

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

**Avaliação da percepção de qualidade de vida em puérperas adolescentes
no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

Alberto Mantovani Abeche

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Pandolfi Passos

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS, como
requisito para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, dezembro de 2008.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Salvo Abeche e Edília Mantovani Abeche. Tive a felicidade de conhecer os melhores mestres já no início da minha vida. O que aprendi com eles sobre abnegação, dedicação, amor e respeito pela humanidade estará sempre guardado no meu coração.

Se desejamos seriamente ocupar-nos com o estudo da filosofia e com a busca de todas as verdades que somos capazes de conhecer, tratemos, em primeiro lugar, de nos libertar dos nossos preconceitos, e estaremos em condições de rejeitar todas as opiniões que outrora recebemos através da nossa crença até que as tenhamos examinado novamente.

Em seguida, passaremos em revista as noções que estão em nós, e só aceitaremos como verdadeiras as que se apresentarem clara e distintamente ao nosso conhecimento.

René Descartes

AGRADECIMENTOS

Ao meu amigo e orientador Professor Eduardo Pandolfi Passos que possui a elevada qualidade de realizar-se e alegrar-se com o progresso de seus colegas, que sempre tem uma palavra de incentivo e esclarecimento. A ele devo muito mais do que seria razoável esperar de um orientador.

Aos meus queridos colegas de equipe no Hospital de Clínicas: Professores Solange Garcia Accetta, Waldemar Augusto Rivoire, Jorge Alberto Buchabqui, Ricardo dos Reis, Jaqueline Neves Lubianca e Drs. Ana Maria Carvalho Vidal, Jean Carlos de Matos, Heleusa Ione Monego e Márcia Appel Binda. Estes colegas exemplares tornam o dia-a-dia mais feliz e proveitoso, na medida em que têm sempre em mente o bem-estar das pacientes e o cuidado com a formação dos alunos e residentes. Neles encontro o exemplo dos valores mais elevados da medicina.

À acadêmica e bolsista Caroline Vieira Pinheiro que muito me incentivou, e esteve neste projeto desde o seu primeiro momento, trabalhando incansavelmente para que ele fosse bem sucedido. Não há palavras suficientes para expressar o meu agradecimento.

Às enfermeiras Juliana Rigol Chachamovich, Suzana Zachia e à estatística Ceres Oliveira que muito contribuíram para que eu compreendesse melhor a riqueza dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida e o quanto poderiam ajudar a responder as mais significativas questões da minha tese.

Ao Professor Paulo Silva Belmonte de Abreu, meu co-orientador, e à acadêmica e bolsista Gabriela Mynarski Martins-Costa pelas contribuições à nossa pesquisa.

À professora Lavinia Schüler Faccini e à Dra Maria Teresa Vieira Sanseverino, colegas e amigas do Serviço Nacional de Informação sobre Teratógenos (SIAT). Nossa convivência é motivo de alegria permanente, e nos faz refletir como é possível ser feliz no ambiente de trabalho.

A todos os colegas do Serviço e do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia que constituem a minha segunda família, acompanhando toda a minha

carreira e contribuindo decisivamente para a minha formação, como médico, pesquisador e professor.

Às secretárias Margarida Roncatto e Silvana Kubiaki, grandes amigas que tiveram sempre uma palavra de apoio e incentivo, mesmo nos momentos mais difíceis.

À minha família, aos meus amigos, aos estudantes de medicina e aos nossos pacientes. Deles vem a força que me move a procurar crescer na profissão e oferecer minha modesta contribuição para a saúde e o bem-estar das pessoas.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 RESUMO..... | 7 |
| 4 INTRODUÇÃO | 9 |
| 5 REVISÃO DA LITERATURA | 11 |
| 3.1 Gravidez na adolescência: uma questão mundial | 11 |
| 3.2 Características e repercussões da gravidez na adolescência | 16 |
| 3.2 A gravidez na adolescência no Brasil | 20 |
| 3.4 Dificuldades na prevenção: intencionalidade e idealizações | 23 |
| 3.5 Os instrumentos para avaliação da percepção de qualidade de vida..... | 26 |
| 3.6 Percepção da qualidade de vida em gestantes adolescentes | 28 |
| 3.7 Possibilidades de intervenções eficazes..... | 29 |
| 4 JUSTIFICATIVA | 32 |
| 5 OBJETIVOS | 33 |
| 5.1 Objetivo geral..... | 33 |
| 5.2 Objetivos específicos | 33 |
| 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 34 |
| 7 PRIMEIRO ARTIGO | 41 |
| 8 SEGUNDO ARTIGO | 51 |
| 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS..... | 61 |
| 10 ANEXOS | 63 |
| 10.1 Anexo I – Termo de consentimento informado | 63 |
| 10.2 Anexo II – Instrumento de coleta de dados demográficos | 64 |
| 10.3 Anexo III – Instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref.. | 66 |
| 10.4 Anexo IV – Questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36 | 68 |

1. RESUMO

Introdução: A gravidez na adolescência é freqüente em nosso país, e seus índices permanecem em crescimento nas populações de menores condições sócio-econômicas. Muitas destas jovens expressam a intenção de gestar precocemente ou, ao menos, enxergam aspectos positivos na gestação, o que dificulta estratégias de prevenção. Há necessidade de se compreender melhor os sentimentos e percepções das adolescentes acerca de uma gravidez. Os instrumentos de avaliação da percepção de qualidade de vida nos oferecem esta oportunidade.

Objetivo: Comparar a percepção da qualidade de vida em puérperas adolescentes e adultas, em seus diferentes domínios e dimensões, e investigar fatores que poderiam influenciar estes escores.

Método: Foi realizado um estudo transversal, prospectivo, avaliando puérperas adolescentes e adultas internadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Dados sócio-demográficos coletados incluíram: idade, escolaridade, estado marital (se mora com o companheiro ou não), planejamento e aceitação da gravidez. Dois instrumentos de avaliação da percepção de qualidade de vida, WHOQOL-bref e SF-36, foram aplicados a estas pacientes. A média dos escores destes instrumentos foi comparada entre puérperas adolescentes e puérperas adultas, bem como avaliados, entre os dados sócio-demográficos, aqueles capazes de influenciar a percepção da qualidade de vida das pacientes.

Resultados: Cento e vinte puérperas adolescentes (idades entre 14 e 19 anos) e cento e vinte puérperas adultas (idades entre 20 e 30 anos) que se encontravam na maternidade foram incluídas neste estudo. A idade média foi de 17,5 anos para as adolescentes e 24,8 anos para as adultas. O nível médio de escolaridade foi de 7,66 anos entre as adolescentes e 9,01 entre as adultas. Avaliando o planejamento e a aceitação da gravidez, observamos gestação planejada em 27,35 das adolescentes e 43,5% das adultas; reação positiva ao saber da gravidez em 63,6% das adolescentes e 84,8% das adultas; reação positiva do companheiro em 81,8% das adolescentes e 87% das adultas.

Com relação ao instrumento WHOQOL-bref, verificou-se que as puérperas adolescentes apresentaram escore médio superior no domínio físico. Os escores dos demais domínios não diferiram significativamente entre os dois grupos. Avaliadas pelo instrumento SF-36, as puérperas adolescentes apresentaram escores médios superiores nos componentes da escala: capacidade funcional, limitação física e dor. Os demais componentes não diferiram significativamente entre os dois grupos.

Em ambos os instrumentos, houve influência positiva sobre diversos domínios e dimensões quando houve reação positiva da adolescente e seu companheiro, ou quando a gravidez havia sido planejada.

Conclusões: A percepção de qualidade de vida em puérperas adolescentes não se mostrou inferior à das adultas, inclusive apresentando escores superiores em alguns componentes físicos e funcionais. Estes achados nos permitem compreender melhor as percepções e sentimentos das adolescentes em relação à maternidade. Eles podem ser úteis para os profissionais que prestam assistência às gestantes adolescentes e também para elaboração de estratégias de prevenção de gestações precoces.

Contrariamente à mera orientação anticoncepcional, o planejamento de intervenções mais abrangentes, que levem em conta as percepções, sentimentos e pontos de vista das adolescentes em relação à possibilidade de uma gestação, poderá atingir resultados mais satisfatórios.

Palavras-chave: gravidez na adolescência, qualidade de vida, puerpério.

2. INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência tornou-se uma importante questão de saúde pública em nível mundial, pela sua alta prevalência nas últimas décadas e por suas repercussões médicas, psicossociais e econômicas. Tendo como fonte o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), verificamos que nos últimos 15 anos, cresceu, no Brasil, a taxa de fecundidade das adolescentes com menores condições sócio-econômicas. A percentagem de adolescentes no total de partos do Sistema Único de Saúde ultrapassa os 21% (1).

Verifica-se que a gestação na adolescência não é invariavelmente fruto de falha na contracepção ou na orientação anticoncepcional. Há um número expressivo de gestações planejadas, e ainda maior de gestações que são acolhidas como uma boa notícia pela adolescente e seu companheiro, principalmente quando se trata do primeiro parceiro da adolescente ou de casais que moram juntos (2). Um estudo descritivo de Burke e Liston (3) sugere que a gravidez pode ser percebida tanto como uma experiência positiva quanto como uma experiência negativa por adolescentes. A gravidez é um desafio no desenvolvimento das adolescentes e, portanto, proporciona a oportunidade para crescimento nas áreas de responsabilidade e restrições.

É necessário, portanto, um instrumento sensível a perdas e ganhos subjetivos para podermos compreender em detalhes o ponto de vista dos adolescentes que se tornam pais e mães tão precocemente. Este conhecimento seria essencial para estratégias de assistência e prevenção da gravidez na adolescência. Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida preenchem estes requisitos.

O SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey) é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão, não sendo excessivamente extenso. É um questionário auto-aplicável que previamente tem sido utilizado com sucesso a pessoas a partir dos 14 anos de idade (4) e sua versão para a língua portuguesa encontra-se validada (5). O WHOQOL-bref alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso o que lhe coloca como uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe a

avaliar qualidade de vida no Brasil. Foi validado em amostra de pacientes em regime ambulatorial e hospitalar (6).

Drescher *et al.* (7) confirmaram que a percepção de qualidade de vida não é invariavelmente má nas gestantes adolescentes, quando comparado a um grupo controle histórico de adolescentes não-grávidas, com diferenças virtualmente nulas nos escores para saúde geral, dor e componentes sociais. Parece haver pequena mudança na qualidade de vida percebida por adolescentes grávidas. Percebem, no entanto, que o número pequeno de sua amostra de gestantes adolescentes – 42 indivíduos – e um grupo controle histórico, possam ter prejudicado a precisão dos achados. Sugerem estudos onde se inclua uma comparação com grupo de gestantes adultas.

É importante observar as repercussões na qualidade de vida em cada população. Cada sociedade tem suas próprias crenças, atitudes, costumes, comportamentos e hábitos sociais. Essas características dão às pessoas uma orientação de quem são, como devem comportar-se e o que devem ou não fazer (5). Um estudo de avaliação da percepção de qualidade de vida em puérperas adolescentes comparado a um grupo de pacientes adultas nas mesmas condições poderia atender a estas exigências, revelando as percepções próprias das adolescentes, positivas e negativas, ao final do ciclo gestacional, e as particularidades de nossa própria população. Estas informações seriam de grande utilidade na compreensão, manejo e estratégias de prevenção da gravidez na adolescência.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Gravidez na Adolescência: uma Questão Mundial

A gravidez na adolescência tem sido evento presente em todas as épocas e culturas ao longo da história da humanidade. Desde as camadas sociais mais humildes até a mais alta nobreza, são numerosas as notícias de gestações em mulheres muito jovens. Foi fato aceito e até mesmo desejável em algumas sociedades, sendo a maternidade freqüentemente o centro e a única meta das expectativas de realização da mulher.

No século passado, no entanto, ocorreram mudanças sociais notáveis e conquistas foram obtidas pelo sexo feminino, buscando um horizonte mais amplo para sua realização pessoal e profissional. Ao mesmo tempo, exigiu-se da mulher a inserção no mercado de trabalho, quer para atender este novo modelo de realização feminina, quer para fazer frente às mais prementes necessidades econômicas. Mais do que isto, atualmente há a exigência de um tempo de instrução formal (1º. e 2º. grau, universidade) cada vez mais longo como preparação para o ingresso no mercado de trabalho e para que se alcance uma situação sócio-econômica mais favorável. Nesse contexto, a gravidez na adolescência passou a ser um evento indesejável, quer do ponto de vista individual, quer do ponto de vista da comunidade.

