi à escola, preencher com 8): nº da série: ____ nº do grau: ____
21. Ele está empregado, neste momento? 1. Sim 2. Não
22. Qual a ocupação mais recente dele: _____
- #### **Antecedentes Obstétricos**
23. Quantas vezes esteve grávida, excluindo esta gravidez?
0. nenhuma (vá a questão 33) 1. 1 vez 2. 2 vezes 3. 3 vezes 4. 4 vezes 5. 5 ou mais vezes

24. Quantos filhos nasceram vivos? _____
25. Quantos filhos nasceram mortos? _____
26. Você já perdeu filhos depois de nascidos? 1. Sim 2. Não
27. Quantos? (Responda abaixo)
28. () antes de completar 1 semana de vida
29. () entre 1 semana e 1 mês de vida
30. () entre 1 mês e 1 ano de vida
31. () 1 ano de vida ou mais
32. Alguma gravidez que teve resultou em aborto? 1. Sim 2. Não
33. Qual era a sua idade quando menstruou pela primeira vez? _____ anos
34. Você iniciou atividade sexual com que idade? _____ anos
35. Qual era a sua idade quando engravidou pela primeira vez? _____ anos

Informações da Gestação Atual

36. Qual foi a data de sua última menstruação? ____/____/____
37. Como seus familiares reagiram com a notícia de sua gravidez?
- 1- Bem 2- Regular 3- Mal
- 4- Péssimo 5- Indiferente 6- Eles não souberam
38. Como o pai da criança reagiu com a notícia de sua gravidez?
- 1- Bem 2- Regular 3- Mal
- 4- Péssimo 5- Indiferente 6- Ele não soube
39. Você sentiu-se apoiada pelo pai do bebê durante esta gestação? 1. Sim 2. Não
40. Você sentiu-se apoiada pela sua família durante esta gestação? 1. Sim 2. Não
41. Você alguma vez foi agredida fisicamente durante esta gestação?
1. Pelo pai do bebê 2. Não 3. Outro
42. Você estava utilizando algum método para evitar gravidez? 1. Sim 2. Não
43. O que a motivou a engravidar neste momento?
- _____
44. Como você se sentiu quando soube que estava grávida?
- _____
45. Por quê? _____
46. Quando ficou grávida, você:
1. Estava querendo engravidar 2. Queria esperar mais um tempo
3. Não queria mais engravidar
47. Depois que ficou grávida, você ficou satisfeita? 1. Sim 2. Não
48. E o pai do bebê? 1. Sim 2. Não
49. Você pensou em interromper esta gravidez? 1. Sim 2. Não (vá para a 51)
50. Você utilizou algum método para interromper a gravidez atual? 1. Sim 2. Não (Vá a questão 51)
51. Qual? _____
52. Quando você descobriu que estava grávida, você recebeu apoio:
1. Da sua mãe 2. Do seu pai 3. De familiares 4. Do pai do bebê
53. Você estava estudando quando engravidou? 1- Sim 2- Não (passe à questão 56)
54. Se sim, você pretende continuar a estudar? 1- Sim 2- Não
55. Se sim, o que a motiva continuar a estudar? _____
56. Se não, porque parou de estudar? _____

57. Se não, você pretende voltar a estudar? 1- Sim 2- Não
58. Você pretende trabalhar? 1- Sim 2- Não
59. Qual o motivo? _____
60. Quem irá cuidar do bebê?
- 1- Você 2- A avó materna 3- A avó paterna 4- O pai 5- Outro parente
61. Você acha que o bebê vai: 1- Sim 2- Não
- a- Aproximar seu companheiro de você
- b- Ajudá-la a ser mais valorizada pela família e/ou comunidade
- c- Melhorar sua vida

Como você se sente em relação...