Os Estados Unidos têm uma taxa de gestações na adolescência muito superior a de outros países desenvolvidos. Em parte, isto pode se dever à existência de minorias e às repercussões sócio-econômicas e dificuldades de aculturação observadas nestes grupos (8).

Ventura, Mathews e Hamilton (9) referem que em anos recentes houve uma desaceleração nas taxas de gravidez na adolescência neste país. Contudo, Kmietowicz (10) demonstrou que mais adolescentes nos Estados Unidos da América e no Reino Unido tornam-se grávidas a cada ano, do que em qualquer outro local do mundo desenvolvido. Quando levam a gravidez a termo e assumem a maternidade, dobram suas chances de viverem em pobreza, se comparadas a mulheres que terão filhos mais tarde. Isto pode refletir um certo embaraço destes países em oferecer claramente serviços de anticoncepção para adolescentes, adotando posturas

conservadoras que favorecem estes índices elevados. As oscilações nas taxas de gestação na adolescência dependem, além do país em estudo, das condições sócio-econômicas das áreas observadas.

O baixo índice sócio-econômico e a falta de estrutura familiar com figura paterna e materna têm influencia na ocorrência de gestações na adolescência na Inglaterra (11). Neste país, observa-se também menor probabilidade de início precoce da vida sexual em jovens que vivem em famílias com a presença de ambos os pais.

McLeod (12) descreve a influência da condição econômica das áreas em estudo sobre a variação da incidência de gestações na adolescência, na Escócia. Entre 1980 e 1990, as taxas de gravidez na adolescência aumentaram nas áreas mais pobres de 7 para 12,5 por mil, em jovens de 13 a 15 anos, e de 67,6 para 84,6 por mil, em jovens de 16 a 17 anos. Nas áreas mais ricas estes índices permaneceram estáveis: 3,8 e 28,9 por mil, respectivamente. Considerando as gestações em moças de 18 e 19 anos, foi observado diminuição de 60 para 46,3 por mil nas áreas ricas e aumento de 112,4 para 116 por mil nas áreas pobres. Estes dados têm implicações nas decisões de alocações de recursos para programas de prevenção da gravidez na adolescência.

Resultados desfavoráveis são observados em populações mais humildes e em minorias nas mais diversas culturas. Em estudo retrospectivo abrangendo dados de 1995 a 1999, realizada por Westenberg *et al.* (13) na Austrália, observou-se que entre as aborígenes, a taxa de gestações em adolescentes era o dobro das observadas no restante da população e ocorriam em idades mais precoces. No geral, os índices de gravidez na adolescência cresceram na Austrália nos anos 90, vindo a declinar nos últimos anos. Segundo van der Klis (14), desde 1994 o índice de abortos supera o de partos entre as adolescentes australianas. Em 2000, foram de 22,4 e 18,3 por mil, respectivamente.

A gestação na adolescência é extremamente comum no continente africano. Na África do Sul, uma em cada cinco gestantes adolescentes é portadora do HIV. Jewkes *et al.* (15) observaram 191 casos de gestação na adolescência em população urbana e um grupo controle de 353 jovens não-gestantes, em áreas urbanas da África do Sul. As adolescentes tinham parceiros de idade

significativamente superior à observada no grupo controle e tinham menor chance de freqüentarem a escola. Outras diferenças significativas entre estas adolescentes grávidas: maiores percentuais de iniciação sexual forçada, passividade no relacionamento com o parceiro e menor tendência a confrontar o parceiro ao saber de relações extraconjugais. Há uma relação desigual de poder nestes casais, com submissão à vontade do parceiro, inclusive com numerosas gestações de ocorrência desejada para atender a um desejo do companheiro.

Complicações da gravidez e parto são a principal causa de morte em mulheres entre 15 e 19 anos nos países mais pobres, ocasionando a morte de aproximadamente 70.000 mães adolescentes por ano. As mais jovens (14 anos ou menos) apresentam os maiores riscos. Em países muito pobres, como Bangladesh, os índices de mortalidade materna chegam a ser cinco vezes maiores neste grupo do que em adultas jovens. Nestes países, que podem ser considerados de alto-risco, mais de uma adolescente entre 15 e 19 anos dá à luz em cada ano, e cerca de um em sete destes bebês morrerá antes de completar um ano (16).

Segundo o Relatório do Centro de Investigação Innocenti do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)- 2006, Portugal é um dos países com mais alta taxa de gravidez na adolescência. Na Europa, apenas a Inglaterra e a Hungria apresentam resultados piores do que os portugueses (17).

As taxas de nascimentos a cada 1.00 mulheres entre 15 e 19 anos podem ser vistas nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Taxa de nascimentos na Europa em 2006 (17)

| País | Taxa de nascimentos* | Taxa de abortos* | % de mães adolescentes casadas |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| <u>Suíça</u> | 5.5 | (não disponível) | 61% |
| <u>Suécia</u> | 6.5 | 17.7 | 18% |
| <u>Itália</u> | 6.6 | 6.7 | 55% |
| <u>Espanha</u> | 7.9 | 4.9 | 40% |
| <u>França</u> | 9.3 | 13.2 | 15% |
| <u>Bélgica</u> | 9.9 | 5.2 | 42% |
| <u>Alemanha</u> | 13.1 | 5.3 | 39% |
| <u>República Tcheca</u> | 16.4 | 12.4 | 47% |
| <u>Portugal</u> | 21.1 | (não disponível) | 45% |
| <u>Hungria</u> | 26.5 | 30.2 | 36% |
| <u>Reino Unido</u> | 30.8 | 21.3 | 10% |

Taxa de nascimentos a cada 1000 mulheres entre 15 e 19 anos de idade.

Tabela 2. Taxa de nascimentos nas Américas em 2006 (17)

| País | Taxa de nascimentos* | País | Taxa de nascimentos* |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <u>Argentina</u> | 61 | <u>Guatemala</u> | 111 |
| <u>Barbados</u> | 43 | <u>Haiti</u> | 64 |
| <u>Bolívia</u> | 81 | <u>Jamaica</u> | 79 |
| <u>Brasil</u> | 73 | <u>México</u> | 64 |
| <u>Canadá</u> | 16 | <u>Nicarágua</u> | 135 |
| <u>Chile</u> | 44 | <u>Panamá</u> | 89 |
| <u>Colômbia</u> | 80 | <u>Paraguai</u> | 75 |
| <u>Costa Rica</u> | 78 | <u>Peru</u> | 55 |
| <u>Cuba</u> | 65 | <u>Porto Rico</u> | 63 |
| <u>Equador</u> | 66 | <u>República Dominicana</u> | 93 |
| <u>Estados Unidos da América</u> | 53 | <u>Trinidad e Tobago</u> | 36 |

Taxa de nascimentos a cada 1000 mulheres entre 15 e 19 anos de idade.

3.2 Características e Repercussões da Gravidez na Adolescência

É fato notável que a ocorrência de gestação na adolescência, além de interromper um processo de experimentação e maturação psicológica da jovem, compromete na grande maioria dos casos a conclusão da escola e as perspectivas de formação profissional adequada (18). Entre os fatores predisponentes a uma gravidez na adolescência está a antecipação da iniciação sexual em jovens, observada em nosso meio (19).

Comunidades onde há precárias condições de vida tendem a apresentar grande ocorrência de gestações na adolescência. Isto reproduz um modelo de pobreza que inclui participação de parentes respondendo pelos cuidados com a prole, as pessoas responsáveis, quase todas do sexo feminino, como únicas e precárias provedoras do sustento, apresentando alta freqüência de analfabetismo e baixa escolaridade. A grande vulnerabilidade social leva à iniciação sexual precoce sem proteção e a muitas mudanças das atividades após a gestação, entre elas o afastamento da escola e a necessidade de assumir responsabilidades de mãe e cuidadora tão precocemente. Surpreendentemente, entre estas adolescentes a gravidez freqüentemente não é observada como um problema, o que reforça a importância de estabelecer estratégias de prevenção que considerem a realidade local (20).

A ocorrência de gravidez na adolescência tem repercussões relevantes também para a saúde destas jovens e de seus filhos. Eure, Linsay e Graves (21) em estudo retrospectivo realizado nos Estados Unidos da América e abrangendo mais de 26 mil gestantes, observaram que as adolescentes tinham chance significativamente maior de: serem solteiras, apresentarem doenças sexualmente-transmissíveis, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, parto pré-termo e recém-nascidos de baixo peso. O risco relativo para eclâmpsia foi de 2,23. Treffers (22) acrescenta aos problemas citados, um risco maior de anemia durante a gestação e a elevada morbimortalidade dos recém-nascidos. Ambos os estudos verificam que quanto menor for a idade da mãe, maiores serão estes riscos, especialmente para a prematuridade. Assim, na adolescência, há prognóstico gestacional desfavorável.

Na Austrália, as gestantes adolescentes apresentam maior probabilidade de ocorrência de: número reduzido de consultas pré-natais, prematuridade, recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal (14).

No Brasil, há trabalhos com resultados semelhantes. Gama *et al.* (23) investigaram a influência da idade materna sobre o risco de baixo peso ao nascimento no município do Rio de Janeiro. Entre as adolescentes, houve índices significativamente maiores de recém-nascidos de baixo peso, quando comparadas a controles com idade entre 20 e 24 anos. As adolescentes apresentaram também menor número de consultas pré-natais e maiores índices de não comparecimento a elas. Resultados análogos são descritos por Costa *et al.* (24) em Feira de Santana - Bahia. As mães adolescentes apresentaram maior frequência de pré-natal inadequado e recém-nascidos de baixo peso em relação às mães com idade entre 20 e 24 anos. Lins *et al.* (25) descrevem associação de pré-eclâmpsia, anemia, infecções urinárias e prematuridade, e gravidez na adolescência na cidade de João Pessoa. O percentual de prematuridade geral foi de 16,9%, e para mães entre 14 e 15 anos foi de 28,5%. A gravidez na adolescência, portanto, está associada não somente a desvantagens sociais, mas também a resultados perinatais relativamente pobres.

Observando uma população da periferia em São Paulo, Chalem *et al.* (26) constataram que, entre as gestantes adolescentes, 67,3% estavam afastadas da escola. Entre as repercussões para os recém-nascidos, figuravam índices elevados de prematuridade e baixo-peso ao nascer. Incidência aumentada de partos pré-termo entre as mães adolescentes também foi observada por Jolly *et al.* na Inglaterra. Neste mesmo estudo, no entanto, as adolescentes apresentavam maior percentual de partos vaginais do que as adultas.

Ao compararem mais de 3.500 puérperas de 24 a 34 anos com história anterior de gestação na adolescência ou não, em hospitais públicos do Rio de Janeiro, Gama, Szwarcwald e Leal (27) observaram entre aquelas com história de gestação na adolescência: menor nível de instrução, maior frequência de uso de fumo e drogas ilícitas durante a gestação.

As repercussões advindas do fenômeno gestação na adolescência são significativas sob vários aspectos. Uma delas é a alta taxa de evasão escolar. O problema do abandono escolar torna-se mais grave na medida em que diminui ainda mais a possibilidade de inserção social e no mercado de trabalho, já prejudicada neste grupo de jovens (26).

Em 2008, a UNESCO divulgou resultados preliminares de um estudo no Brasil, revelando que 25% das meninas entre 15 e 17 anos que deixam a escola o fazem por causa da gravidez, e mostrando que a maternidade antecipada já é a principal causa de evasão escolar de meninas nesta faixa etária (28).

Hofferth *et al.* (29) realizaram um estudo para testar a hipótese de que, em anos recentes, os efeitos da gestação na adolescência sobre a escolaridade seriam menores do que os anteriormente relatados. Neste estudo, as mães adolescentes completaram em média dois anos de escola a menos do que as que engravidaram aos 30 anos ou após. Além disso, concluíram com menor frequência o segundo grau e sua escolaridade pós-secundária foi também menor. A conclusão é que, embora em geral mais mulheres agora completem o segundo grau, persiste a desvantagem de quem engravidou na adolescência. Dada a importância atual da escolaridade, as gestantes adolescentes têm pelo menos a mesma desvantagem que tiveram as de gerações passadas.

Amazarray *et al.* (30) analisaram a experiência de assumir a gestação na adolescência, entrevistando gestantes que participaram de um programa de assistência pré-natal. Observaram que elas haviam optado por assumir a maternidade, mas que esta escolha havia alterado o curso de suas vidas, causando dificuldades profissionais, escolares, afetivas e sociais. Houve melhora da auto-estima, mas mantiveram-se as mesmas relações de dependência em relação a seus familiares. Com relação ao parceiro, o padrão encontrado não se caracterizou por relações de intimidade plena. Faltaram relações de confiança (diálogo e respeito mútuo), havendo muitas vezes descaso e desconhecimento por parte de seus namorados.

As características dos parceiros das gestantes adolescentes foram investigadas por Abeche *et al.* (31) em Porto Alegre-RS. Eles tinham média de idade de 20 anos e apresentavam, em média, 4,4 anos a mais do que as gestantes.

Apenas 25,2 % permaneciam estudando e 71,2 % já estavam inseridos no mercado de trabalho. Os autores concluem que, também para os parceiros, o projeto de vida não inclui a qualificação através da educação, abreviando-se o ingresso na vida adulta e as responsabilidades com o próprio sustento e o da família.

Dias e Aquino (32), em um estudo multicêntrico, constataram que os jovens pais e mães apresentam baixa escolaridade e inserção mais precoce no mercado de trabalho. A família de ambos permanece como a fonte de apoio material, independentemente do segmento social e da situação de união estável ou não. Mesmo nos dias de hoje, ainda se perpetua a idéia de que a mulher deve cuidar do filho, e o homem deve fazer o papel de provedor material. Desta forma, a chegada de um filho parece motivar a união de casais, principalmente ao se analisar adolescentes masculinos, cuja estabilidade conjugal freqüentemente se vincula a chegada de um filho, bem como o abandono escolar e a entrada precoce no mercado de trabalho (31,32).

Di Clemente *et al.* (33) observaram que adolescentes com parceiro mais velho em 2 ou mais anos apresentam risco significativamente maior para não uso de condom ou uso irregular. As gestantes adolescentes com parceiros mais velhos deveriam merecer atenção especial no sentido da prevenção das DST. Existem evidências de que a gestante adolescente e seu parceiro tenham índices baixos de utilização regular de preservativo. Crosby *et al.* (34), estudando 522 afro-americanas em clínicas e escolas observaram que as gestantes adolescentes tem menores percentuais de uso de preservativo do que as adolescentes não-grávidas. Nesta amostra, os resultados de testes para DST e os relatos de DST foram semelhantes em ambos os grupos.

Estudos demonstraram que no grupo de puérperas adolescentes de faixa etária mais precoce, observavam-se também piores condições sócio-econômicas e ausência de uniões estáveis. (32,35)

Em adolescentes norte-americanas de 13 a 18 anos foi observada associação entre sentimentos positivos em relação à gravidez e: percepção de um desejo de gravidez por parte do parceiro, expectativas futuras limitadas e afastamento da escola (36).

Nem todos os estudos, no entanto, demonstram boa resposta das adolescentes à vivência de uma gestação. Gigante *et al.* (37) analisaram os níveis de estresse geral e devido à gestação e complicações pós-parto entre dois grupos de adolescentes gestantes, casadas e solteiras. Para se avaliar o estresse percebido por elas, usou-se como comparação um grupo de adolescentes que nunca estiveram grávidas. Os resultados mostraram que houve diferença significativa no nível de estresse auto-referido entre os grupos de adolescentes mães e das que nunca engravidaram, sendo menor no segundo grupo. Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos de gestantes casadas e solteiras, demonstrando que, independentemente do estado conjugal, a gravidez na adolescência é um fator de estresse para essa faixa etária. Observando mães adolescentes e as comparando com outras jovens da mesma idade no Lesoto, Yako (38) constatou que as primeiras reconheciam claramente, na gravidez, um evento que acrescentara stress às suas vidas.

3.3 A Gravidez na Adolescência no Brasil

No Brasil, em 2005, a prevalência de mães adolescentes foi de 21,8 % do total de partos e no Rio grande do Sul, de 18,7 %. Estes são números muito elevados, ainda que comparados a outros países do próprio continente. Segundo o Instituto Nacional de Estatística-Chile (INE) a gravidez em menores de 19 anos representa cerca de 15 % do total de gestações no Chile. Os estudos deste instituto elencam os fatores que se relacionam com a gravidez na adolescência nesta população: carências afetivas, baixa auto-estima, pobreza, entre outros (39,40).

Dados da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e do Ministério da Saúde mostram que a gravidez adolescência e as dificuldades dela decorrentes já são a terceira causa de óbitos entre as mulheres jovens do Brasil, perdendo apenas para homicídios e acidentes de transporte (28).

No Rio grande do Sul, o percentual de mães adolescentes foi crescente nos anos 90, mas vem diminuindo lentamente desde 2001 (figura 1 e tabela 3).

Figura 1. Percentual de mães com até 19 anos no Rio Grande do Sul, de 1992 a 2006 (41)

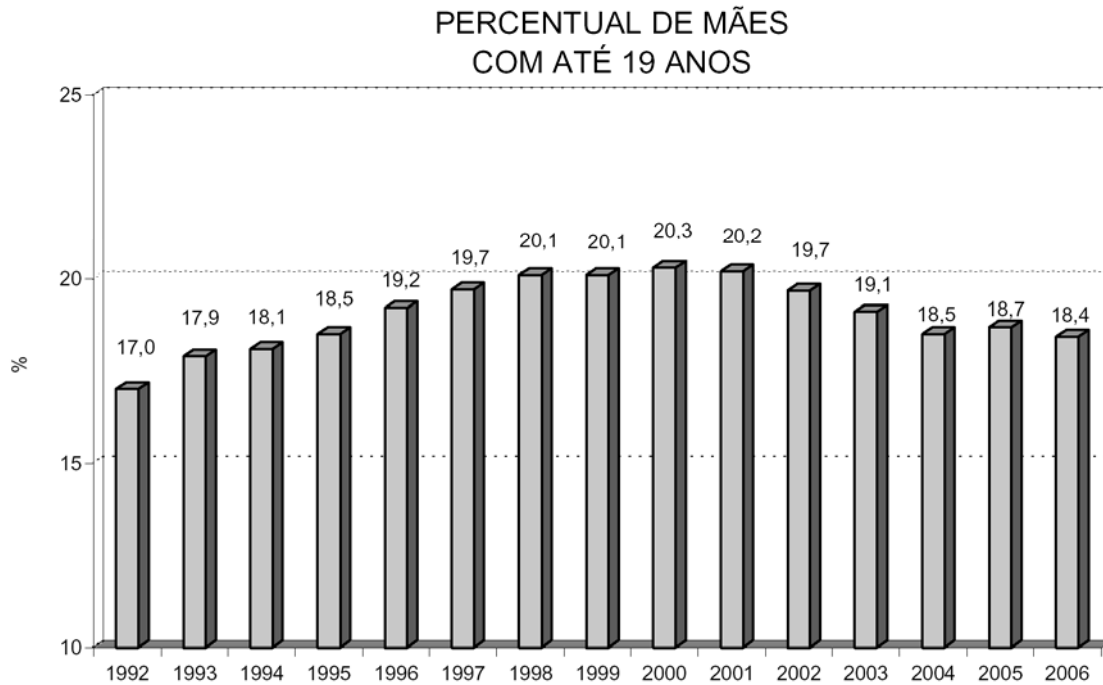


Tabela 3. Idade média das mães no Rio Grande do Sul, de 1995 a 2006 (41)

| Âno | Idade em anos |
|------|---------------|
| 1995 | 26,64 |
| 1996 | 26,61 |
| 1997 | 26,61 |
| 1998 | 26,00 |
| 1999 | 25,98 |
| 2000 | 26,03 |
| 2001 | 26,61 |
| 2002 | 26,62 |
| 2003 | 26,67 |
| 2004 | 26,75 |
| 2005 | 26,74 |
| 2006 | 26,80 |

O percentual de mães adolescentes também decresceu entre 2000 e 2007 em Porto Alegre-RS. Segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos

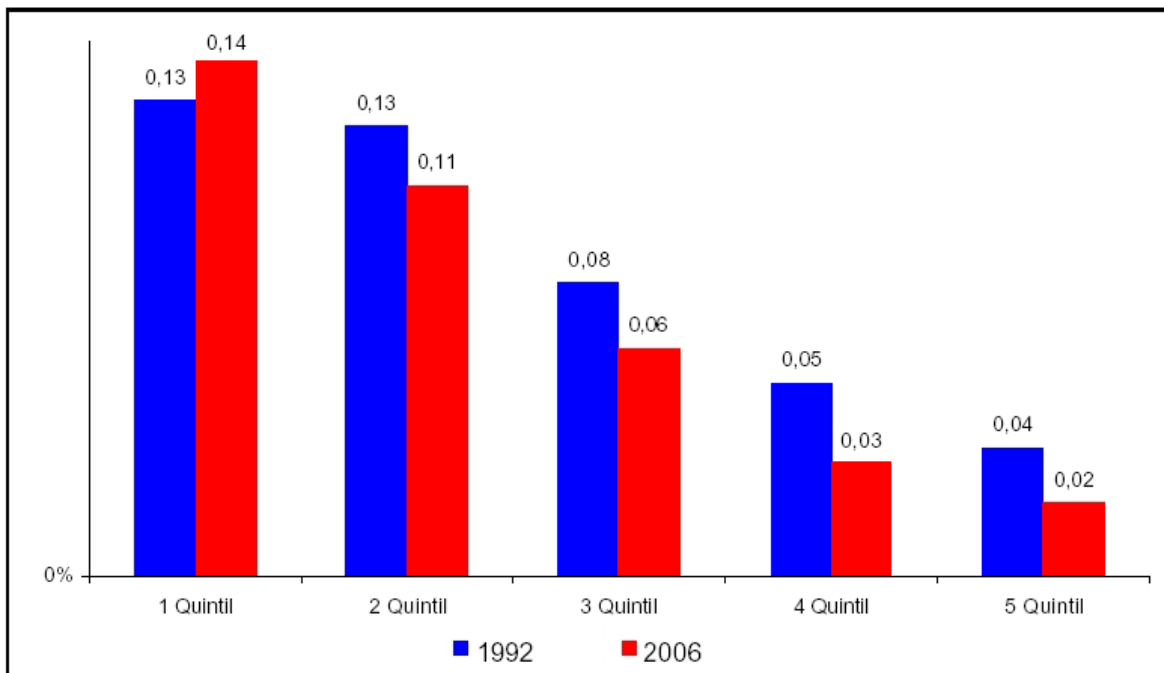
Vivos (SINASC), o percentual de mães menores de 20 anos foi de 19,1% em 2000 e 16% em 2007 (tabela 4).

Tabela 4. Série histórica da distribuição dos nascidos vivos residentes no município segundo a idade materna – Porto Alegre-RS – 1997-2002 (42)

| Idade da mãe | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| de 10 a 17 anos | 2.286 | 2.205 | 2.326 | 2.285 | 1.976 | 1.723 | 1.719 | 1.602 | 1.611 | 1.591 | 1.356 |
| de 18 a 34 anos | 18.092 | 17.648 | 17.964 | 17.692 | 15.736 | 15.175 | 14.500 | 14.836 | 14.414 | 13.926 | 13.632 |
| de 35 a 53 anos | 3.307 | 3.318 | 3.547 | 3.521 | 3.143 | 3.121 | 2.966 | 3.067 | 2.905 | 2.864 | 2.821 |
| ignorada | 17 | 6 | 6 | 5 | 0 | 3 | 6 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| ajuste | 15 | 16 | 11 | 15 | 10 | 9 | 6 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 23.717 | 23.193 | 23.854 | 23.518 | 20.865 | 20.031 | 19.197 | 19.529 | 18.930 | 18.383 | 17.809 |

No Brasil, a taxa de fecundidade entre adolescentes vem decrescendo como um todo. No entanto, nas camadas sociais mais humildes estes índices são ainda crescentes (figura 2).

Figura 2. Taxa de Fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos por quintil de renda – Brasil, 1992 e 2006 - do quinto mais pobre ao mais rico (1)



Fonte: IBGE/PNAD de 1992 e 2006. Elaboração IPEA.