- 1- Não existe 2- Insuficiente 3- Razoável 4- Bastante
62. Ao cuidado do pai da criança em relação a você: _____
63. Ao cuidado de sua mãe em relação a você: _____
64. Ao cuidado de seu pai em relação a você (se tiver pai): _____
65. A atenção dos seus familiares e amigos em relação a você: _____

Assistência Pré-natal (Gestação atual)

66. Você fez pré-natal: 1.Sim 2.Não (vá para questão 69 e depois para a questão 91)
67. Onde? 1. Posto de Saúde (Atenção Básica) 2. ESF (Estratégia Saúde da Família) 3. outros
68. Por que escolheu o local? _____
69. Se não, por que não fez o pré-natal? _____
70. Se sim, você trouxe o cartão do pré-natal para a maternidade? 1.Sim 2.Não 3.Não tem
71. A partir de que mês de gestação você começou o pré-natal? _____ mês
72. A quantas consultas você foi? _____
73. Você foi às consultas até o final da gravidez? 1. Sim (Vá a questão 75) 2. Não
74. Porque você abandonou as consultas do pré-natal? _____
75. Seu pré-natal, na maioria das vezes foi feito por qual profissional?
1. médico 2. enfermeiro 3. outro
76. O médico (a) ou enfermeiro(a) que lhe atendeu no pré-natal foi:
- 1.Sempre o(a) mesmo(a) 2.Às vezes o(a) mesmo(a) 3.Nunca o(a) mesmo(a)
- 4.Só foi a uma consulta 5.Outra opção: _____
77. O lugar no qual você fez o pré-natal foi o mesmo do parto? 1. Sim 2. Não
78. Você fez exames no início do pré-natal? 1. Sim 2. Não
79. O médico explicou os resultados dos exames? 1. Sim 2. Não
80. Falaram com você, durante este pré-natal sobre: 1. Sim 2. Não
81. A importância do controle pré-natal? _____
82. Os sinais da hora do parto? _____
83. Orientação sobre alimentação? _____
84. Aleitamento materno? _____
85. Cuidados com o RN? _____
86. Importância de voltar ao médico depois do parto: _____
87. Métodos para evitar outra gravidez? _____

88. Atividade sexual na gravidez? _____

89. Você ficou satisfeita com o atendimento pré-natal? 1. Sim 2. Não

90. Qual o motivo? _____

Gestação Atual

91. Você fez ultra-sonografia? 1. Sim 2. Não

92. Durante as consultas de pré-natal com que frequência eram realizados os seguintes exames?

1. sempre 2. às vezes 3. nunca

93. Medida de Pressão Arterial ? _____

94. Tomada de peso? _____

95. Ausculta do bebê na barriga? _____

96. Exame das mamas? _____

97. Exame do Útero? _____

98. Outros ? _____

99. Você teve algum dos problemas abaixo na gravidez?

1. Sim 2. Não (especificar no segundo quadro o mês gestacional em que o problema foi evidenciado)

100. () Hipertensão preexistente 110. () Diabetes preexistente

101. () Pré-eclâmpsia 111. () Infecção urinária

102. () Sífilis 112. () Rubéola

103. () Toxoplasmose 113. () Tuberculose

104. () HIV + 114. () Hemorragia

105. () Hepatite B 115. () Outras doenças

106. () Doenças do Coração 116. () Outras doenças

107. () Problemas de Rh Negativo 117. () Outras doenças

108. () Anemia 118. () Outras doenças

109. () Diabetes gestacional 119. () Outras intercorrências

120. Quando estava grávida você tomou vacina contra o tétano?

1. Sim, uma dose 2. Sim, duas doses 3. Sim, três doses

4. Sim, não sabe informar o nº de doses 5. já era vacinada

6. Sim, dose de reforço 7. Não

121. Você tomou algum remédio na gravidez? 1. Sim 2. Não

122. Você ingeriu bebidas alcoólicas durante a gravidez? 1. Sim 2. Não

Que tipo e frequência? 1. Nunca 2. Raras vezes 3. Finais de semana

4. Frequentemente 5. Diariamente

123. () Whisky / cachaça 124. () Vinho 125. () Cerveja

126. Você fumava antes de engravidar? 1. Sim 2. Não

127. Você fumou durante a gravidez? 1. Sim 2. Não

128. Quantos cigarros você fumou por dia? _____

129. Você usou algum tipo de droga durante a gravidez? 1. Sim 2. Não

130. Que tipo? _____

Quais foram as mudanças em sua vida por conta desta gravidez em relação à:

1. Nada mudou 2. Melhorou 3. Piorou

131. () Prática de esportes
132. () Rotina escolar/trabalho
133. () Vida Social
134. () Relacionamento sexual
135. () Relacionamentos interpessoais
136. () Fumo de cigarro
137. () Doenças
138. () Sono
139. () Seu corpo
140. () Cuidados com a saúde
141. () Cuidados com alimentação

Questões relativas ao trabalho de parto

142. Como chegou à maternidade?

1. taxi 2. carro 3. ônibus 4. trem 5. Ambulância 6. outros

143. Com quem veio à maternidade?

1. sozinha 2. marido/companheiro 3. Pais
4. outros familiares 5. vizinho 6. outros

144. Foi o mesmo médico que a examinou que fez o parto? 1. Sim 2. Não

Dia e hora em que o neném nasceu? ____/____/____ ____h ____min

145. O parto foi: 1. normal 2. cesáreo 3. fórceps

146. Em caso de cesariana, foi:

1. () marcada com antecedência
2. () decidida durante o trabalho de parto
3. () Outros _____

147. O que motivou a cesariana? _____

148. (Em caso de óbito) O neném nasceu morto? 1. Sim 2. Não (vá a questão 151)

149. Quanto tempo após o nascimento ele(a) morreu? (horas) ____h

150. (dias) ____

151. Você diria que o seu atendimento pré-natal foi? 1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. Ruim

152. Você diria que o atendimento ao parto foi? 1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. Ruim

153. Você diria que o atendimento ao seu bebê foi? 1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. Ruim

154. Alguma sugestão para a melhora dos serviços? _____

Numa escala de 0 a 3 atribua a numeração que mais corresponde aos seus sentimentos com relação às afirmativas abaixo relacionadas (questões 155 a 168):

(0= nunca 1= às vezes 2= quase sempre 3= sempre)

- 155. () Eu sou muito próxima das pessoas da minha família
- 156. () Eu recorro aos meus pais quando tenho problemas
- 157. () Minha família espera demais de mim
- 158. () Eu gosto do meu jeito de agir
- 159. () As pessoas geralmente gostam de mim
- 150. () Às vezes eu penso que não sou boa o suficiente
- 161. () Eu gosto da minha aparência
- 162. () Existem muitas coisas que eu faço bem
- 163. () Eu desisto facilmente diante das dificuldades
- 164. () Às vezes eu penso que não há nada a esperar do futuro
- 165. () Eu tenho planos para o futuro
- 166. () O fato de ter engravidado na adolescência dificultará a realização dos meus objetivos
- 167. () Eu provavelmente nunca terei dinheiro suficiente
- 168. () Quando eu for mais velha, tenho certeza de que terei uma vida boa
- 169. () Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu companheiro ou alguém importante para você? 1- Sim 2- Não

Responda as questões de 188 a 181 em relação à frequência com que as condições descritas abaixo estiveram presentes em sua vida, durante a gestação: (1-com frequência 2-raramente 3-nunca)

- 170. () Eu me senti triste
- 171. () Eu me percebi falando menos que o habitual
- 172. () Eu me percebi minha vida tem sido um fracasso
- 173. () Senti solidão
- 174. () Estive menos disposta para iniciar tarefas
- 175. () Na minha família as pessoas brigam
- 176. () Senti que estava deprimida
- 177. () Senti as pessoas menos amigas e mais afastadas
- 178. () Senti que não poderia sair da tristeza mesmo com a ajuda de familiares e amigos
- 179. () Senti vontade de permanecer todo o tempo deitada
- 180. () Pensei em cometer suicídio
- 181. () Fiz alguma tentativa de cometer suicídio
- 182. O que representa para você ter este bebê neste momento?

183. Quais são as suas expectativas para o futuro?

8 - não se aplica 9 – não soube informar

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)