3.4 Dificuldades na Prevenção: Intencionalidade e Idealizações

Um dos fatores que dificultam a prevenção da gravidez na adolescência é que, paradoxalmente, muitos adolescentes parecem ter uma visão favorável da paternidade e maternidade. Perrin, Dindial e Eaton (43) entrevistaram 548 rapazes e 624 moças, todos estudantes com idade média de 13,2 anos nos Estados Unidos da América. 225 relataram ter um parceiro com o qual gostariam de ter um filho; 946 diziam que não. Entre os que respondiam sim, observaram-se: pior desempenho escolar, índices de auto-estima mais baixos e maiores escores de passividade. Os autores concluem que seria fundamental em programas de atenção ao adolescente, utilizar técnicas de valorização e melhora da auto-estima, ensinar métodos para superar a passividade, aumentar a autoconfiança e adquirir metas a serem atingidas nas suas vidas antes de uma gravidez.

Unger, Molina e Teran (44) estudando a percepção das conseqüências de uma gravidez a 584 moças norte-americanas, estudantes, com idade média de 15,8 anos observaram uma associação de percepção de conseqüências positivas com: vida sexual ativa, atividade sexual sem proteção, baixos níveis de desempenho escolar, desejo de ter muitos filhos. Sugerindo que se deva trabalhar estas expectativas ilusórias nestas jovens, abrindo-lhes outras perspectivas de suprirem suas necessidades emocionais.

Muitos adolescentes têm crenças idealistas e não realistas a respeito das conseqüências mais prováveis de uma gravidez, da paternidade e da maternidade. Isto tem relação importante com a etiologia da gravidez na adolescência. Aplicando um questionário a 1546 adolescentes australianos foi observado que quase um terço deles exibiam crenças idealizadas, superestimando aspectos positivos e subestimando os negativos (45). Os meninos tiveram níveis maiores de idealização.

Em adolescentes norte-americanas de 13 a 18 anos foi observada associação entre sentimentos positivos em relação à gravidez e: percepção de um desejo de gravidez por parte do parceiro, expectativas futuras limitadas e afastamento da escola (36).

Entre as adolescentes que expressam o desejo de não engravidarem precocemente, observa-se melhores sentimentos relacionados à auto-estima e a

visão de que uma gravidez neste período poderia interferir em planos que possuem para a sua vida (46).

A decisão de ter ou não uma relação sem o uso de método anticoncepcional nem sempre é uma atitude lógica, baseada num planejamento. Em toda a sexualidade há o fator da impulsividade, e isto é também evidente na adolescência, onde muitas vezes se observa decisões paradoxais quanto à reprodução. (47)

Pantoja (48) afirma que há uma tendência a subestimar a complexidade do fenômeno da gestação na adolescência ao se interpretar apenas os fatores causais. Apesar da desvantagem social das adolescentes ser um fator de associação bem estabelecido, a maternidade, nesse contexto, pode tornar-se uma alternativa de vida para essas jovens.

Investigando estes aspectos, de la Cuesta (49) realizou estudo qualitativo com 21 gestantes na Colômbia. Constatou que estas gestações ocorreram num clima genuinamente romântico. Estas idéias de amor romântico e regras culturais de gênero foram influências poderosas para a ocorrência de uma gravidez não conscientemente desejada.

Dias e Gomes (50) chamam a atenção para a ambigüidade na tomada de decisões que envolvem comportamento sexual nas meninas que acabam por engravidar na adolescência. Crosby *et al.* (34) em seu estudo com adolescentes afro-americanas sexualmente-ativas, não grávidas, verificaram que a ambivalência a respeito de gravidez leva a um menor uso de métodos contraceptivos em geral e de preservativo.

O conhecimento das características do relacionamento do casal e da aceitação da gravidez pode contribuir para a compreensão do problema. Abeche *et al.* (18), avaliando 309 gestantes em Porto Alegre-RS, observaram que o tempo de namoro do casal, prévio à concepção, era superior a 6 meses em 87,9% e mais da metade das pacientes morava com seu companheiro. A gestação foi planejada em 22% dos casos. A notícia da gravidez foi bem recebida pela paciente em 71,5% dos casos; e pelos companheiros, em 78,1%. Concluem que a gravidez na adolescência não corresponde ao estereótipo da relação inseqüente, resultando numa gravidez rejeitada pelo casal. A gestação na adolescência não é invariavelmente fruto de falha na contracepção ou falta de orientação anticoncepcional. Há um

número expressivo de gestações planejadas, e ainda maior de gestações que são acolhidas como uma boa notícia pela adolescente e seu companheiro.

A falta de resposta aos programas de prevenção à gravidez na adolescência faz refletir sobre a complexidade do problema. Entrevistando 135 puérperas adolescentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 1991 e 1992, constatou-se que em 41,5% das entrevistadas a gestação havia sido planejada (51). Para muitos pode ser difícil compreender como mulheres tão jovens, muitas vezes apenas saídas da infância, podem desejar uma gravidez. Para jovens com escassos horizontes de realização na escola ou no mercado de trabalho e com expectativas de mudanças em suas vidas relacionadas à gravidez, a gestação pode representar um momento de elevação da auto-estima e, sob sua própria ótica, de realização pessoal (52). Portanto, não é de estranhar que campanhas com uma visão limitada do problema, limitando-o à falta de orientação anticoncepcional, tenham resultados inexpressivos.

Um estudo descritivo de Burke e Liston (3) sugere que a gravidez pode ser percebida tanto como uma experiência positiva quanto como uma experiência negativa por adolescentes. A gravidez é um desafio no desenvolvimento das adolescentes e, portanto, proporciona a oportunidade para crescimento nas áreas de responsabilidade e restrições. Há vários estudos qualitativos realizados em pequenos grupos de gestantes adolescentes. Estes estudos mostram que as adolescentes não têm uma visão universalmente desfavorável sobre gravidez e maternidade na adolescência. Elas consideram a maternidade na adolescência como um acontecimento que as desafia positivamente, uma experiência transformadora no sentido positivo (53).

A visão que adolescentes do sexo masculino e feminino têm a respeito de uma gravidez na adolescência pode ser muito diferente da visão que tenha um profissional da saúde. Quando tratamos de populações mais humildes, esta diferença pode ser ainda mais notável. Foi o que observou Carvalho (54), entrevistando jovens de uma favela de São Paulo. Eles não encaravam a gravidez na sua idade como um problema social ou de saúde. Para eles, ela correspondia a um desejo de ser mais visível e ativo na vida social de sua comunidade.

Parece claro que um número significativo de adolescentes vê a possibilidade de uma gravidez com bons olhos. Há muitas maneiras de se considerar este

fenômeno, uma delas é a perspectiva evolutiva, pois uma gravidez precoce seria interessante para a reprodução da espécie, especialmente num ambiente adverso (55). Montgomery (56) investigou as causas de gravidez na adolescência planejada em Michigan-USA. Ouvindo estas gestantes, estabeleceu os motivos mais freqüentes relatados por elas: a) o desejo de sentir-se mais adulta, mais independente e madura; b) uma longa história do desejo de ser mãe e vivenciar a maternidade; c) o sentimento de nunca ter tido algo somente seu e o desejo de ter alguém para cuidar e amar; d) a gravidez seria o próximo degrau em sua trajetória de vida e em sua relação com o companheiro.

A perspectiva que uma gestante adolescente tem de sua situação e das causas que a levaram a ser mãe precocemente, ainda que tenha particularidades próprias locais, parece apontar para algumas características universais. Wahn, Nissen e Ahlberg (57), entrevistando gestantes adolescentes na Suécia, observaram que elas freqüentemente tinham modelo familiar de gestações precoces, e viam entre as causas de sua gravidez a falta de oportunidades na sua vida e ambivalência quanto decisões ligadas à sexualidade e à anticoncepção. São palavras que muitos pesquisadores têm ouvido das gestantes adolescentes em países de cultura, desenvolvimento e situação sócio-econômica completamente diversos.

É necessário, portanto, um instrumento sensível a perdas e ganhos subjetivos para podermos compreender em detalhes o ponto de vista dos adolescentes que se tornam pais e mães tão precocemente. Este conhecimento seria essencial para estratégias de assistência e prevenção da gravidez na adolescência. Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida preenchem estes requisitos.

3.5 Os Instrumentos para Avaliação da Percepção de Qualidade de Vida

A tradicional e estreita definição de saúde (em termos de mortalidade e morbidez grave) tem sido substituída por uma definição mais abrangente que englobe bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença (58). Qualidade de vida foi definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (6). A introdução do

conceito de percepção de qualidade de vida trouxe a possibilidade de medirmos o impacto de situações de vida ou condições de saúde, ampliando os desfechos para além da sintomatologia ou morbidez. Ele avalia os desfechos do ponto de vista dos pacientes, considerados os mais aptos a avaliarem subjetivamente a experiência que estão vivendo e suas implicações, com relação às diversas áreas de sua vida (59).

O SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey) é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão, não sendo excessivamente extenso. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado de saúde. É um questionário auto-aplicável que previamente tem sido utilizado com sucesso a pessoas a partir dos 14 anos de idade (4,60) e sua versão para a língua portuguesa encontra-se validada (5).

O WHOQOL-bref é a versão abreviada do WHOQOL-100 e consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais, e meio ambiente. É uma alternativa útil, principalmente quando se utilizam concomitantemente outros instrumentos de avaliação. No trabalho de Fleck *et al* (6), utilizando a versão em português, o WHOQOL-BREF apresentou boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste, utilizando uma amostra heterogênea de pacientes com diferentes doenças e tratados tanto em regime ambulatorial como hospitalar. Concluem que o WHOQOL-bref alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso o que lhe coloca como uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe a avaliar qualidade de vida no Brasil (6).

Huang *et al.*(61) demonstraram, ao analisar uma amostra de 11440 sujeitos em Taiwan, que os instrumentos SF-36 e WHOQOL-bref não investigam áreas da percepção de qualidade de vida superponíveis. Utilizando análises de correlação,

concluíram que o SF-36 teve maior capacidade de aferir desfechos clínicos e de diferenciar estados de saúde, enquanto o WHOQOL-bref foi mais hábil em detectar variações na percepção de qualidade de vida global, relacionamento social e meio ambiente. A utilização dos dois instrumentos em associação pode propiciar uma visão mais abrangente da percepção dos pacientes.

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida têm ainda o mérito de serem aplicáveis a populações com características e particularidades diversas, mesmo em circunstâncias muito particulares. São aplicáveis a adolescentes, gestantes e puérperas (62,63,64). Ciconelli *et al.* (5) validaram o SF-36 para o português em amostra de pacientes com artrite reumatóide. Fleck *et al.* (6) validaram o WHOQOL-bref para o português numa amostra de pacientes ambulatoriais e internados, incluindo pacientes cirúrgicos e psiquiátricos. Os instrumentos mostraram-se muito efetivos, sendo testados em mais de 4.800 pessoas de 14 países, em diversos estágios de desenvolvimento, e 12 línguas. Os questionários mostraram-se sempre válidos, mas os achados em cada população são reveladores da sua própria perspectiva em relação a uma dada situação (65).

3.6 Percepção da Qualidade de Vida em Gestantes Adolescentes

A gravidez na adolescência tem conseqüências sociais e econômicas para a mãe e seu filho que são quase universalmente vistas como negativas. No entanto, pouco se sabe sobre o efeito da maternidade sobre a percepção da qualidade de vida nestas jovens. Há poucas publicações sobre o efeito da gravidez no status funcional da saúde, e encontramos na literatura apenas dois estudos norte-americanos sobre avaliação da qualidade de vida em gestantes adolescentes (7,60). O período pós-parto (puerpério) tem sido objeto de estudos de avaliação de qualidade de vida para fadiga e outros sintomas físicos e psicológicos (66). Da Costa *et al.* (67) utilizaram o SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey) em 78 mulheres no período pós-parto, correlacionando depressão com escores desfavoráveis de avaliação da saúde física.

Wrennick *et al.* (60) comparando gestantes adolescentes e adultas com relação à percepção de qualidade de vida, utilizando o SF-36, não encontraram diferenças significativas. Concluem que o pensamento tradicional de que a gestação e maternidade na adolescência têm sempre conseqüências sociais e econômicas negativas não coincide com as percepções das próprias adolescentes. Esta informação é muito relevante para profissionais de saúde que trabalham com adolescentes e com planejamento familiar. Os argumentos tradicionais utilizados no aconselhamento de jovens, visando à prevenção da gestação na adolescência, podem não ser efetivos se elas mesmas não perceberem que a maternidade poderá ter conseqüências negativas em sua qualidade de vida.

Drescher *et al.* (7) confirmaram que a percepção de qualidade de vida não é invariavelmente má nas gestantes adolescentes, quando comparado a um grupo controle histórico de adolescentes não-grávidas, com diferenças virtualmente nulas nos escores para saúde geral, dor e componentes sociais. Parece haver pequena mudança na qualidade de vida percebida por adolescentes grávidas. Percebem, no entanto, que o número pequeno de sua amostra de gestantes adolescentes – 42 indivíduos – e um grupo controle histórico, possam ter prejudicado a precisão dos achados. Sugerem estudos onde se inclua uma comparação com grupo de gestantes adultas.

Achados de estudos norte-americanos, no entanto, não podem ser diretamente aplicados à nossa população de adolescentes, com características culturais e sócio-econômicas tão distintas.

3.7 Possibilidades de Intervenções eficazes

Estratégias governamentais para a prevenção da gravidez na adolescência têm apresentado resultados decepcionantes, principalmente em regiões de pobres condições sócio-econômicas (68). A auto-estima é notadamente um fator importante quando se analisa o modo como os adolescentes conduzem sua vida sexual, se com responsabilidade ou não (8, 69).

Sabroza *et al.* (35) verificaram que a situação conjugal é capaz de influenciar no modo como a gestação é percebida pela adolescente e por sua família, alterando

padrões de relacionamento e, conseqüentemente, afetando o resultado gestacional. O estudo desses pesquisadores revelou que a resposta negativa sobre se a gravidez foi desejada ocorreu principalmente entre as adolescentes que não mantinham uma união consensual com o pai da criança, estando associada também a reação negativa do pai do bebê e da família. Pode-se, a partir dessa constatação, ter o entendimento da importância de se atender não apenas a gestante adolescente, mas a família como um todo. O profissional deve estar preparado para incluir, sempre que possível, o pai do bebê na assistência pré-natal, incentivando o contato com a gestante e o bebê, mostrando a ele a responsabilidade e a magnitude do seu papel de pai.

Educadores, pais e profissionais da saúde têm a responsabilidade de oferecerem aos adolescentes uma orientação clara a respeito da sexualidade, incluindo a prevenção de uma gravidez indesejada. A mídia oferece mensagens pouco claras e ambivalentes com relação às responsabilidades diante do comportamento sexual. A ausência de projetos e objetivos a longo-prazo, a pressão dos colegas, e pensamentos idealizados a respeito de uma maternidade ou paternidade precoces, parecem favorecer a ocorrência de uma gestação na adolescência. Sua prevenção só será possível com uma estratégia ampla que envolva educação dos pais para que eles possam educar seus filhos adequadamente em relação à sexualidade, e bom atendimento médico do adolescente, abordando precocemente temas como iniciação sexual, contracepção e dúvidas relacionadas à sexualidade (70).

A gravidez na adolescência permanece sendo um problema de saúde pública. Embora em nosso país a taxa de fecundidade em adolescentes esteja se reduzindo como um todo, ela ainda cresce na classe social menos favorecida, justamente para quem ela é mais problemática. Muitos estudos mostram associação entre mau desempenho ou abandono escolar, falta de aspirações, baixo status sócio-econômico, falta de uma boa estrutura familiar e de cuidado paterno e materno, com iniciação sexual precoce e gravidez na adolescência. Tendo em vista estas constatações, parece haver duas possibilidades de trabalhar com esta questão: primeira, um projeto comunitário para aumentar as oportunidades destas jovens em termos de realização pessoal e profissional, neste caso incluindo a orientação

anticoncepcional; segunda, desenvolvermos um claro entendimento da intenção de gerar de algumas jovens e, para este grupo, assegurarmos serviços de atendimento apropriados que garantam as melhores perspectivas para elas e para seus filhos.

(71)

4. JUSTIFICATIVA

Os instrumentos para avaliação da percepção de qualidade de vida avaliam os desfechos do ponto de vista dos pacientes, considerados os mais aptos a avaliarem subjetivamente a experiência que estão vivendo e suas implicações, com relação às diversas áreas de sua vida.

É importante observar as repercussões na qualidade de vida em cada população. Cada sociedade tem suas próprias crenças, atitudes, costumes, comportamentos e hábitos sociais. Essas características dão às pessoas uma orientação de quem são, como devem comportar-se e o que devem ou não fazer. Um estudo de avaliação da percepção de qualidade de vida em puérperas adolescentes comparado a um grupo de pacientes adultas nas mesmas condições poderia atender a estas exigências, revelando as percepções próprias das adolescentes, positivas e negativas, ao final do ciclo gestacional, e as particularidades de nossa própria população.

Termos um conhecimento preciso de como as adolescentes percebem sua qualidade de vida neste período nos ajudaria a entendê-las e estabelecermos um planejamento para o acompanhamento e assistência das gestantes adolescentes, bem como para a prevenção da gravidez não desejada na adolescência.

A multiparidade entre adolescentes não é infreqüente. Lima, Kobata e Silvestrini (72) relataram que, entre 638 gestantes adolescentes atendidas em hospitais de São Paulo, cerca de 20% eram múltiparas. Do total de gestantes adolescentes só 2,61% estavam empregadas e, ao mesmo tempo, inseridas em ambiente educacional, o que compromete suas perspectivas de vida. Programas envolvendo orientação anticoncepcional após o primeiro parto de adolescente podem prevenir a multiparidade. A percepção da vulnerabilidade à gravidez estimula o uso de contraceptivos entre as jovens. É o que foi observado por Drayton (2002) em programas da *Women's Centre of Jamaica Foundation*, onde conseguiu-se uma utilização de contraceptivos após o primeiro parto de adolescentes de 94%, contra 86% dos controles, resultado estatisticamente significativo.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Descrever a percepção de qualidade de vida em pacientes adolescentes internadas no setor de Internação Obstétrica (puerpério) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, utilizando dois instrumentos de avaliação traduzidos e validados.

5.1 Objetivos específicos

- Comparar a percepção da qualidade de vida em puérperas adolescentes e adultas, verificando concordâncias e diferenças nos diferentes domínios dos instrumentos aplicados.
- Descrever o perfil sócio-demográfico dos grupos de pacientes adolescentes e adultas que dão à luz no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, investigando fatores que poderiam influenciar a percepção da qualidade de vida destes grupos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.ipea.gov.br>. Consultado em 12 de outubro de 2008.
2. Abeche AM, Capp E. A gestante adolescente e seu parceiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2003; 25:535.
3. Burke PJ, Liston WJ. Adolescent mothers' perception of social support and the impact of parenting on their lives. *Pediatr Nurs* 1994;20:593-9.
4. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-83.
5. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39:143-150.
6. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:178-83.
7. Drescher KM, Monga M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1231-3.
8. Orshan AS. Acculturation, perceived social support, and self-esteem in primigravida Puerto Rican teenagers. *Western Journal of Nursing Research* 1996; 18:460-473.
9. Ventura SJ, Mathews TJ, Hamilton BE. Teenage births in the United States: state trends, 1991-2000, an update. *Natl Vital Stat Rep* 2002; 50:1-4.
10. Kmietowicz Z. US and UK are top in teenage pregnancy rates. *BMJ* 2002; 325:777.
11. Trevor S. Teenage pregnancies are influenced by family structure. *BMJ* 2002; 324:51.
12. McLeod A. Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas. *BMJ* 2001; 323:199-203.

13. Westenberg L, van der Klis KA, Chan A, Dekker G, Keane RJ. Aboriginal teenage pregnancies compared with non-Aboriginal in South Australia 1995-1999. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42:187-92.
14. Van der Klis KA, Westenberg L, Chan A, Dekker G, Keane RJ. Teenage pregnancy: trends, characteristics and outcomes in South Australia and Australia. *Aust N Z J Public Health* 2002; 26:125-31.
15. Jewkes R, Vundule C, Maforah F, Jordaan E. Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. *Soc Sci Med* 2001; 52:733-44.
16. Mayor S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *BMJ* 2004; 328:1152.
17. <http://www.unicef-irc.org>. Consultado em 12 de outubro de 2008.
18. Abeche AM, Maurmann CB, Baptista AL, Capp E. A gestante adolescente e seu parceiro: Características do relacionamento do casal e aceitação da gravidez. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre* 2006; 26:12-17.
19. Carlotto K, Cesar JA, Hackenhaar AA, Ribeiro PR. Reproductive characteristics and utilization of preventive services by childbearing-age women: results of two cross-sectional population-based studies in the far South of Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2054-62.
20. Lima CTB, Feliciano KVO, Carvalho MFS, Souza APP, Menabo JBC, Ramos LS, Cassundé LF, Kovacs MH. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil* 2004; 4:71-83.
21. Eure CR, Lindsay MK, Graves WL. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:918-920.
22. Treffers PE, Olukoya AA, Ferguson BJ, Liljestrand J. Care for adolescent pregnancy and childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 75:111-12.
23. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:74-80.

24. Costa MC, Santos CA, Sobrinho CL, Freitas JO, Ferreira KAS, Silva MA, Paula PLB. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:715-22.
25. Lins RCVG, Medeiros Filho JG, Batista SS, Barbosa MM, Nunesmaia HGS. Avaliação epidemiológica da gestação em adolescentes de João Pessoa - Paraíba - Brasil. *Rev bras cienc saúde* 2001; 5:131-140.
26. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:177-186.
27. Gama SG, Szwarcwald CL, Leal MMC. Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income post-partum women. *Cad Saude Pública* 2002; 18:153-161.
28. <http://www.brasilia.unesco.org>. Consultado em 30 de outubro de 2008.
29. Hoffert SL, Reid L, Mott FL. The effects of early childbearing on schooling over time. *Family Planning Perspectives* 2001; 33:259-267.
30. Amazarray MR, Machado PS, Oliveira VZ, Gomes WB. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 1998; 11: 431-440.
31. Abeche AM; Maurmann CB; Baptista AL; Capp E. Aspectos sócio-econômicos do parceiro da gestante adolescente. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre* 2007; 27:5-9.
32. Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1447-58.
33. Di Clemente RJ, Wingood GM, Crosby RA, Simeonean C, Cobb BK, Harrington K, Davies SL, Hook EW 3rd, Oh MK. Sexual risk behaviors associated with having older sex partners: a study of black adolescent females. *Sex Transm Dis* 2002; 29:20-24.

34. Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM. Adolescents' ambivalence about becoming pregnant predicts infrequent contraceptive use: A prospective analysis of nonpregnant african american females. *Am J Obst Gynecol* 2002; 186:251-252.
35. Sabroza AR, Leal MC, Souza PR, Gama SGN. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999-2001). *Cad Saúde Pública* 2004; 20: S130-S137.
36. Hellerstedt WL, Fee RM, McNeely CA, Sieving RE, Shew ML, Resnick MD. Pregnancy feelings among adolescents awaiting pregnancy results. *Public Health Rep* 2001; 116 Suppl 1: 180-193.
37. Gigante DP, Victora CG, Gonçalves H, Lima RC, Barros FC, Rasmussen KM. Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 16:1–10.
38. Yako EM. A comparative study of adolescents' perceived stress and health outcomes among adolescent mothers and their infants in Lesotho. *Curationis* 2007; 30:15-25.
39. <http://www.ine.cl>. Consultado em 30 de outubro de 2008.
40. Baeza W, Bernardita P, Vasquez P. Identificación de factores de riesgo y factores protectores el embarazo em adolescentes de la novena región. *Rev. chil. obstet. ginecol* 2007; 72:76-81.
41. <http://www.saude.rs.gov.br>. Consultado em 12 de outubro de 2008.
42. <http://www.portoalegre.rs.gov.br>. Consultado em 12 de outubro de 2008.
43. Perrin KM, Dindial K, Eaton D, Harrison V, Matthews T, Henry T. Responses of seventh grade students to "do you have a partner with whom you would like to have a baby?". *Psychol Rep* 2000; 86: 109-118.
44. Unger JB, Molina G B, Teran L. Perceived consequences of teenage childbearing among adolescent girls in an urban sample. *J Adolesc Health* 2000; 26:205-12.
45. Condon JT, Donovan J, Corkindale CJ. Australian adolescents' attitudes and beliefs concerning pregnancy, childbirth and parenthood: the development, psychometric testing and results of a new scale. *J Adolesc* 2001; 24:729-742.

46. Stevens-Simon C, Sheeder J, Beach R, Harter S. Adolescent pregnancy: do expectations affect intentions? *Journal Adol Health* 2006; 37:243.
47. Steven-Simon C, Sheeder J. Paradoxical adolescent reproductive decisions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17:29-33.
48. Pantoja A.L.N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, 2003;19: 115 – 22.
49. De la Cuesta C. Taking love seriously: the context of adolescent pregnancy in Colombia. *J Transcult Nurs* 2001; 12:180-192.
50. Dias ACG, Gomes WB. Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. *Psicol Reflex Crit* 2000; 13:109-25.
51. Cericatto R, Zatti H, Gazzana MB, Abeche AM. Anticoncepção e gravidez na adolescência: fatores associados. *Revista da AMRIGS* 1994; 38: 294-8.
52. Franco J, Rodrigues MG, Dionísio MJ. A Adolescência e a Gravidez - um estudo fenomenológico. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação* 1998; 4 (1) – disponível em <http://www.psiquiatria-cl.org/revista>
53. Spear HJ, Lock S. Qualitative research on adolescent pregnancy: a descriptive review and analysis. *J Pediatr Nurs* 2003;18:397-408.
54. Carvalho JEC How can a child be a mother? Discourse on teenage pregnancy in a Brazilian *favela*. *Culture, Health & Sexuality* 2007; 9:109-120.
55. Quinlivan JA. Teenagers who plan parenthood. *Sexual Health* 2005; 1:201-8.
56. Montgomery KS. Planned adolescent pregnancy: what they wanted. *J Pediatr Health Care* 2002; 16:282-9.
57. Wahn EH, Nissen E, Ahlberg BM. Becoming and Being a teenage mother: how teenage girls in South Western Sweden view their situation. *Health Care Women Int* 2005; 26:591-603.
58. Symon A. A Review of mothers' prenatal and postnatal quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1:38.
59. Wiklund I. Assessment of patient-reported outcomes in clinical trials: the example of health-related Quality of Life. *Fundam Clin Pharmacol* 2004; 18:351-63.

60. Wrennick AW, Schneider KM, Monga M. The effect of parenthood on perceived quality of life in teens. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1465-8.
61. Huang IC, Wu A, Frangakis C. Do the SF-36 and WHOQOL-BREF measure the same constructs? Evidence from Taiwan population. *Quality of Life Research* 2006; 15:15-24.
62. Wilkins AJ, O'Callaghan MJ, Najman JM, Bor W, Williams GM, Shuttlewood G. Early childhood factors influencing health-related quality of life in adolescents at 13 years. *J Pediatr Child Health* 2004; 40:102-9.
63. Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Drane JW. Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of Life Research* 2005; 14:1573-84.
64. Larrabee KD, Monga M, Eriksen N, Helfgott A. Quality of life assessment in pregnant women with the human immunodeficiency virus. *Obstet Gynecol* 1996; 88:1016-20.
65. Saxena S, Carlson D, Billington R. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-bref): the importance of its items for cross-cultural research. *Qual Life Res* 2001; 10:711-21.
66. Symon A, Glazener CM, MacDonald A, Ruta D. Quality of life assessment of postnatal fatigue and other physical morbidity. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003; 24:215-9.
67. Da Costa D, Drista M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Arch Women Ment Health* 2005; 1435:1102.
68. Mahavarkar SH, Madhu CK, Mule VD. A comparative study of teenage pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28:604-7.
69. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:S337-S388.
70. Paluzzi P, Holmes S. Providers, parents and communication: the keys to healthy teens and reducing teen pregnancy rates. *Contraception* 2007; 76:1-3.
71. Milne D e Glasler A. Preventing repeat pregnancy in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008; 20:442-6.

72. Lima MSS, Kobata CM, Silvestrini WS. Perfil de adolescentes grávidas, internadas em dois hospitais públicos. *Folha méd.* 2000; 119:59-65.
73. Drayton VLC. Contraceptive use among Jamaican teenage mothers. *Pan Am J Public Health* 2002; 11:150-7.

7. PRIMEIRO ARTIGO

Perceived quality of life of postpartum teenagers using the WHOQOL-bref

Alberto Mantovani Abeche

Caroline Vieira Pinheiro

Gabriela Mynarski Martins-Costa

Paulo Silva Belmonte de Abreu

Eduardo Pandolfi Passos

Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ramiro Barcelos 2350, Porto Alegre, Brazil.

Abstract

Objective. To describe the perception of quality of life of postpartum teenagers.

Methods. WHOQOL-bref, the short version of the WHOQOL-100, is an instrument that evaluates the subjective perception of quality of life in four domains. Both this questionnaire and an instrument to collect demographic and clinical data were applied to postpartum women in the maternity ward of Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Brazil. Mean scores were compared between postpartum teenagers and adult women.

Results. One hundred and twenty teenagers (mean age: 17.5 years) and 120 adults (mean age 24.8 years) participated in the study. Intended pregnancies were reported by 27.3% of the teenagers and 43.5% of adult women; 63% of the teenagers and 84.8% of the adult women reacted positively when they learned about the pregnancy; a positive reaction from partners was seen in the case of 81.8% of the teenagers and

87% of the adult women. Postpartum teenagers had a higher mean score in the physical domain. Scores in the other domains were not significantly different between the two groups.

Conclusion. There is little difference in perception of quality of life between postpartum teenagers and adult women, except in some physical domains, in which case the perception of teenagers is more positive.

Key words: teenage childbearing, adolescent pregnancy, pregnancy intentions, quality of life

Introduction

In the last decades, teenage pregnancy has become an important public health issue worldwide because of its prevalence and its medical, psychosocial and economic repercussions. The percentage of teenage deliveries in the Brazilian Health System is greater than 21%.

Teenage pregnancy is invariably seen as the result of a failure in contraception or contraceptive counseling. However, a large number of teenage pregnancies are intended, and an even greater number are accepted as good news by the teenager and her partner, particularly when this is the teenager's first partner or when they live together (1). Burke and Liston (2) conducted a descriptive study and suggested that pregnancy may be perceived as either a positive or negative experience by teenagers.

There should be, therefore, an instrument, sensitive to subjective gains and losses, to provide a detailed understanding of the perceptions of teenagers that become mothers and fathers so early in life. Such knowledge is fundamental for the development of strategies for teenage healthcare and pregnancy prevention. Quality of life instruments meet these criteria.

The WHOQOL-bref, a short version of the WHOQOL-100, has both a good psychometric performance and ease of use, which makes it useful for studies to

evaluate quality of life in Brazil, where it was validated using a sample of outpatient and hospitalized patients. (3).

According to Drescher et al. (4), pregnant teenagers' perception of quality of life is not invariably poor when compared with a historic control group of non-pregnant teenagers, and differences were practically nonexistent in scores of general health, bodily pain and social functioning. There seemed to be a minor change in teenagers' perception of quality of life, but the authors admitted that the use of a small number of pregnant teenagers and of a historic control group may have affected the accuracy of their findings. They suggest that studies should include comparisons with groups of adult women.

The effects on the quality of life of each population should be investigated because each society has different beliefs, attitudes, customs, behaviors and social habits, which provide people with indications about where they are, how they should behave, and what they should or should not do (5). An evaluation of the perception of quality of life of postpartum teenagers compared with a group of postpartum adult women responds to these criteria and reveals the positive and negative perceptions of teenagers at the end of gestation, as well as particular characteristics of our own population. These data should be useful in the understanding, management and prevention of teenage pregnancy.

Methods

This cross-sectional observational prospective study enrolled 240 patients: 120 postpartum teenagers and 120 postpartum adult women in the obstetric ward of the Gynecology and Obstetrics Service of Hospital de Clinicas de Porto Alegre from November 2006 to January 2008. The ages of patients in the group of postpartum teenagers ranged from 14 to 19 years, and in the group of postpartum adult women, from 20 to 30 years.

Patients were excluded from the study if they refused to participate, were in isolation, had still births, or were kept separated from their newborn for any other reason.

Study variables

- Age, schooling, marital status (cohabiting or not), pregnancy intention and acceptance.
- Score in instruments to evaluate quality of life.

Instruments

The following instruments were used to collect data:

- (a) An instrument to collect clinical and demographic data.
- (b) The WHOQOL-bref, which is an instrument to evaluate subjective perceptions of quality of life in multiple cultures. It was developed by the WHO together with several countries, which were representative of different cultures in all five continents. It consists of 26 questions that evaluate 4 domains separately: physical, psychological, environment, and social relations. The instrument was translated and validated for use in Portuguese (3). (Table 1)

Statistical analysis

The Student *t* test was used to compare the values of the WHOQOL-bref domains according to demographic and clinical variables.

The level of significance was set at $p < 0.05$. The SPSS software was used to perform statistical analyses.

This study was approved by the Ethics in Research Committee of Hospital de Clinicas de Porto Alegre.

Results

This study included 120 postpartum teenagers (aged 14 to 19 years) and 120 postpartum adult women (aged 20 to 30 years) in a maternity ward. Mean age was 17.5 years for teenagers and 24.8 years for adults. Mean number of schooling years was 7.66 for teenagers and 9.01 for adults; 77% of the patients lived with a partner and 54.5% were studying at the time that they got pregnant. Pregnancy was intended by 27.3% of the teenagers and 43.5% of adult women; 63% of the teenagers and 84.8% of the adult women reacted positively when they learned about their

pregnancy; a positive reaction from partners was seen in the case of 81.8% of the teenagers and 87% of the adult women.

The WHOQOL-bref results are shown in Table II, which compares scores of the two groups. (Table II)

Postpartum teenagers had a higher mean score in the physical domain. Scores in the other domains were not significantly different between the two groups.

The scores of teenagers that had intended pregnancies were greater in the physical (78.7 vs. 73.5; $P < 0.02$), psychological (71.5 vs. 61.4; $P < 0.001$), and environment (65.9 vs. 60.0; $P < 0.01$) domains than the scores of teenagers that did not plan their pregnancies.

Significantly greater mean scores were found in all domains when the patient had a positive reaction when she learned about the pregnancy: physical (77.4 vs. 69.6; $P < 0.002$), psychological (67.9 vs. 56.3; $P < 0.001$), social (77.2 vs. 66.7; $P < 0.003$), environment (63.9 vs. 56.8; $P < 0.001$), and global (82.4 vs. 71.6; $P < 0.001$). When her partner's reaction was positive, greater means were found in the psychological (65.7 vs. 57.4; $P < 0.001$), social (77.2 vs. 60.6; $P < 0.001$), and global (82.4 vs. 73.6; $P < 0.03$) domains.

Teenagers that lived with their partners had greater mean scores in the social domain than the other teenagers (77.7 vs. 68.3; $P < 0.006$). Differences in the other domains were not statistically significant.

Discussion

This is the first study to use the WHOQOL-bref to evaluate quality of life of postpartum teenagers. The analysis of results showed a slight difference in the perception of quality of life of postpartum teenagers when compared with adult women. A significant difference was only found in the mean score of the physical domain, which was greater in the teenage group. This may be explained by the physical conditions of individuals in this phase of life. Unfortunately, no similar studies using this instrument are available for a comparison between groups or populations. Wrennick *et al.* (6) used the SF-36 to evaluate pregnant teenagers and adult women, and found few differences between the two groups. They concluded that the perception of quality of life is not always negative among pregnant teenagers.

Although we used a different instrument, our results confirm their findings. The prevalence of teenage pregnancies in our population was 22%, which brings to attention aspects that affect both teenagers and their families and reinforces traditional arguments used in teenage pregnancy prevention counseling.

Our findings showed a different reality and somehow explained the failure of attempts to prevent teenage pregnancies. Teenagers do not usually have a negative image of pregnancy at an early age, as healthcare providers that work with this group of patients may think. Drescher (4) also found results that support this concept using the SF-36 with groups of pregnant and non-pregnant teenagers. Our study did not include a group of non-pregnant teenagers because we believe that pregnancy is a unique, life-changing experience, and a group of non-pregnant patients might have affected the validity of a comparison of perception of quality of life between people at different phases of life. Some other authors believe that, for a pregnancy to be accepted, it should follow a certain life chronology, which may not correspond to reality, at least not among some individuals or social and cultural groups in our current society.

Burke and Liston (2) conducted a descriptive study and suggested that pregnancy may be perceived as either a positive or negative experience by teenagers. Pregnancy is a challenge for the development of teenagers and, therefore, provides an opportunity for growth in the areas of responsibilities and limitations.

Ximenes Neto *et al.* (7) evaluated 216 pregnant teenagers in Ceara, Brazil, and found that the desire to be a mother was the main reason to become pregnant, and the perception of pregnancy was associated with happiness and personal fulfillment. This may satisfactorily explain why the perception of quality of life of pregnant teenagers is similar to that of adult women. Our study also found similar evidence and a positive effect on scores of several domains when the teenage pregnancy had been intended or well accepted by the patient and her partner when they first learned about it.

According to Lima *et al.* (8), teenage pregnancy is not always perceived as a problem, and this fact should be taken into consideration in prevention programs. Our study helps to explain this phenomenon because, according to Carvalho *et al.* (9),

teenagers do not perceive an early pregnancy as a social or health problem; contrarily, they understand that pregnancy is a consequence of their desire to be visible and active in social life.

Teenage pregnancies undoubtedly have a social cost; it makes teenage girls to leave school, abandon chances of professional qualification and achievement of a minimum socioeconomic status. However, if plans are made for prevention, strategies should take into consideration that campaigns will have little effect if people see the chance of becoming pregnant as something positive.

Teenagers should be seen as a heterogeneous group in which pregnancies will only be prevented if they are able to have other life projects which the desire to be visible and active in social life may focus on broader achievements and may include studies, professional qualification, and the experience of parenthood at a better time in life.

References

1. Abeche AM, Capp E. A gestante adolescente e seu parceiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2003; 25:535.
2. Burke PJ, Liston WJ. Adolescent mothers' perception of social support and the impact of parenting on their lives. *Pediatr Nurs* 1994;20:593-9.
3. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:178-83.
4. Drescher KM, Monga M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1231-3.
5. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39:143-150.
6. Wrennick AW, Schneider KM, Monga M. The effect of parenthood on perceived quality of life in teens. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1465-8.

7. Ximenes Neto FRG, Dias MSA, Rocha J, Cunha ICKO Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescente. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2007; 60:279-85.
8. Lima CTB, Feliciano KVO, Carvalho MFS, Souza APP, Menabo JBC, Ramos LS, Cassundé LF, Kovacs MH. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil* 2004; 4:71-83.
9. Carvalho JEC. How can a child be a mother? Discourse on teenage pregnancy in a Brazilian favela. *Culture, Health & Sexuality*. 2007; 9:109-120.

Table I – WHOQOL-bref Domains

| Domain | Item content |
|----------------------|---|
| Physical health | Activities of daily living, mobility, pain, sleep, work capacity |
| Psychological | Self-esteem, spirituality, memory, positive and negative feelings |
| Social relationships | Personal relationships, social support, sexual activity |
| Environment | Financial resources, freedom, health and social care, transport |

Table II – Comparison between age groups according to WHOQOL-bref domains

| WHOQOL-bref | Age group | | P* |
|---------------|----------------------|-------------------|--------------|
| | teenagers (n=120) | adults (n=120) | |
| | Mean ± SD | Mean ± SD | |
| Physical | 74.8 ± 11.8 | 69.1 ± 15.7 | 0.002 |
| Psychological | 63.9 ± 13.1 | 63.7 ± 15.9 | 0.897 |
| Social | 73.6 ± 18.9 | 73.3 ± 20.6 | 0.913 |
| Environment | 61.5 ± 10.3 | 62.7 ± 12.6 | 0.423 |
| Global | 78.8 ± 13.8 | 76.9 ± 15.2 | 0.318 |

* Student *t* test

8. SEGUNDO ARTIGO

Health-related quality of life of postpartum teenagers using the SF-36

Alberto Mantovani Abeche

Caroline Vieira Pinheiro

Gabriela Mynarski Martins-Costa

Paulo Silva Belmonte de Abreu

Eduardo Pandolfi Passos

Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ramiro Barcelos 2350, Porto Alegre, Brazil.

Abstract

Objective. This study evaluated the health-related quality of life of postpartum teenagers using the SF-36

Methods. The Medical Outcomes Survey (MOS) - Short Form 36 (SF-36) is an instrument that evaluates perceptions of quality of life in eight health scales. The SF-36 and an instrument to collect demographic and clinical data were applied to postpartum women in the maternity ward of Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Brazil. Mean scores were compared between postpartum teenagers and adult women.

Results. One hundred and twenty teenagers (mean age: 17.5 years) and 120 adult patients (mean age: 24.8 years) participated in the study. Intended pregnancies were reported by 27.3% of the teenagers and 43.5% of adult women; 63% of the teenagers and 84.8% of the adult women reacted positively when they learned about the pregnancy; a positive reaction from partners was seen in the cases of 81.8% of the teenagers and 87% of the adult women. Postpartum teenagers had higher mean scores in the following scales of perception of quality of life: physical functioning, role physical, and bodily pain. Scores in the other scales were not significantly different between the two groups.

Conclusion. The perception of health-related quality of life of postpartum teenagers was not more negative than that of adult women, and their scores were higher in some scales. These findings may be useful for healthcare providers that work with pregnant teenagers to develop strategies to prevent early pregnancies.

Key words: teenage childbearing, adolescent pregnancy, pregnancy intentions, quality of life

Introduction

Teenage pregnancy is an issue of great interest in social sciences, public health and education. In Brazil, as well as in other South American countries, rates of teenage pregnancies are high, particularly among populations with a low socioeconomic status (1). Data published by the Brazilian Institute of Research on Applied Economics (Instituto de Pesquisa Economica Aplicada, IPEA-IBGE) compared teenage fecundity rates according to income quintile from 1992 to 2006, and found a decrease in all but the lowest socioeconomic group, in which the rate increased (2).

Prevention of pregnancies at very early ages is a challenge for public health programs. Teenage pregnancy has been associated with school drop-out rates, poor professional qualification, and fewer chances to achieve a favorable economic situation.

The lack of response to teenage pregnancy prevention programs is indicative of the complexity of this problem. Interviews with 135 postpartum teenagers in Hospital de Clinicas de Porto Alegre from 1991 to 1992 revealed that 41.5% had intended pregnancies (3). It may be difficult to understand why such young women, some barely out of childhood, might want to get pregnant. For teenage girls that see limited chances of fulfillment in school or in the work market, and from whom a pregnancy brings change to in their lives, gestation may be a moment of improved self-concept and self-esteem and, according to their own views, of personal fulfillment as well (4). Therefore, it is not unexpected that campaigns have little

success when they sponsor a limited view of the problem and believe it to be the result of poor contraceptive counseling alone.

There should be, therefore, an instrument sensitive to subjective gains and losses to provide a detailed understanding of the perceptions of teenagers that become mothers and fathers so early in life. With the introduction of the health-related quality of life concept, effects of life situations or health conditions can be measured, and outcomes are no longer only symptoms or morbidity. Quality of life provides evaluations of outcomes according to the patients' perspectives, who are those capable of subjectively evaluating the experience that they are living and its implications in several areas in their lives (5).

According to Ciconelli *et al.* (6), the repercussion on the quality of life of each population should be analyzed because social groups have their own beliefs, attitudes, customs, behaviors and social habits, which signal to people where they are, how they should behave, and what they should or should not do. An evaluation of the perceptions of quality of life of postpartum teenagers compared with a group of postpartum adult women may meet these requirements and reveal the positive and negative perceptions of teenagers at the end of gestation, as well as particular characteristics of our population. Accurate knowledge of how teenage girls perceive their quality of life may help us to understand them better, to develop programs to follow up and provide care to pregnant teenagers, and to prevent unwanted pregnancies in adolescence.

Method

This cross-sectional observational prospective study enrolled 240 patients: 120 postpartum teenagers and 120 postpartum adult women in the obstetric ward of the Gynecology and Obstetrics Service of Hospital de Clinicas de Porto Alegre from November 2006 to January 2008. Patients in the group of postpartum teenagers were 14 to 19 years old, and in the group of postpartum adult women, 20 to 30 years.

Patients were excluded from the study if they refused to participate, were in isolation, had still births, or were kept separated from their newborn for any other reason.

Study variables

- Age, schooling, marital status (cohabiting or not), pregnancy intention and acceptance.
- Scores in instruments to evaluate quality of life.

Instruments

The following instruments were used to collect data:

- (a) An instrument to collect clinical and demographic data.
- b) The Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), which is composed of 36 items divided into eight scales that assess the following general health concepts: physical functioning, role limitations due to physical health problems (role physical), bodily pain, general health perceptions, vitality, social functioning, role limitations due to emotional problems (role emotional), and mental health. It assesses negative (disease or limitations), as well as positive aspects of health (well being). SF-36 has been used in several studies and has proven to have a good performance. It was translated and validated for use in Portuguese (6). (Table I)

Statistical analysis

The Student t test was used to compare the scores in the SF-36 scales according to demographic and clinical variables.

The level of significance was set at $p < 0.05$. The SPSS software was used to conduct the analyses.

This study was approved by the Ethics in Research Committee of Hospital de Clinicas de Porto Alegre.

Results

This study included 120 postpartum teenagers (aged 14 to 19 years) and 120 postpartum adult women (aged 20 to 30 years) in a maternity ward. Mean age was 17.5 years for teenagers and 24.8 years for adults. Mean number of schooling years was 7.66 for teenagers and 9.01 for adults; 77.7% of the patients lived with a partner and 54.5% were studying at the time they got pregnant. Intended pregnancies were

reported by 27.3% of the teenagers and 43.5% of adult women; 63% of the teenagers and 84.8% of the adult women reacted positively when they learned about the pregnancy; a positive reaction from partners was seen in the cases of 81.8% of the teenagers and 87% of the adult women.

The MOS-SF-36 results are shown in Table II, which compares scores of the two groups. (Table II)

Postpartum teenagers had higher mean scores in the following scales: physical functioning, role physical, and bodily pain. Scores in the other scales were not significantly different between the two groups.

The analysis of effect of pregnancy intention on scores revealed that greater scores were found for teenagers that had intended pregnancies in the scale for mental health (71.6 vs. 61.5; $P < 0.01$) and social functioning (90.0 vs. 81.4; $P < 0.03$) than for teenagers that did not plan their pregnancies.

Of all the postpartum women that had unintended pregnancies, mean scores were greater for teenagers than for adults in the following concepts: physical functioning (78.8 vs. 59.1; $P < 0.001$), role physical (56.1 vs. 39.4; $P < 0.02$), bodily pain (77.2 vs. 63.4; $P < 0.001$) and social functioning (81.4 vs. 73.8; $P < 0.05$). No significant differences were found between teenagers and adults that had intended pregnancies in any scale.

The analysis of the effect of a positive reaction from the teenager and her partner when they learned about the pregnancy revealed that significantly greater values were found for general health (57.4 vs. 54.9; $P < 0.05$), social functioning (87.8 vs. 75.3; $P < 0.001$), role emotional (75.5 vs. 50.4; $P < 0.005$) and mental health (68.3 vs. 55.9; $P < 0.001$) when the patient reacted positively to pregnancy; and greater mean scores for vitality (61.4 vs. 54.8; $P < 0.02$), social functioning (86.2 vs. 74.0; $P < 0.03$) and mental health (66.4 vs. 55.5; $P < 0.01$) when her partner's reaction was positive.

Discussion

The positive view that teenage girls have of teenage pregnancy may be disconcerting to those that analyze this phenomenon superficially. We all have a particular approach to analyzing the decision to become pregnant. Our views,

however, cannot be directly extended to other people. Cultural, community and family influences and the perspectives of personal fulfillment give rise to several approaches to understanding reproduction.

In the case of teenage pregnancy, any type of intervention should take into consideration the perspectives of young girls. One of the factors that make prevention of teenage pregnancy difficult is that, paradoxically, many teenagers seem to hold a positive view of parenthood. Perrin, Dindial and Eaton (7) interviewed 548 boys and 624 girls in the United States, all students with a mean age of 13.2 years; 225 of all respondents said they had a partner with whom they would want to have a child. In the group of those that answered affirmatively, the following was found: poorer school performance, lower self-esteem, and greater passivity scores. The authors concluded that teenage healthcare programs should use techniques to improve self-esteem, teach them methods to overcome passivity, increase self-confidence, and define goals to be achieved before becoming pregnant.

Wrennick *et al.* (8) compared the perception of quality of life of pregnant teenagers and adult women using the SF-36, and did not find significant differences. They concluded that the traditional idea that teenage pregnancy and parenthood always have negative social and economic consequences does not match teenage perceptions. This finding is relevant for healthcare providers that work with teenagers and family planning. The traditional arguments used in youth counseling to prevent teenage pregnancies may not be effective if teenage girls do not perceive the negative consequences that parenthood may have on their lives.

Drescher *et al.* (9) confirmed that pregnant teenagers' perceptions of quality of life were not always negative when compared with a historic control group of non-pregnant teenagers, and differences were practically nonexistent in scores of general health, bodily pain and social functioning. There seemed to be a minor change in quality of life perceived by pregnant teenagers. The authors, however, admitted that the small number of pregnant teenagers and a historic control may have affected the accuracy of their findings. They suggest that studies should include comparisons with groups of adult women.

Our study included this comparison and used the SF-36. We found that postpartum teenagers did not have any significantly lower scores than adult women

in any scale; moreover, they had higher scores in physical functioning, role physical and bodily pain. For those that believe that teenage pregnancy is always associated with negative effects on social and emotional functioning, this is a surprising finding. However, they are in agreement with other reports in current literature.

Teenage pregnancy is a term used to define different situations, and to approach all of them as an accidental or unwanted event leads to misunderstandings. We found a positive effect on scores when pregnancy was intended or when accepted positively by the patient and her partner.

Teenage pregnancies are associated with important social consequences, and negatively affect school drop-out rates, professional qualifications, and chances of achieving a good socioeconomic status. However, programs to prevent pregnancies at an early age should not be limited to contraceptive counseling.

Teenagers' perspectives, thoughts, and feelings about reproduction should be understood so that healthcare may be provided according to a broader perspective, which may include their life projects, education, self-esteem and self-care. Instruments to evaluate perceptions of health-related quality of life help us to understand teenagers' perspectives related to pregnancy.

References

1. Gupta N, Leite IC. Adolescent fertility behaviour: Trends and determinants in Northeastern Brazil. *International Family Planning Perspectives*, 1999; 25:125-130.
2. <http://www.ipea.gov.br>
3. Cericatto R, Zatti H, Gazzana MB, Abeche AM. Anticoncepção e gravidez na adolescência: fatores associados. *Revista da AMRIGS* 1994; 38: 294-8.
4. Franco J, Rodrigues MG, Dionísio MJ. A Adolescência e a Gravidez - um estudo fenomenológico. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação* 1998; 4:33-39.
5. Wiklund I. Assessment of patient-reported outcomes in clinical trials: the example of health-related Quality of Life. *Fundam Clin Pharmacol* 2004; 18:351-63.

6. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39:143-150.
7. Perrin KM, Dindial K, Eaton D, Harrison V, Matthews T, Henry T. Responses of seventh grade students to "do you have a partner with whom you would like to have a baby?". *Psychol Rep* 2000; 86: 109-118.
8. Wrennick AW, Schneider KM, Monga M. The effect of parenthood on perceived quality of life in teens. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1465-8.
9. Drescher KM, Monga M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1231-3.

Table I – The MOS-SF 36

| Health component scale | Item content |
|------------------------|---|
| Physical functioning | Degree of limitation of physical activity |
| Role physical | Health-related problems with work or daily activity |
| Bodily pain | Intensity of pain / extent pain interferes with normal work |
| General health | Evaluation of personal health |
| Vitality | Level of energy / degree of fatigue |
| Social functioning | Extent / frequency health problems interfere with social activities |
| Role emotional | Health-related problems with work or daily activity |
| Mental health | Mood assessment |

Table II – Comparison of SF-36 scores between age groups

| SF-36 | Age group (years) | | P* |
|----------------------|-------------------|-------------|------------------|
| | teenagers | adults | |
| | (n=120) | (n=120) | |
| | Mean ± SD | Mean ± SD | |
| Physical functioning | 76.7 ± 21.2 | 62.5 ± 27.0 | <0.001 |
| Role physical | 53.1 ± 45.4 | 38.8 ± 43.8 | 0.013 |
| Bodily pain | 76.9 ± 16.1 | 68.0 ± 21.0 | <0.001 |
| General health | 56.5 ± 6.43 | 56.8 ± 7.32 | 0.743 |
| Vitality | 60.0 ± 11.8 | 60.4 ± 13.6 | 0.820 |
| Social functioning | 83.5 ± 19.5 | 79.9 ± 23.2 | 0.189 |
| Role emotional | 66.9 ± 42.0 | 71.4 ± 42.8 | 0.418 |
| Mental health | 64.0 ± 18.5 | 65.6 ± 19.4 | 0.523 |

* Student *t* test

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS

A gravidez na adolescência segue sendo um problema que transcende os limites da medicina e envolve aspectos sociais, econômicos e culturais. O afastamento freqüente da escola e de etapas importantes das vivências da adolescência, o ônus dos compromissos com uma família precocemente constituída, as menores perspectivas de uma qualificação profissional com suas conseqüências sobre a renda familiar, tudo parece recomendar que se tenham políticas de orientação dos jovens para a prevenção da gravidez na adolescência.

No entanto, autores que investigaram populações em vários países do mundo chegaram a mesma e surpreendente constatação: muitas pacientes e seus companheiros vêem com bons olhos a ocorrência da gestação nesta fase da vida. Vários fatores concorrem para esta situação: baixa auto-estima, poucas perspectivas de progresso escolar e profissional, modelo familiar semelhante, necessidade de sentir-se importante, valorizada e amada no contexto da maternidade. Alguns autores chamam esta situação de “plano B” de realização pessoal para os jovens que, não vislumbrando alternativas melhores, não renunciam à felicidade, mas procuram consciente ou inconscientemente uma alternativa para sentirem-se reconhecidos e valorizados em seu meio.

A prevenção da gravidez na adolescência, portanto, não pode ser atingida eficazmente apenas pela orientação anticoncepcional. É preciso conhecer mais detalhadamente os pensamentos e sentimentos destas jovens para podermos entender melhor este fenômeno e planejarmos estratégias de assistência e prevenção mais abrangentes.

Os instrumentos de avaliação da percepção da qualidade de vida nos oferecem subsídios importantes para esta compreensão. Eles enxergam a realidade pelos olhos das pacientes, e não pelos nossos, por isto o termo “percepção” e não apenas “qualidade de vida”. Eles nos propiciam conhecer quais as perdas e ganhos da gestação, assim como estas jovens os percebem. Até o momento, o que constatamos é que estas jovens percebem a gravidez e suas repercussões de uma forma semelhante às adultas, tendo inclusive uma percepção melhor da qualidade de vida em alguns aspectos.

Podemos avançar nesta compreensão investigando a percepção da qualidade de vida em gestantes adolescentes numa perspectiva transcultural, individualizando estes achados em populações com características culturais distintas, e mesmo em países diferentes. Estes estudos poderiam responder o quanto respondem por uma percepção favorável fatores como: o modelo familiar existente na comunidade, atitudes e comportamento sexual, o nível de educação, as perspectivas de realização pessoal, escolar e profissional.

Este conhecimento será, sem dúvida, muito valioso para os profissionais que prestem assistência a adolescentes e gestantes adolescentes. Compreender a perspectiva dos pacientes é um passo indispensável para todo o profissional que trabalhe na área da saúde. Não para que ele seja aceito como uma verdade definitiva, mas para que seja o ponto de partida para uma discussão ampla, buscando sempre o bem estar, a saúde, e as melhores possibilidades de realização pessoal do paciente.

O planejamento de intervenções mais abrangentes, que levem em conta as percepções, sentimentos e pontos de vista das adolescentes em relação à possibilidade de uma gestação, poderá atingir resultados mais satisfatórios, seja na assistência mais adequada às adolescentes grávidas, seja na prevenção da gravidez na adolescência.

10. ANEXOS

10.1 Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE A PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES NO PERÍODO PÓS-PARTO

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como as pacientes internadas após o parto avaliam a sua qualidade de vida e seu estado de saúde. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a uns questionários. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares e seu meio ambiente. Também perguntaremos algumas informações sócio-demográficas e sobre esta gestação.

Gostaríamos de deixar claro que você tem toda a liberdade para interromper o questionário se desejar, ou negar-se a responder a alguma pergunta do mesmo. Asseguramos que todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de todas as pessoas que procurarem atendimento neste setor da internação deste hospital durante o período da pesquisa.

A sua opção de responder ou não a esses questionários não terá influência nenhuma sobre o tratamento que vier a receber neste hospital.

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Professor Alberto Mantovani Abeche que está à sua disposição pelos telefones 21018117 e 98366700 para esclarecimentos sobre qualquer outro aspecto deste estudo. Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Este estudo será de grande utilidade para o conhecimento e proteção da saúde das gestantes.

Paciente: _____

Assinatura _____

Porto Alegre, _____ de _____ de _____

OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO

10.2 Anexo II**PRIMEIRA PARTE**

- 1) **IDADE** _____ ANOS
- 2) **TIPO DE PARTO** parto vaginal cesariana
- 3) **GESTAÇÕES** _____ **PARTOS** _____ **CESARIANAS** _____
ABORTOS _____
- 4) **LOCAL DE ORIGEM** PORTO ALEGRE
OUTRA CIDADE
- 5) **ESTADO CIVIL** MORA COM O COMPANHEIRO
NÃO MORA COM O COMPANHEIRO
- 6) **ESCOLARIDADE** ÚLTIMO ANO COMPLETO:.....

SEGUNDA PARTE

- 1) Esta gravidez foi planejada? sim não
- 2) Quando soube que estava grávida, sua primeira reação foi: positiva negativa
- 3) Quando soube que estava grávida, a primeira reação do seu companheiro foi:
positiva negativa
- 4) Você estava estudando quando soube que estava grávida:
sim não
- 5) Se estava estudando, permaneceu na escola durante esta gestação:
sim não
- 6) Se não estava estudando, há quanto tempo estava afastada da escola :
há menos de um ano há mais de um ano
- 7) Você trabalha?
sim não
- 8) Qual a idade do seu companheiro?
.....anos
- 9) Seu companheiro está estudando?
sim não
- 10) Seu companheiro trabalha?
sim não

10.3 Anexo III

WHOQOL-BREF

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

| | | muito ruim | Ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
|-------|--|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 1(G1) | Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
|-------|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 2(G4) | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

| | | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
|----------|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3(F1.4) | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4(F11.3) | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5(F4.1) | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6(F24.2) | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7(F5.3) | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8(F16.1) | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9(F22.1) | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|-----------|---|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10(F2.1) | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11(F7.1) | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12(F18.1) | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13(F20.1) | Quão disponíveis para você estão as | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|
| | informações que precisa no seu dia-a-dia? | | | | | |
| 14(F21.1) | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

| | | | | | | |
|----------|--|------------|------|------------------|-----|-----------|
| | | muito ruim | ruim | nem ruim nem bom | bom | muito bom |
| 15(F9.1) | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----------|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| | | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 16(F3.3) | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17(F10.3) | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18(F12.4) | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19(F6.3) | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20(F13.3) | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21(F15.3) | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22(F14.4) | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23(F17.3) | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24(F19.3) | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25(F23.3) | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

| | | | | | | |
|----------|---|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| | | nunca | Algumas vezes | frequentemente | muito frequentemente | sempre |
| 26(F8.1) | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10.4 Anexo IV

Versão Brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é :

(circule uma)

| | | | | |
|-----------|-----------|-----|------|------------|
| Excelente | Muito boa | Boa | Ruim | Muito Ruim |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, **agora** ?

(circule uma)

| | | | | |
|--------------|-----------------|---------------|---------------|------------|
| Muito melhor | Um pouco melhor | Quase a mesma | Um pouco pior | Muito pior |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

| Atividades | Sim. Dificulta muito | Sim. Dificulta um pouco | Não.Não dificulta de modo algum |
|--|----------------------------|-------------------------------|--|
| a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos | 1 | 2 | 3 |
| b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa , passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa | 1 | 2 | 3 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| c. Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 |
| d. Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 |
| e. Subir um lance de escada | 1 | 2 | 3 |
| f. Curvar-se , ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| g. Andar mais de 1 quilômetro | 1 | 2 | 3 |
| h. Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| i. Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| j. Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b. Realizou menos tarefas do que você gostaria ? | 1 | 2 |
| c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? | 1 | 2 |
| d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra) ? | 1 | 2 |

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

(circule uma em cada linha)

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b. Realizou menos tarefas do que você gostaria ? | 1 | 2 |
| c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz ? | 1 | 2 |

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

| | | | | |
|------------------|--------------|---------------|----------|--------------|
| De forma nenhuma | Ligeiramente | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(circule uma)

| | | | | | |
|---------|------------|------|----------|-------|-------------|
| Nenhuma | Muito leve | Leve | Moderada | Grave | Muito Grave |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

| | | | | |
|-------------------|----------|---------------|----------|--------------|
| De maneira alguma | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação **as últimas 4 semanas**.

(circule um número para cada linha)

| | | | | | | |
|---|------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| | Todo tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nunca |
| a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividade sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

| Todo o tempo | A maior parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nenhuma parte do tempo |
|--------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes falsa | Definitivamente falsa |
|--|----------------------------|--------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------|
| a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |