

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DO MESTRADO EM HEBIATRIA

JANAINA MARIA DOS SANTOS FRANCISCO DE PAULA

**PUÉRPERAS ADOLESCENTES DO RECIFE: QUALIDADE DE VIDA E
PERFIL SOCIAL COM BASE NOS INDICADORES DE RISCO**

CAMARAGIBE
2009

JANAINA MARIA DOS SANTOS FRANCISCO DE PAULA

**PUÉRPERAS ADOLESCENTES DO RECIFE: QUALIDADE DE VIDA E
PERFIL SOCIAL COM BASE NOS INDICADORES DE RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Hebiatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco como requisito obrigatório para obtenção do grau de Mestre em Hebiatria

Orientadora: Prof^a Dr^a Kalina Vanderlei Paiva da Silva

CAMARAGIBE
2009

Universidade de Pernambuco - UPE
Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP
Programa de Mestrado em Hebiatria

**PUÉRPERAS ADOLESCENTES DO RECIFE: QUALIDADE DE VIDA E PERFIL
SOCIAL COM BASE NOS INDICADORES DE RISCO**

Mestranda: Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Kalina Vanderlei Paiva da Silva

Área de Concentração: Hebiatria

Linha de Pesquisa: políticas e Programas de Atenção à Saúde do Adolescente

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Data da Defesa: ____ de _____ de 2009

MENÇÃO GERAL: _____

Prof^ª: Dr^ª. Regina Célia de Oliveira
Universidade de Pernambuco

Prof^ª: Dr^ª. Viviane Colares
Universidade de Pernambuco

Prof^ª: Dr^ª. Adriana Maria Paulo da Silva
Universidade de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A conclusão de um curso de mestrado é mais um passo no desenvolvimento pessoal, criativo, técnico e profissional.

Não se consegue caminhar sozinho, por mais que se tente.

Pelo apoio, incentivo e participação de outras pessoas, reservo este espaço para demonstrar minha dedicação e agradecimentos.

A Deus, acima de tudo.

Aos meus familiares, sempre presentes e compreensivos quanto às ausências.

A Professora Dr^a. Kalina Vanderlei Paiva da Silva pelo apoio e paciência, por acreditar em mim e me ensinar que caminho seguir.

A Dr^a. Cássia Moura, Chefe do Departamento de Biofísica da Universidade de Pernambuco, que pacientemente me conduziu no começo dessa caminhada. Agradeço por toda amizade desses anos, por todo o incentivo e confiança depositados em mim.

A Professora MSc. Dr^a. Maria Lúcia Menezes Frota, pela atenção, confiança e segurança em todas as minhas dúvidas e incertezas.

Aos Professores do Programa de Mestrado em Hebiatria, responsáveis pela minha formação.

Às equipes do Alojamento Conjunto dos Hospitais participantes e à direção dessas instituições cuja participação foi imprescindível para a conclusão da pesquisa.

Às adolescentes participantes, pela oportunidade compartilhar essa aventura da maternidade.

Aos professores da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, em especial, Dr^a. Maria Inês da Silva, Dr^a. Suely Correia e Dr^a. Silvana Sidney Costa Santos.

Aos meus alunos, pela oportunidade de aprendizado e constante incentivo.

À equipe do SINASC da Prefeitura do Recife, pela oportunidade do estágio no período da graduação e pela vivência da pesquisa.

Aos secretários do Programa do Mestrado em Hepiatria, pela paciência e auxílio nestes anos;

Aos colegas do Hospital Português e Hospital Universitário Oswaldo Cruz, pela confiança.

A Emanuela Batista Ferreira da Silva e a Verônica Maria França pela amizade, carinho, troca de idéias e a cumplicidade do trabalho em grupo.

A Cláudio Barnabé e Paulo Henrique, pelas conversas iniciais e aos demais colegas do curso pelo apoio.

Muito obrigada.

*Não culpes a ninguém,
Nunca se queixes de ninguém, nem de nada,
Porque, fundamentalmente,
Tu fizeste o que querias em tua vida.
Aceita a dificuldade de edificar-se a ti mesma
E a importância de começar por corrigir-te.
O triunfo do verdadeiro ser humano
Surge das cinzas de seu erro.
Nunca te queixes de tua solidão ou de tua sorte;
Enfrenta-as com valor e aceita-as.
De uma maneira ou outra são o resultado de teus atos e prova
de que tu sempre hás de ganhar.
Não te amargures de teu próprio fracasso,
nem o lance sobre os outros.
Aceita-te agora ou continuarás justificando-te
Como uma criança.
Lembra-te de que qualquer momento
É bom para começar
E que nenhum é tão terrível para vacilar.
Não te esqueças de que a causa do teu presente é teu passado,
assim como a causa de teu futuro será teu presente.
Aprende com os audazes, com os fortes, que, mesmo com os
reveses,
Seguem em frente, apesar de tudo.
Pensa menos em teus problemas
E mais em teu trabalho,
E teus problemas, sem serem eliminados, morrerão.
Aprende a nascer a partir da dor e ser maior que o maior dos
obstáculos.
Olha-te no espelho de ti mesma e serás livre e forte,
E deixarás de ser uma marionete das circunstâncias,
Porque tu mesma és teu destino.
Levanta-te e olha o sol pelas manhãs,
E respira a luz do amanhecer.
Tu és parte da força de tua vida.
Agora desperta, luta, caminha, decide-te e triunfarás na vida.
Nunca penses na sorte,
Porque a sorte é o pretexto dos fracassados.*

PABLO NERUDA

RESUMO

A gravidez na adolescência tem sido estudada do ponto de vista biológico, com ênfase nos riscos aos quais a gestante está exposta, e quanto aos aspectos sociais e econômicos, que podem comprometer a qualidade de vida. A compreensão da influência do grau de percepção das adolescentes sobre sua qualidade de vida e de sua relação com o nascimento de um filho pode permitir transcender o enfoque epidemiológico e revelar a complexidade do fenômeno. Com base nesses argumentos, objetivou-se avaliar a qualidade de vida de mães adolescentes, por meio do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers e da análise de história oral temática, assim como sua associação com características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis dos pais da criança, apontadas pelo Ministério da Saúde como fatores de risco para a gravidez. A presente dissertação esteve composta por uma revisão da literatura e por um artigo. Na revisão da literatura, foi apresentado o contexto atual da gravidez na adolescência, assim como os conceitos e a forma de avaliação de qualidade de vida, com ênfase no Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. Compõe esta dissertação dois artigos: o primeiro intitulado *Qualidade de Vida e perfil social de puérperas adolescentes do Recife* traz sob a forma de nota de pesquisa, o resultado final do objeto da qual trata esta dissertação; no segundo artigo intitulado *Puérperas adolescentes do Recife: qualidade de vida e perfil social com base nos indicadores de risco, encontram-se descritos os resultados completos* da pesquisa híbrida que combinou a abordagem qualitativa da história oral em saúde à análise estatística dos dados com amostra probabilística e do tipo intencional. Esta pesquisa foi desenvolvida em cinco maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade do Recife, Estado de Pernambuco, no período de Maio a Julho de 2008. A associação da abordagem quantitativa à qualitativa permitiu concluir que a gravidez na adolescência promoveu piora da qualidade de vida das puérperas, especialmente no aspecto socioeconômico, assim como foi ressignificada, após o nascimento do filho, como um evento que exigiu mudança de comportamento da adolescente e de sua família.

Descritores: Adolescência, Gravidez, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Pregnancy in adolescence has been studied according to a biological point of view, with emphasis on risks to which pregnant adolescents are exposed, and to the social and economic aspects, that can compromise their quality of life. The understanding of the influence of adolescents' degree of perception on their quality of life and their relation with the birth of a son can allow to exceed the epidemiological approach and to disclose the complexity of the phenomenon. Based on these arguments, we have objectified to evaluate the quality of life of adolescent mothers, by means of Ferrans and Powers instrument and the analysis of verbal thematic history, as well as its association with individual characteristics and favorable sociodemographic conditions of child parents, pointed by Health Department as risk factors to pregnancy. The present dissertation was composed by a literature review and two articles. Within the literature review, the current context of pregnancy in adolescence, and quality of life concepts and instruments for evaluation had been presented, with emphasis on Ferrans and Powers Quality of Life Index. The first article, under heading *Quality of Life and parturients from Recife social profile* describes final results of the research that guided this dissertation. The second one, under heading *Parturient adolescents of Recife: quality of life and social profile based on risk indicators*, show the results of an hybrid research that combines qualitative boarding on health verbal history of 12 parturient adolescents, to statistical analysis of data from 135 parturients, aging between 10 to 19 years old, obtained in five maternities of Sistema Único de Saúde at Recife city, Pernambuco, Brazil, from May to July 2008. The association of quantitative to qualitative boarding allowed to conclude that pregnancy in adolescence promoted quality of life worsening, especially in socioeconomic aspect, as well as a re-significance, after son's birth, as an event that demanded a behavior change of the adolescents and their family.

Key words: Adolescence, Pregnancy, Quality of Life.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores de risco para a gravidez atual	23
Quadro 2 - Símbolos usados durante a transcrição.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos percentuais de qualidade de vida mantida e perdida de 135 puérperas, segundo os domínios do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers	45
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa específica de fecundidade (por mil mulheres) por grupos de idade e variação percentual. Brasil, 1970 a 2000.....	21
Tabela 52– Distribuição das variáveis sócio-demográficas, socioeconômicas e ginecológicas das puérperas, segundo domínios do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers.....	46

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1. A adolescência como estágio evolutivo do desenvolvimento humano	17
2.2. A gravidez na adolescência como um “problema”.....	19
2.3. Complicações obstétricas mais comuns nas adolescentes grávidas	22
2.4. Qualidade de vida: aspectos conceituais e instrumentos de avaliação	24
2.5. A análise do discurso	27
3. OBJETIVOS	34
3.1. Geral	34
3.2. Específicos.....	34
4. Artigo - Puérperas adolescentes do Recife: qualidade de vida e perfil social com base nos indicadores de risco.....	35
5. Artigo - Qualidade de vida e perfil social de puérperas adolescentes do Recife....	39
Resultados.....	43
Discussão	47
Referências	50
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
7. REFERÊNCIAS	54
8. APÊNDICES	60
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	61
Apêndice B - Formulário de Pesquisa	62
Apêndice C - Termo de Cessão	64
9. ANEXOS	65
Anexo A - Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers	66
Anexo B – Símbolos usados durante a transcrição	68
Anexo C- Transcrição das gravações das entrevistas com as adolescentes	69
Anexo D - Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros - CISAM	82
Anexo E - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães – HAM.....	83
Anexo F – Instruções aos Autores da Revista História, Ciência, Saúde Manguinhos ...	84
Anexo G – Instruções aos Autores da Revista de Saúde Pública.....	88
Anexo H – Press Release.....	102

1. INTRODUÇÃO

Sob o termo gravidez na adolescência (GA) abriga-se uma faixa etária que foi, há algum tempo, considerada ideal para ter filhos em uma cultura que supervaloriza o papel de mãe e o fato de a fecundidade adolescente caminhar na direção inversa da transição demográfica, gera um aumento da sua visibilidade tornando-a intrigante (HEILBORN *et al.*, 2002).

A GA aparece como um problema social desde a década de 70 (GÓMEZ *et al.*, 2002) e para alguns estudiosos ela passa a ser problematizada sob três enfoques: o das políticas públicas, o da saúde e o da reprodução social (ALMEIDA, 2002).

O enfoque das políticas públicas aborda a necessidade da expansão de programas de planejamento familiar (GILLESPIE *et al.*, 2007), a adesão ao uso de contraceptivos (KEETON, HAYWARD, 2007; KENDALL *et al.*, 2005; POSNER *et al.*, 2004), acesso à contracepção de urgência (BELO, 2001; RAINE *et al.*, 2005) e acessibilidade à clínicas de abortos (HARPER *et al.*, 2004; RASCH *et al.*, 2007; SINGH *et al.*, 2006; VENDITELI, PONS, 2007).

Na perspectiva da saúde, a gravidez na adolescência tem sido discutida levando-se em consideração os riscos para a mãe e para a criança. Compreendendo a maternidade como um evento marcado por desigualdades sociais, étnicas/raciais e de gênero e a gravidez precoce como um aspecto que merece destaque por suas implicações tanto nas questões relacionadas à saúde, quanto em relação aos fatores sociais e econômicos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) identifica uma série de riscos aos quais a gestante está exposta e que permitem o encaminhamento adequado em cada momento da gravidez. Dentre os fatores de risco para a gravidez, estão: condições sócio-demográficas desfavoráveis (idade menor que 15 e maior que 35 anos); fatores relacionados à ocupação (rotatividade de horário, esforço excessivo, exposição a agentes químicos, físicos e biológicos), situação familiar e conjugal insegura, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis (altura menor que 1,45 m, baixo peso materno, dependência de drogas), história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas crônicas e ocorrência de doença obstétrica na gravidez atual. Para a criança, a

prematuridade, o baixo peso e a maior chance de morte no primeiro ano de vida são fatores mencionados na maioria dos estudos (AQUINO-CUNHA *et al.*, 2002; COSTA *et al.*; 2005).

Do ponto de vista do enfoque social, alguns estudiosos abordam as diferenças nas taxas de fecundidade de adolescentes de acordo com a distribuição territorial (DIAS, AQUINO, 2006; LIMA, 2003), interrupção da formação escolar das mães, principalmente naquelas com gravidez recorrente (ROSA, 2007) e comprometimento da qualidade de vida, frequentemente referido pelas puérperas adolescentes nas visitas de enfermagem. A investigação da qualidade de vida de puérperas adolescentes é o objetivo central deste trabalho.

Essas abordagens, ao homogeneizar a questão sobre a gravidez na adolescência, silenciam as diferenças sobre como as classes sociais lidam com a gravidez, o que, no entendimento de Heilborn *et al.* (2002), contribui para reforçar a versão estereotipada e simplificada do fenômeno.

A trajetória de ser mãe é marcada pela classe social da mulher e as taxas de fecundidade das brasileiras crescem na proporção inversa do rendimento familiar. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), publicada em 2004 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004), demonstra que as mulheres com até três anos de estudo chegam a ter em média mais que o dobro de filhos do que as de maior escolaridade.

Apesar da predominância de jovens na base da pirâmide etária do Recife e das desigualdades sociais presentes em seu território não permitirem a inserção de grande parte de seus habitantes (ARAÚJO; ARAÚJO, 2005), as estatísticas demonstram que a gravidez na adolescência parece, em algumas situações, desempenhar um papel significativo na vida dessas jovens e, contrariando os discursos mais alarmistas, muitas delas desejam engravidar (DADOORIAN, 2002).

A observação de algumas mães adolescentes permite inferir que a gestação nessa fase da vida reflete não uma irresponsabilidade e, sim, um projeto de vida. “*Cuidar de um filho torna-se um ato planejado, uma tentativa de construção da própria família, uma oportunidade de antecipar uma fase do ciclo vital*” (SCOTT, 2001, p. 62).

A GA não é um evento novo no cenário brasileiro e deve ser enquadrada levando-se em consideração a transição demográfica no país. Enquanto a fecundidade das mulheres das outras faixas etárias vem decrescendo, a fecundidade na adolescência vem aumentando. A fecundidade total passou de 7,1%, em 1970, para 14,1%, em 1991 (BOZON; ENOCH, 1999).

Em relação à ocorrência da gravidez na adolescência, nos Estados Unidos, mais de um milhão de adolescentes engravidam anualmente, resultando em 500.000 nascimentos. Nos demais continentes e países, a taxa de gravidez entre adolescentes atinge 57:1.000, na América do Norte; 32:1.000, na Noruega e Grã-Bretanha; 10:1.000, na Alemanha, e 4:1.000, no Japão. Em países menos desenvolvidos da América Latina, Ásia e África, essas taxas variam de 41:1.000 a 139:1.000, sendo tanto mais elevadas quanto piores forem as condições socioeconômicas da população. No Brasil, esta taxa aumentou de 75:1.000 para 94:1.000, entre 1991 e 2000; 20% a 25% do total de mulheres gestantes eram adolescentes, sendo que, em 2002, foram realizados quase 1.700 partos por dia, de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos (DEL CIAMPO *et al.*, 2004).

No Brasil, em 1991, a média de filhos por mulher em período fértil era de 2,73 e diminuiu para 2,01 filhos, em 2005, correspondendo a uma redução de 0,72 filhos por mulher, ou seja, 26,4% em relação a 1991. No entanto, com base nos dados censitários do período de 1980 a 2000, constatou-se aumento importante do número de mães com idade entre 15 e 19 anos, passando de 7,24 %, em 1980, para 9,15%, em 2006 (IBGE, 2008).

Em Pernambuco, as taxas de fecundidade variaram de 2,8, em 1991, para 1,94, em 2005, representando uma redução de 0,86 filhos por mulher, ou seja, 30,7% em relação a 1991. No entanto, quando se considera a faixa etária materna de 10 a 19 anos de idade, também se verifica um aumento de fecundidade (IBGE, 2008)

A situação para as mães residentes no Recife, no período entre 1991 e 2000, é de aumento no percentual de recém nascidos de adolescentes nas faixas de idade entre 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. Dentre as capitais da Região Nordeste, em 1991, o Recife estava posicionado em segundo lugar, com 5,48%, permanecendo nessa mesma posição, em 2000, com 8,13%, correspondendo a um aumento de 48,36%, no período (ALMEIDA, 2005).

A importância da saúde reprodutiva de adolescentes é cada vez mais reconhecida, particularmente nos países em desenvolvimento e, nesse contexto, a gravidez na adolescência é um tema que suscita interesse entre estudiosos de várias áreas. A psicologia e a antropologia, por exemplo, procuram agregar ao discurso biomédico anteriormente vigente, uma análise mais ampla sobre a sexualidade, o gênero e a juventude, inseridos em um discurso que busca ressaltar a heterogeneidade das experiências.

Esse interesse pode ter duas explicações: a primeira se refere à preocupação pelos problemas de saúde dos adolescentes e a segunda, ao aumento da fecundidade na adolescência, em contraste com a tendência demonstrada por outros grupos etários (GUIMARÃES 2001).

No plano reprodutivo, a maioria das jovens chega à maturidade sexual antes de atingir a maturidade social, emocional ou econômica e isto estimula o início precoce da atividade sexual, sem o devido conhecimento dos métodos contraceptivos, tornando-as vulneráveis à gravidez indesejada, à aquisição de infecções sexualmente transmissíveis e a outros agravos à saúde (BORGES, SCHOR, 2006; FREITAS, BOTEGA, 2002; FROTA, 2007; GOLDEMBERG *et al.*, 2005; KASSAR *et al.*, 2006; SIMÕES *et al.*, 2003). O estudo conduzido por Carniel *et al.* (2006), em Campinas, mostrou que as adolescentes sem companheiro, as que não tinham ocupação fora do lar, as que residiam no Distrito de Saúde com piores índices de condição de vida foram as que apresentaram maior risco para gravidez. Além disso, as grávidas menores de 20 anos de idade mostraram risco aumentado de realizar menos consultas de pré-natal que as maiores.

Considerando que, na extensão territorial de 209 km², a cidade do Recife abriga uma população de 1.422.905 pessoas residentes em 94 bairros, distribuídos em um espaço totalmente urbano, sendo 46,5% do gênero feminino, com predominância das faixas etárias mais jovens (IBGE, 2003), e que 33,4% dos domicílios dispõem de renda familiar inferior a um salário mínimo ou não possuem rendimento, infere-se que, para os segmentos menos favorecidos, a gravidez na adolescência pode decorrer da maior vulnerabilidade econômica e social, nessa cidade, derivada do desequilíbrio na distribuição dos rendimentos (RECIFE, 2005-2006).

A gravidez na adolescência compromete o futuro profissional, devido à interrupção da escolarização, oferece maiores dificuldades na inserção ou retorno ao

mercado de trabalho e conseqüente marginalidade social e econômica (GOLDEMBERG *et al.*, 2005).

Compreender a influência do grau de percepção das adolescentes sobre sua qualidade de vida e sua relação com o nascimento de seu filho pode permitir transcender o ponto de vista epidemiológico, revelando a complexidade do fenômeno no discurso dos atores sociais.

Esta dissertação está composta por um Referencial Teórico, no qual foram apresentados o contexto atual da gravidez na adolescência, assim como os conceitos de qualidade de vida e os instrumentos para sua aferição, com ênfase no Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers, instrumento empregado nesta pesquisa.

Integrou a dissertação também dois artigos. O primeiro, sob título ***Puérperas adolescentes do Recife: qualidade de vida e perfil social com base nos indicadores de risco***, apresenta, sucintamente, os resultados de uma pesquisa envolvendo 135 mães adolescentes com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de mães adolescentes atendidas pelo Sistema Único de Saúde, no Recife, por meio do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers e da análise de história oral, e sua associação com características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis da mãe e do pai da criança, apontadas pelo Ministério da Saúde como fatores de risco para a gravidez. O segundo, um artigo tipo nota de pesquisa, intitulado **Qualidade de vida e perfil social de puérperas adolescentes do Recife**, objetiva apresentar de forma mais sucinta, os resultados da pesquisa envolvendo as 135 puérperas adolescentes e as entrevistas junto a 12 adolescentes participantes da mesma pesquisa. Na análise de discurso destas adolescentes, buscou-se resgatar a história oral de sua vivência para recompor os caminhos de vivências pessoais que se explicam no grupo de adolescentes puérperas.

A dissertação contém ainda três apêndices e sete anexos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A adolescência como estágio evolutivo do desenvolvimento humano

Ariés (1981) considera que o primeiro adolescente típico da era moderna foi representado em Siegfried de Wagner, expressando pela primeira vez a pureza provisória, misturada à força física, à naturalidade e à alegria de viver desta etapa da vida. Esse fenômeno influenciou mais tarde a França, nos anos de 1900, quanto ao interesse pela juventude, tornando-a assunto literário, interessando-se pelo que pensavam. A partir desse momento, a juventude surge como portadora de novos valores que passariam a vigorar em uma sociedade envelhecida. Foi o surgimento da consciência da juventude que empurrou a infância para trás e a maturidade para frente, passando, assim, de uma época sem adolescência a uma em que a adolescência tornou-se a idade preferida.

De acordo com Outeiral (1994, *apud* Maas, 2006, p. 10), os primeiros a registrarem interesse específico pelo adolescente foram os gregos. Refere que Hesíodo, no século VIII a.C. dizia:

Não vejo esperança para o futuro do nosso povo se ele depender da frívola mocidade de hoje, pois todos os jovens são, por certo, indizivelmente frívolos [...] Quando eu era menino, ensinavam-nos a ser discreto e a respeitar os mais velhos, mas os moços de hoje são excessivamente sabidos e não toleram restrições.

Rousseau, no livro "Emílio ou da educação", traz uma referência ao mistério; segundo ele, "o segundo nascimento", um momento de crise, que, embora curto, apresenta influências demoradas na vida do jovem. E descreve o adolescente: "aos sinais morais de um humor que se altera, juntam-se modificações sensíveis no aspecto que atormentam e que nunca possuirá" (ROUSSEAU, 1968, p.252).

A partir de Rousseau, o interesse pela adolescência toma um direcionamento de caráter fisiológico e psicológico. A obra "Adolescence" de Stanley Hall, escrita em 1904, descreve a adolescência como uma etapa essencialmente fisiológica, genética e dramática,

porém há referência de que Stanley Hall (1844-1924) foi o pai da "Psicologia da Adolescência". Foi o primeiro a sugerir esta etapa da vida como uma área de conhecimento específico, tornando-se reconhecido em sua época, por inserir em seus métodos científicos a coleta de dados por meio de questionários e diários como fonte de estudos sobre o adolescente (MUUSS *apud* MAAS, 2006, p.11).

Nas décadas de 1920 e 1930, formaram-se as primeiras equipes dedicadas a estudar itens do desenvolvimento biológico e da nutrição na adolescência, os quais frequentemente eram a continuidade daqueles relacionados à infância (SAITO, SILVA, 2001, p.4).

O conceito de adolescência é uma construção social. O termo "adolescência" foi definido pela Organização Mundial de Saúde (1989, p. 7) como a faixa entre 10 e 19 anos de idade, e "juventude" como entre 15 e 24 anos. "Pessoas jovens" é um termo que abrange ambas as faixas etárias, isto é, as pessoas entre 10 e 24 anos. No entanto a adolescência, sendo o período de amadurecimento físico, psicológico e social da infância para a idade adulta, pode inserir-se em qualquer dos dois grupos. O desenvolvimento que ocorre na adolescência geralmente é desigual, no sentido em que a maturidade física pode muito bem ser alcançada antes da maturidade psicológica ou social; de fato, hoje, na maioria das sociedades, a capacidade reprodutiva estabelece-se mais precocemente do que no passado.

A lei brasileira, que considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos, demonstra um descompasso entre a fixação etária do Estatuto da Criança e do Adolescente e a da Organização Mundial da Saúde, também adotada pelo Ministério da Saúde (MATTA, CORREIA, 2008).

A adoção do critério cronológico, que permite orientar a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública, ignora as características individuais. É importante ressaltar que os critérios biológicos, psicológicos e sociais também devem ser considerados na abordagem conceitual da adolescência e da juventude (BRASIL, 2005, p. 7-8).

Considerada por Tiba (2005) e Pigozzi (2005) como um segundo parto, ela corresponde à maturação do ser: é o período situado entre a infância e vai se configurar basicamente numa série de mudanças em todos os níveis, adicionada da experimentação de todas as novidades físicas, hormonais, intelectuais, culturais, emocionais, familiares, sociais e morais. Irá se caracterizar pela tendência do rompimento com o modelo pré-existente, na busca dos próprios modelos, principalmente no que tange aos padrões de relacionamento

familiar e social. O despertar para novos interesses fora do circuito doméstico contribui para o estabelecimento de uma individualidade própria e para a descoberta das vocações (PIGOZZI, 2005).

A partir da série dos Censos Demográficos Brasileiros, é possível avaliar a evolução do contingente de 15 a 24 anos de idade. Em 1940, eram 8,2 milhões de jovens, e 30 anos depois, jovens e adultos jovens já somavam 18,5 milhões. Em anos mais recentes, 1991 e 1996, os respectivos censos populacionais enumeraram 28,6 milhões e 31,1 milhões de pessoas de 15 a 24 anos de idade. A população de jovens no Brasil, com idade compreendida entre 15 e 24 anos, revelada pela Contagem Populacional, em 1996, contabilizava 31 088 484 pessoas. De acordo com a projeção da população brasileira consolidada pelo IBGE, o volume de jovens de 15 a 24 anos de idade permanecerá crescendo, muito embora com taxas declinantes já a partir de 2000-2005, chegando a alcançar valores negativos por volta de 2010, percorrendo o mesmo caminho seguido pelo grupo de 0 a 14 anos, com a devida defasagem temporal. Em relação à população total do País, esta cifra representa 19,8%, estando dentro do intervalo de variação histórica que vem oscilando entre 19% e 21% (IBGE, 1999).

2.2. A gravidez na adolescência como um “problema”

A gravidez nos primeiros anos de vida reprodutiva não se constitui um fenômeno recente na história do Brasil. De fato, na antiguidade, os casamentos eram lavrados quando a menina tinha 13 ou 14 anos, e provavelmente, de acordo com registros históricos, esta era a idade da Virgem Maria quando deu à luz.

Entre outras informações sobre o assunto, Bocardi (2003) relata o caso, no ano de 1658, da menina Anna Mimmenthaler que menstruou aos 2 anos tendo seu primeiro filho aos 6 anos. No Brasil, a mesma autora descreve o caso de Inácia da Silva que deu à luz dois fetos do sexo masculino em Xique-Xique, Bahia, aos 7 anos. Zaganelli (2006) relata o caso da menina Lina Medina que menstruava desde os 8 meses de idade e deu à luz a uma menina aos 5 anos e meio.

No início deste século, a gravidez na adolescência era considerada “*um acontecimento habitual para os padrões culturais e costumes vigentes*” (BOCARDI, 2003, p. 42) e há quatro décadas tem ocorrido um aumento nas taxas de fecundidade na adolescência em todas as

regiões do Brasil e em diferentes classes sociais, afetando intensamente as regiões mais pobres, áreas rurais e mulheres com menor nível de educação (CAMARANO, 1998). A autora destaca que, na década de 1960, esse aumento foi mais expressivo na Região Centro-Oeste e, na década de 1970, o aumento maior foi observado nas Regiões Norte, Nordeste e Sudeste, respectivamente. Entre 1991 e 1996, as taxas de fecundidade mais elevadas do país foram verificadas na Região Norte, enquanto na Região Sudeste pôde-se verificar os menores índices (FROTA, 2003).

A gravidez entre adolescentes (GA) é um evento observado mundialmente e com variações importantes entre as nações (ARILHA, 1996). O aumento da prevalência da gravidez em adolescentes nos países em desenvolvimento tem despertado o interesse por sua associação à pobreza, baixa escolaridade e piores resultados perinatais. Na Suécia, por exemplo, menos de 3% dos partos ocorridos são de mulheres adolescentes, na França, em 1995, este índice era de 2,4% e, nos Estados Unidos, 12,5% dos nascimentos de 1998 foram de mulheres adolescentes (ROSA *et al.*, 2007).

No Brasil, a GA passou a ser um evento investigado após a constatação, nas décadas de 80 e 90, de um aumento relativo na fecundidade das adolescentes em relação à fecundidade das mulheres mais velhas (BEMFAM, 1997). A taxa de fecundidade total sofreu considerável queda, com redução de 57% entre os anos de 1970 a 2000, mas o grupo etário de 15 a 19 anos de idade, representou 9,1% da fecundidade total do país. Segundo a região de residência da mãe, a proporção de nascidos vivos na Região Nordeste foi de 1,1% para a faixa etária de 10 a 14 anos e de 24,9% para a faixa etária de 15 a 19 anos (Tabela 1) (BRASIL, 2004).

Tabela 1 - Taxa específica de fecundidade (por mil mulheres) por grupos de idade e variação percentual. Brasil, 1970 a 2000

Grupos de idade	Anos				Varição (%)
	1970	1980	1991	2000	1970 a 2000
15-19	74,8	79,8	76,9	85,1	14
20-24	254,6	213,1	163,7	145,8	-43
25-29	295,0	226,0	148,2	117,6	-60
30-34	242,9	173,1	93,9	69,8	-71
35-39	131,2	117,0	47,3	34,4	-74
40-44	35,0	53,7	17,2	10,6	-70
45 e +	22,3	10,8	3,1	1,5	-93

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004 – uma análise de situação de saúde. p. 73.

No Brasil, o tema gravidez na adolescência é bastante explorado e alguns estudos sugerem que esta é geralmente não desejada, não planejada e fruto da falta de informação e de um contexto de desvantagem socioeconômica (SANTOS; SCHOR, 2003). Alguns autores como Almeida (2001) e Aquino *et al.* (2003) alertam que a gravidez nesta faixa etária é vivida de múltiplas formas e que os contextos sociais definem universos de possibilidades e de significações diferentes entre os jovens de classes sociais distintas.

Embora a gravidez não seja uma doença, sua ocorrência na adolescência é vista pela ótica do enfoque de risco (FREITAS; BOTEGA, 2002) ressaltado e associado a um imaginário que aborda a adolescência como um período de instabilidade evidenciado por “crises”, atitudes “descompromissadas” que contribuem para uma construção negativa nessa fase da vida. No entanto, como aponta Dadoorian (2002), nem toda gravidez na adolescência é indesejada e sua importância configura um desafio à sociedade. Ela faz parte do processo de busca de identidade.

A decisão de assumir a gestação, a maternidade e a paternidade é um comportamento autônomo e os programas de atenção ao adolescente devem atendê-los em suas necessidades psicossociais, porque o ciclo gravídico puerperal (CGP) é marcado por alterações emocionais, tanto no homem quanto na mulher. Essas alterações podem resultar em um desenvolvimento sadio de ambos ou no comprometimento na saúde mental dos dois, pois intercorrências, muitas vezes psíquicas, podem acarretar transtornos irreversíveis (DINIZ; SCHOR, 2006). Para a mulher, por exemplo, habitualmente, quando se pensa na gravidez, no parto e no

puerpério, imaginam-se situações agradáveis; todavia, ao se depararem com situações comuns à gestação, mas não comuns ao período anterior, algumas mulheres não se sentem satisfeitas.

A complexidade característica da gravidez precoce é influenciada por diferenças sociais, culturais e econômicas de quem a vivencia e a busca pela qualidade de vida deve tornar-se uma meta para que esta experiência não seja algo difícil.

2.3. Complicações obstétricas mais comuns nas adolescentes grávidas

A gravidez em qualquer idade representa mudanças físicas, fisiológicas, econômicas e sociais profundas. Daí a necessidade de planejamento e preparo prévios e de uma assistência médica e familiar adequadas à grávida durante o parto e puerpério. Quando esse atendimento não é prestado de forma adequada, as intercorrências obstétricas são tão mais significativas quanto mais imaturas física e emocionalmente forem as pacientes.

O Ministério da Saúde utiliza alguns parâmetros de risco para a gravidez em mulheres de qualquer faixa etária: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas crônicas e doença obstétrica na gravidez atual. As intercorrências, descritas no Quadro 2, podem ocorrer em qualquer idade, mas, em adolescentes, são mais frequentes aumentando os riscos e complicações da prenhez. Identificando-se um ou mais destes fatores, a gestante deverá ser tratada na unidade básica de saúde, conforme orientam os protocolos do Ministério da Saúde, devendo os casos não previstos para tratamento na unidade básica de saúde ser encaminhados para a atenção especializada. Nesse caso, a equipe da atenção básica deverá manter o acompanhamento da gestante, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência.

FATORES DE RISCO PARA A GRAVIDEZ ATUAL	
Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis	<ul style="list-style-type: none"> • Idade menor que 15 e maior que 35 anos; • Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse; • Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente; • Situação conjugal insegura; • Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular); • Condições ambientais desfavoráveis; • Altura menor que 1,45 cm; • Peso menor que 45kg e maior que 75kg; • Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.
História reprodutiva anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Morte perinatal explicada ou inexplicada; • Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; • Abortamento habitual; • Esterilidade/infertilidade; • Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; • Nuliparidade e multiparidade; • Síndromes hemorrágicas; • Pré-eclâmpsia/eclâmpsia; • Cirurgia uterina anterior; • Macrossomia fetal.
Intercorrências clínicas crônicas	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatias; • Pneumopatias; • Nefropatias; • Endocrinopatias (especialmente diabetes <i>mellitus</i>); • Hemopatias; • Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou em uso de anti-hipertensivo; • Epilepsia; • Infecção urinária; • Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST); • Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); • Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).
Doença obstétrica na gravidez atual	<ul style="list-style-type: none"> • Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; • Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; • Ganho ponderal inadequado; • Pré-eclâmpsia/eclâmpsia; • Amniorrexe prematura; • Hemorragias da gestação; • Isoimunização; • Óbito fetal.

Quadro 1 - Fatores de risco para a gravidez atual

Fonte: Brasil, 2005, p. 22- 23.

Os riscos da gravidez na adolescência não são apenas biológicos ou obstétricos. São também determinados por fatores psicossociais, fator pouco explicitado nos estudos disponíveis atualmente. Esse fato estaria ligado ao atendimento inadequado dessas gestantes, que ficariam imersas na problemática social e econômica de sua condição de adolescente, enfrentando situações penosas, familiares e existenciais, somadas à própria gravidez (SANT'ANNA; COATES, 2006), o que pode comprometer sua qualidade de vida.

2.4. Qualidade de vida: aspectos conceituais e instrumentos de avaliação

A qualidade de vida (QV) constitui-se um dos objetivos a ser alcançado no presente estágio de desenvolvimento da humanidade. Kluthcovsky e Takayanagui (2007), em artigo de reflexão sobre a temática, afirmam que o termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920, por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar, no qual discutia o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado.

Pagani e Pagani Júnior (2000), ao reverem o conceito, afirmam que, Calman, em 1984, aborda a QV como a diferença entre o que é desejado na vida do indivíduo e o que é alcançável ou não. Jones, citado pelos mesmos autores, define QV como a quantificação do impacto da doença nas atividades de vida diária e bem-estar do paciente de maneira formal e padronizada.

Pelo fato da qualidade de vida diferir de pessoa para pessoa, ela está sujeita a alterações ao longo da vida. Ultimamente, os enfoques de qualidade de vida levam em consideração a satisfação, a qualidade dos relacionamentos, a percepção de bem-estar e as oportunidades de lazer, entre outros aspectos.

Sua conceituação é bastante difícil, tendo em vista o caráter subjetivo, a complexidade e as diversas dimensões. Ela depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, varia de pessoa para pessoa e está sujeita à influência do estilo de vida, hábitos, enfim, do cotidiano. Os fatores que determinam a QV são inúmeros e a combinação destes, segundo Nahas (2006, p. 5), “*resulta numa rede de fenômenos e situações que abstratamente, pode ser chamada de qualidade de*

vida” a qual “*num sentido mais amplo, pode ser uma medida da própria dignidade humana, pois pressupõe o atendimento das necessidades humanas fundamentais*”.

Não há consenso para o conceito desse termo. No presente estudo será utilizada a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (FAMED, 1998), que a considera 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*”.

Independente do conceito aceito, vários instrumentos têm sido desenvolvidos, desde 1970, para avaliar a qualidade de vida de populações (PAGANI; PAGANI JÚNIOR, 2000), sejam genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos prestam-se à avaliação na população em geral, sem a necessidade de características ou condições específicas de doença ou de outros aspectos especiais. São exemplos desses instrumentos: *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100 ou WHOQOL-100 brief), *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form* (SF- 36), *EuroQOL* (EQ- 5D), *Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life* (SEIQOL) e *Patient Generated Index* (PGI).

Os instrumentos específicos avaliam indivíduos com condições ou doenças específicas, e têm como vantagens serem mais sensíveis para uma população característica e investigarem aspectos particulares da condição clínica. São exemplos desses instrumentos: *Quality of Life in Epilepsy* (QOLIE- 89), *Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire* (PAQOL), *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL) e *Functional Assessment of Cancer Therapy-General* (FACT-G) (BLAY; MERLIN, 2006).

No entendimento de Pagani e Pagani Junior (2000), a construção de um instrumento é árdua e cara e requer um longo tempo para sua validação, por isso é comum a utilização de instrumentos existentes em culturas e línguas diferentes. A adaptação cultural de um instrumento permite ao profissional, com menos gastos e em um intervalo de tempo menor, uma medida comum para a pesquisa e a comparação entre grupos culturais diferentes.

A maioria dos instrumentos de qualidade de vida foi elaborada seguindo um modelo psicométrico baseado na capacidade de os indivíduos discernirem estímulos de diferentes intensidades, com base na teoria das provas, na qual se admite que um conceito unidimensional latente, não observado concretamente, pode ser medido por meio de observações concretas. Cada item proporciona uma estimativa da característica latente e, quanto maior o número de itens, mais precisa será a estimativa dessa característica. Para essa

aproximação, é realizada a seleção de itens de um questionário, maximizando sua consistência interna, medida por meio do coeficiente alfa de Cronbach. O questionário resultante é aplicado em diferentes indivíduos no intuito de ordená-los segundo a quantidade de estímulos (DINIZ; SCHOR, 2006). Obedecendo a essas premissas de confiabilidade, as principais propriedades dos questionários de qualidade de vida são: confiabilidade ou reprodutibilidade, a validade e a responsividade.

A consistência interna é o termo usado para dizer se há confiabilidade no instrumento, ou seja, se em repetidas administrações mostrará os mesmos resultados; a validade consiste em analisar se o instrumento é capaz de medir ou avaliar aquilo a que se propõe medir e a responsividade é a utilidade do instrumento para trocas (DINIZ; SCHOR, 2006).

No âmbito específico da enfermagem, Dr^a. Carol Eastwing Ferrans, pesquisadora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de Illinois, Chicago, vem desde 1982 desenvolvendo estudos sobre qualidade de vida, utilizando uma variedade de abordagens metodológicas. A partir dessas abordagens, desenvolveu um modelo conceitual de qualidade de vida, cujo objetivo último foi subsidiar a criação de um instrumento de medida do conceito, o *Quality of Life Index* de Ferrans e Powers (KIMURA, 1999).

A tradução para o português e adaptação transcultural foi realizada por Kimura (1999) no ambulatório de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo junto a pacientes que estiveram internados na UTI da Clínica Médica e que haviam recebido alta. A versão original genérica foi publicada pela primeira vez em 1985 e consiste de 34 itens aos quais os sujeitos atribuem valores que variam de um a seis pontos, expressos em escala de Likert. Na primeira parte, relativa à satisfação, as opções da escala vão de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito” e, na segunda parte, que se refere à importância atribuída ao item, a variação da escala vai de “sem nenhuma importância” a “muito importante”. Da associação da pontuação de satisfação com a de importância, as respostas aos 34 itens são agrupadas em quatro domínios: saúde e capacidade funcional (14 itens), socioeconômico (9 itens), psicológico/espiritual (7 itens) e família (4 itens).

Em 2006, Vido utiliza o Índice de Qualidade de Vida adaptado por Fernandes, Narchi e Ciancarullo, para possibilitar a aferição da qualidade de vida de gestantes em diferentes trimestres da gestação em Guarulhos (VIDO, 2006). Fernandes *et al.* (apud Vido, 2006) adaptaram alguns itens e introduziram outros que podem interferir na qualidade de vida ou na percepção que a mulher tem de si, sendo acrescentadas ao instrumento as seguintes perguntas:

“*Sua gravidez*” no item 2, “*As mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria)*” no item 5 e “*A intensidade de irritação que você sente*” no item 6.

Embora a adaptação de Fernandes *et al.* do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers contemple a satisfação e a importância de cada aspecto da gravidez que a mulher gestante atribui a sua vivência (VIDO, 2006), parece importante enriquecer o conhecimento relativo a essa vivência. A análise do discurso é uma ferramenta importante para isso, dado que a linguagem constitui a mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social constitutivo do homem e da sua história (ORLANDI, 2007).

2.5. A análise do discurso

A análise de discurso quer se considere como um dispositivo de análise ou como a instauração de novos gestos de leitura, apresenta-se como forma de conhecimento que leva em conta o confronto entre teoria e prática de análise. Na sua desconstrução, ou seja, no contato do histórico com o lingüístico, constitui-se a materialidade específica do discurso, conceituado como o processo de sentidos que são produzidos por sujeitos interlocutores durante a comunicação, ou não. O discurso não pode ser entendido como transmissão de mensagem, baseado num esquema tradicional emissor-mensagem-código-receptor-referente, porque este é um modelo que não atende aos possíveis efeitos de sentidos produzidos por um interlocutor diante de seu discurso (ORLANDI, 2002).

O termo discurso pode designar qualquer uso restrito da língua como, por exemplo, o discurso político e o discurso religioso, dentre outros. Neste caso, o termo discurso é constantemente ambíguo, porque pode designar o sistema que permite produzir um conjunto de textos, assim como o próprio conjunto de textos produzido (MAINGUENEAU, 2004).

Todo texto pertence a uma categoria e a um gênero de discurso, ou seja, é um tipo de discurso. Há uma grande heterogeneidade de textos produzidos em uma sociedade: conversa, jornal, romance, narrativa, panfleto, descrição, relatórios, cartão de boas festas, dentre outros, e cada um deles corresponde a necessidades diferentes da vida cotidiana. Significa dizer que o analista de discurso não pode ignorá-la (MAINGUENEAU, 2004).

Devido às características essenciais do discurso, que incluem: uma organização situada para além da frase, uma forma de ação sobre o outro e não apenas uma representação

do mundo, uma interatividade entre, pelo menos, dois sujeitos, um contexto, um “eu”, que se coloca como fonte de referência indicando quem é o responsável pelo que está sendo dito e um interdiscurso, que adquire sentido no interior de um universo de outros discursos, discurso é uma palavra que denota movimento - movimento do homem que, falando ou escrevendo, atribui sentidos vivenciados em uma interação mediada pela linguagem (MAINGUENEAU, 2004).

Não só as dimensões histórico-sociais e ideológicas e o local de produção do discurso estão envolvidos, como também está implicado aí o próprio sujeito que produz o discurso. Evidencia-se o sujeito e o sentido que ele atribui às palavras. Por sua vez, as palavras afetam o sujeito e ao mesmo tempo o constituem. Na análise de discurso, o sujeito é um lugar de significação historicamente constituído (ORLANDI, 2002). O sujeito tem o papel de animar e de dar significados, através dos seus dizeres, do seu modo de ver. Para isso, é preciso dispor de signos, de marcas, de traços e de um funcionamento de língua que coloque o sujeito na instância singular de produção de discurso, havendo uma articulação atravessada pelo social, pela língua e pela subjetividade de cada sujeito que produz o discurso (BRANDÃO, 1991).

Devido a essas características, na análise de discurso, não existe a separação entre a pessoa que emite e aquela que recebe a mensagem, muito menos entre aquela que fala primeiro e o outro, que decodifica depois, porque os sujeitos estão desempenhando na mesma hora o processo de significação. Nessa linha de pensamento, define-se o discurso como sendo um efeito de sentido entre locutores (ORLANDI, 2002).

A análise do discurso foi concebida por Michel Pêcheux, em 1960, para trabalhar a fala e seu contexto (MINAYO, 2007), objetivando também substituir a análise de conteúdo tradicional. A análise de discurso tem em sua origem uma forte base interdisciplinar, articulando três áreas do conhecimento que são o materialismo histórico, a lingüística e a teoria do discurso, já nas primeiras publicações na França, tendo como principais representantes Michel Pêcheux e Michel Foucault (MINAYO, 2007; TEIXEIRA, 2005). A lingüística contribui, sobretudo, com seus estudos sobre a linguagem e a língua, pela afirmação da não transparência da linguagem. O marxismo histórico lembra que o homem faz a história, mas esta não lhe é transparente, enquanto que a psicanálise desloca a noção de homem para a de sujeito, o que o relaciona com o simbólico na história (ORLANDI, 2002). Estas três regiões são atravessadas e articuladas por uma teoria da subjetividade de natureza psicanalítica, ou seja, a teoria psicanalítica da subjetividade interfere nesses três campos (PÊCHEUX; FUCHS, 1993).

No domínio do discurso, tanto as falhas na ordem da língua quanto o modo específico de construção desse discurso interessam ao analista, ou seja, produzem sentido o que o sujeito diz, da maneira que preferir e o que falha na prática discursiva do sujeito. As falhas na ordem significante se realizam tendo uma condição de produção determinada, sendo o resultado do funcionamento da língua em relação ao inconsciente e a ideologia (MARIANI, 2003). A partir da descoberta do inconsciente por Freud, há uma mudança no conceito de sujeito, porque esse seu estatuto de entidade homogênea passa a ser questionado, quando se concebe um sujeito “*clivado, dividido entre o consciente e o inconsciente*” (MUSSALIN, 2000).

Segundo Pêcheux (1990), o sujeito é reconhecido por pelo menos dois esquecimentos. Em um, o sujeito tem a ilusão de que é criador do seu discurso, com a origem do sentido apagando tudo que remeta ao exterior de sua formação discursiva. No segundo esquecimento, o sujeito tem a ilusão de que tudo que ele diz tem apenas um significado, que será captado pelo seu interlocutor. Nesse caso, esquece que o discurso caracteriza-se pela retomada do que já foi dito, tendo o sujeito a ilusão de que sabe e controla tudo o que diz (PÊCHEUX; FUCHS, 1993).

Em todo discurso, há a possibilidade de uma desestruturação e reestruturação do que é dito; todo discurso potencialmente traz em si as marcas das filiações sócio-históricas, ao mesmo tempo em que ele se constitui na identificação com tais filiações. Tendo em vista este enfoque, considera-se que a análise de discurso prioriza o trabalho com a língua no mundo, levando em conta o homem na sua história (PÊCHEUX, 1990). Conseqüentemente, leva em consideração as condições de produção da linguagem, bem como as situações em que se produz o dizer, a língua e a exterioridade (ORLANDI, 2002).

A análise de discurso mostra interesse na língua funcionando para produzir sentidos; permite o desdobramento de unidades para além da frase, ou seja, preocupa-se com o texto (MARTINS, 2004) e concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade. Essa mediação, que é vivenciada através do discurso, torna possível tanto a permanência, quanto a continuidade e a transformação do homem e de sua realidade. O trabalho simbólico do discurso está na base da produção da existência humana (ORLANDI, 2002).

Essa análise não trabalha com a língua, enquanto um sistema abstrato, mas com a língua no mundo, com homens falando, escrevendo, considerando a produção de sentidos enquanto parte de suas vidas. Ela discute as ciências sociais; interroga a transparência da linguagem; objetiva o discurso como eixo de uma prática; lida com discurso de diversas

origens, no interior da situação em que foram produzidos; relativiza conceitos teóricos de que se serve a lingüística; instiga e inaugura novos conceitos, na medida em que traz de volta inúmeros aspectos da linguagem, que ficaram por algum tempo à margem (ORLANDI, 2002). Nesse contexto, busca compreender como a língua produz sentidos.

Ela não procura um sentido verdadeiro, como também reconhece que há uma verdade oculta atrás do texto. Há gestos de interpretação que o outro, assumindo o lugar de intérprete, busca compreender e atribuir sentidos ao que é dito. Nesse tipo de estudo, são respeitadas as peculiaridades e as singularidades, assim como a capacidade de significar-se, através da qual a linguagem é concebida como mediação necessária entre o sujeito e a realidade social (MINAYO, 2007). A análise de discurso não reconhece dados já estabelecidos, porque são resultados de uma construção que vai se produzindo no interior do próprio discurso. Por conseguinte, é importante a questão da interpretação, que, indubitavelmente, leva a uma questão igualmente importante que é a dos interdiscursos (BRANDÃO, 1991).

O foco do discurso é deslocado daquilo que o texto diz, para o como e o porquê aquele texto diz o que quer dizer, assim demonstra não se interessar pela interpretação semântica de seus conteúdos. Nesse sentido, o analista precisa ter a sensibilidade e a disposição para interpretar o dito ou até mesmo o não dito, atribuindo-lhe um sentido que pode ser absolutamente singular (MAINGUENEAU, 2004).

O estudo da gravidez na adolescência é perpassado por um discurso próprio das mães, o qual reflete essa vivência num período de vida marcado pela necessidade de novas experiências. Dessa forma, a análise do discurso de puérperas adolescentes pode ser muito rica, pela possibilidade de se compreender sentimentos não verbalizados, escondidos por trás das palavras, captados sob a forma de história oral temática, uma vez que está voltada para o lugar da gravidez e a temporalidade da gestação, ou seja, os interdiscursos contidos no discurso.

A história oral temática, como um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto (a gravidez) e que continua com o estabelecimento de um grupo de pessoas a serem entrevistadas (puérperas adolescentes), é a prática de apreensão de narrativas, feita através do uso de meios eletrônicos. Destina-se a recolher testemunhos, promover análise de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato (MEIHY; HOLANDA, 2007). No centro do trabalho do oralista, está a liberdade, como valor supremo do ser humano, com a qual é possível analisar um determinado evento ou situação, segundo o estabelecimento de questionários orientados para fins específicos (VARGAS,

2002). Nesse contexto, a história oral temática torna-se o gênero de melhor aplicabilidade para busca de esclarecimentos de situações conflitantes, polêmicas, contraditórias e pouco exploradas da gravidez na adolescência (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Desde que o homem conseguiu adquirir e desenvolver a linguagem, com intenção de se comunicar, passou de alguma forma a registrar e contar suas histórias, inicialmente sob a forma de pinturas rupestres, nas quais havia o registro de história do cotidiano dos homens; existiam personagens e ações que, naquele dado momento histórico, davam corpo ao enredo (FARACO, 1996) e, posteriormente, sob a forma de escrita. Independente da forma, a narrativa é como uma *“técnica de reconstrução de unidades que recapitulam a experiência, na mesma ordem dos eventos originais”*. Enfatiza-se, porém, que nem toda recapitulação de eventos originais pode ser considerada uma narrativa, mas somente aquelas que dão conta de uma dependência temporal entre enunciados, além de haver o uso de verbos de ação (PERRONI, 1992).

Para Bruner (1997, p. 57), *“a narrativa não é apenas enredo estruturador ou dramatização. Nem é apenas historicidade ou diacronia. Ela é também um meio de usar a linguagem”*. Em seu sentido mais geral, narrativa é um nome que pode ser dado para um conjunto de estruturas lingüísticas e psicológicas e transmitidas cultural e historicamente, sendo delimitadas pelo nível do domínio de cada pessoa individualmente, pela combinação de técnicas sócio-comunicativas e habilidades lingüísticas (BRUNER, 1991).

Narrar, na visão de Gancho (2001), é um comportamento que faz parte da própria origem do ser humano. Todas as pessoas, de uma forma ou de outra, sempre trazem histórias para contar. Todavia cada uma apresenta seu estilo próprio; de uma maneira singular elabora e expressa, através da linguagem, o seu enredo, salientando ainda, que cada enredo possui suas características e tensões próprias do discurso narrativo.

Considerando-se que a narrativa é algo presente em todo contexto social, narrar faz parte da própria história do ser humano. Todos os sujeitos de uma forma ou de outra contam suas histórias, levando em consideração suas condições particulares de uso da linguagem, o contexto, suas paixões e curiosidades, buscando expressar eventos da vida, intenções, sonhos, doenças, estados de felicidade ou angústia, ou seja, a narrativa apresenta-se como uma história contada de acordo com as idéias do seu narrador – um enredo.

O enredo pode ser também denominado de trama. É nele em que se encontra a ação da história, que pode ser uma seqüência de fatos, os quais, colocados em uma ordem, dão o

caráter da formação de uma história. Os personagens têm a função de dar movimento, ou seja, praticam as ações, pois são participantes efetivos da história. No entanto, para haver o enredo, este precisa de um ambiente onde os fatos ocorrem. Para que a narrativa realmente exista, é necessária a presença e a ação do narrador, porque este último é de fato o responsável pela estruturação da narrativa. O narrador é aquele que sabe a história, mas, dependendo do seu estilo de narrar, pode assumir o lugar de narrador presente em todos os fatos ou de se manter fora deles, assumindo o papel de um narrador observador (GANCHO, 2001).

Para Spinillo (1996), a produção de narrativas pode ser considerada uma habilidade complexa de natureza cognitiva, lingüística e social. Para que se possa narrar uma história real, imaginária ou uma experiência pessoal é imprescindível ter o conhecimento sobre conteúdo, representação e memorização de eventos e de temas; conhecimento contextual que está ligado às noções que o narrador possa ter com relação às funções de uma narrativa em um determinado contexto; conhecimento macro e micro-lingüísticos.

Os elementos de uma narrativa, não importando sua extensão ou composição, abrem espaço para muitos sentidos e direções, subordinando o que a eles se segue e, ao mesmo tempo, deixando-se subordinar por eles. Essa é uma forma de tensão que se observa em situações de narrativa, quando o sujeito expressa, através da linguagem, o (s) sentido (s) que deseja dar a sua narração. O discurso narrativo, devido a essa sua tendência de mostrar-se como monólogo, é passível de apresentar o sujeito, como autor do seu próprio discurso (PERRONI, 1992).

A narrativa pode ser considerada como um veículo que lida com o material da ação e da intencionalidade humana, intermediando o mundo da cultura, dos desejos, das crenças e das esperanças; tornando o excepcional compreensível e o comum aparentemente complexo. Assim, pode-se falar sobre um “parentesco estrutural ou uma afinidade entre as narrativas ficcional e empírica”.

Ambas parecem bastante próximas, pois narrativas ficcionais muito freqüentemente provêm de situações da vida real e uma narrativa, baseada em fatos reais, procede, de certa forma, do imaginário do narrador (BRUNER, 1997 p. 52).

Falar do “silêncio”, quando se enfocam as questões da narrativa oral, pode parecer “*contraditório*”, contudo, é de se perceber que todo discurso também é constituído de silêncios, que trazem em si significados tais como as palavras que são ditas. O silêncio pode

estar diretamente vinculado à dimensão da incompletude da linguagem, em que todo dizer está relacionado ao não dizer. “*Pode-se pensar o silêncio não como falta; ao contrário, pensar a linguagem como excesso*” (ORLANDI, 1995, p. 33). Nessa perspectiva, no silêncio há sentidos, pois ele significa algo a ser dito através do não dito.

A linguagem é conjugação significativa da existência e é produzida pelo homem, para domesticar a significação. A fala divide o silêncio. Organiza-o. O silêncio é disperso e a fala é voltada para unicidade e as entidades discretas: formas, segmentos visíveis e funcionais que tornam a significação *calculável* (ORLANDI, 1995, p. 34).

À medida que o silêncio vai mediando as relações entre linguagem, mundo e pensamento, resiste à pressão de controle, que é própria da linguagem. Pensar o silêncio no discurso narrativo é, sem dúvida, problematizar a noção de linearidade e completude do discurso. A significação não pode ser concebida em uma linha reta ou mesmo mensurável, principalmente no discurso de um sujeito afásico, considerando que o funcionamento da linguagem encontra-se de alguma forma alterado, o que faz naturalmente com que a incompletude apresente-se com uma frequência maior. O fato é que, nessa linha de pensamento, tem-se que vislumbrar a presença do outro na relação discursiva. A falta, a ausência da palavra pode denotar algo que, nos limites da dialogia e na relação com o outro, passa a ganhar significado.

O silêncio daquele que tenta usar a linguagem e que, por alguma razão, defronta-se com uma impossibilidade (emocional, política, religiosa ou orgânica), deve ser considerado, pois cada discurso é produzido por alguém que “fala” sobre algo e de algum lugar. Nesse caso, o silêncio, da forma como está sendo abordado, não é vazio e sem sentido. Ele causa efeito no outro, que vê a linguagem significar, sair do “vazio” e instaurar algo que pode ser dito “*de outra forma, em possíveis sentidos*” (ORLANDI, 1995).

Transportar a análise de discurso para o tema do presente trabalho – gravidez na adolescência - é um desafio. Parece plausível supor que a narrativa dos eventos de vida de adolescentes grávidas é carregada de silêncios, a começar de seus sentimentos ao ter certeza da gravidez. Diferente de mulheres mais velhas, alguns desses silêncios podem ter se originado de necessidades sociais, culturais ou mesmo para continuar sendo aceitas por seus pares. Outros silêncios se instalam pela própria perplexidade que a gravidez representa em suas vidas. Esses silêncios vão se constituir em interdiscurso; estarão subentendidos na narrativa. Sua interpretação pode facilitar a identificação da evolução social e cultural do fenômeno gravidez na adolescência, para além dos aspectos biológicos.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Avaliar a qualidade de vida de mães adolescentes atendidas pelo Sistema Único de Saúde no Recife e sua associação com indicadores sociais de risco obstétrico.

3.2. Específicos

- Determinar a qualidade total de vida de mães adolescentes pelo Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers.
- Avaliar o grau de satisfação que mães adolescentes vivenciaram durante a gravidez e após o parto e a importância que atribuíram aos domínios familiar, socioeconômico, psicológico e espiritual e de saúde e capacidade funcional.
- Analisar a associação entre os domínios do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers e os indicadores sociais de risco obstétrico.
- Comparar, pela análise de discurso da história oral temática de mães adolescentes, a pontuação que atribuíram a sua qualidade de vida e suas afirmações obtidas em entrevista semi-estruturada.

4. **Artigo** - Puérperas adolescentes do Recife: qualidade de vida e perfil social com base nos indicadores de risco

Nota de Pesquisa a ser enviada para a *Revista História, Ciências, Saúde Manguinhos*
ISSN 1678-4758 (Anexo E)

Puérperas adolescentes do Recife: qualidade de vida e perfil social com base nos indicadores de risco

Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula

Kalina Vanderlei Silva

janainasantos_fop@yahoo.com.br

Dissertação de Mestrado em Hebiatria

Universidade de Pernambuco

Recife, 2009

Resumo

A gravidez na adolescência tem sido estudada do ponto de vista biológico, com ênfase nos riscos aos quais a gestante está exposta e quanto aos aspectos sociais e econômicos, que podem comprometer a qualidade de vida. Associando a abordagem qualitativa a quantitativa pela análise de discursos de doze puérperas adolescentes foi possível concluir que a gravidez na adolescência apesar de trazer comprometimento à qualidade de vida das adolescentes, representa um evento social, econômico e cultural, que envolve diversos atores e exige de todos eles uma adaptação marcada pelo acolhimento, mas também pelo sofrimento, porque essa adaptação tem que ser feita de forma abrupta, a partir do nascimento do filho.

Palavras-chave: Adolescência; Gravidez; Qualidade de Vida.

Introdução: a gravidez na adolescência tem sido estudada do ponto de vista biológico, com ênfase nos riscos aos quais a gestante está exposta, e quanto aos aspectos sociais e econômicos. A compreensão da influência do grau de percepção das adolescentes sobre sua qualidade de vida e de sua relação com o nascimento de um filho pode permitir transcender o enfoque epidemiológico e revelar a complexidade do fenômeno. Objetivos: avaliar a qualidade de vida de mães adolescentes, por meio do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers e da análise da história oral associando as características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis dos pais da criança, apontadas pelo Ministério da Saúde como fatores de risco para a gravidez. Metodologia: pesquisa híbrida constituída por: (1) aplicação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers junto a 135 puérperas, com idade entre 10 e 19 anos, de cinco maternidades do Sistema Único de Saúde da cidade do Recife, Pernambuco entre Maio e Julho de 2008, (2) entrevista gravada conduzida através de formulário estruturado, após obtenção do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers.

Resultados: as adolescentes apresentavam defasagem escolar, atribuída à gravidez; mantinham-se em união consensual com a concordância do núcleo familiar formado por mais de quatro pessoas em 67,4% dos casos, com renda mensal máxima de três salários mínimos, tendo por responsável outra pessoa, que não o companheiro. Haviam iniciado vida sexualmente ativa antes dos 16 anos de idade e não faziam uso de métodos contraceptivos; tinham por parceiro um jovem com menos de 25 anos de idade, que não estudava e trabalhava percebendo uma renda mensal também máxima de 3 salários mínimos. A gravidez não lhes impôs constrangimentos pessoais, sociais ou familiares; não se constituiu em entrave para o trabalho ou para os estudos, mas, sim, para o lazer. Não houve transgressão às normas familiares, já que a comunidade em que elas faziam parte era ingenuamente epicurista. A maior pontuação para o domínio familiar do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers pode ter derivado da benevolência na aceitação da gravidez das filhas adolescentes; apesar de nos interdiscursos as soluções estivessem no núcleo familiar. Essa constatação reforçou o fato da inexistência de tabus da comunidade ou outras interdições sobre o exercício da sexualidade impulsionada pelo vigor da adolescência e despreocupada com a maternidade, encarada como um processo natural. A situação da gravidez foi percebida como a busca da liberdade e autonomia dentro de tradições familiares associada a uma existência resumida ao aqui e agora. Em relação à adolescência normal, constatou-se nos interdiscursos a necessidade das orientações preventivas envolverem questões do presente para se tornarem mais efetivas. O imediatismo da adolescência pode também ter contribuído para que as afirmações /.../possibilidade de ter uma criança/.../, /.../possibilidade de viver por longo tempo/.../ e /.../capacidade de cumprir responsabilidades familiares/.../ tivessem obtido as maiores pontuações nos domínios saúde e capacidade funcional do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. A iniciação sexual precoce caracterizou as adolescentes analisadas, já que 71,1% mantiveram a primeira relação sexual antes dos 16 anos de idade. A falta de acolhimento e a percepção de não ser amada no seio familiar contribuiu para que as adolescentes se deixassem levar pelo biológico, não sendo capaz de se submeter às normas sociais ou às convicções morais e sociais, porque a relação de autoridade se mantém pelas trocas afetivas familiar e o nascimento do filho representaria o início de nova família. Esse processo pode ter permeado o fato de as pontuações atribuídas pelas adolescentes pesquisadas à aparência pessoal e à realização dos objetivos pessoais terem sido as menores do domínio psicológico e espiritual do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers, como também para o relacionamento com o esposo/companheiro. Ficaram evidentes as perdas relativas ao

domínio socioeconômico. Não ter trabalho, escolaridade e independência financeira foram consideradas as maiores perdas de qualidade de vida. A maternidade na adolescência pode se constituir num fator de instabilidade na vida da jovem mãe, que conduz sua rejeição pelo anterior sistema de apoio afetivo e marginalização face à escola e à vida profissional. Ainda que se considere a maternidade na adolescência como causa ou conseqüência de uma exclusão social ou de uma perturbação social, o conhecimento consolidado e consensual é que baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico, união livre com o parceiro e dedicação a atividades domésticas são fatores de risco para gravidez na adolescência e estiveram presentes na maioria delas. A gravidez na adolescência promoveu uma ressignificação no rito de passagem de criança a adulto, como um processo complexo, cujo ponto alto é o nascimento do filho. Esse nascimento, independente do apoio familiar, suscita na adolescente novos questionamentos para os quais ela pode não estar preparada e não ter defesas, o que explica as baixas pontuações atribuídas às questões de mudança de humor, nível de estresse ou preocupações com a vida e intensidade de irritação, no domínio de saúde e capacidade funcional do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. No rito de passagem de criança a adulto, segundo a Psicologia do Desenvolvimento, o adolescente é mais capaz de pensar em situações hipotéticas e conceitos abstratos, o que lhes garante a possibilidade de planejar o futuro. Parece plausível supor que as adolescentes que engravidam, sem haver planejado, ainda estariam na fase de resolução de engravidar e, conseqüentemente, ao ansiarem por intimidade, não são capazes de antecipar a gravidez como conseqüência dessa intimidade. Ao nascimento do filho, não podiam se guiar por uma situação hipotética, porque estavam diante de um fato que não era previsto. Disso, advieram a irritação, a preocupação, o estresse e a mudança de humor bem como o fato de a grande maioria das adolescentes não terem permitido que seus depoimentos fossem gravados. Conclusão: a gravidez na adolescência promoveu piora da qualidade de vida das puérperas, especialmente no aspecto socioeconômico, assim como foi ressignificada, após o nascimento do filho, como um evento que exigiu mudança de comportamento da adolescente e de sua família.

5. **Artigo** - Qualidade de vida e perfil social de puérperas adolescentes do Recife

Artigo de Tema Livre a ser enviado para a **Revista de Saúde Pública** ISSN (Anexo F)

ISSN 0034-8910 *printed version* ISSN 1518-8787 *versión online*

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS E PERFIL SOCIAL: O CASO DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES DO RECIFE*

* Baseado em dissertação de mestrado intitulada “Puérperas adolescentes do Recife: qualidade de vida e perfil social com base nos indicadores de risco” apresentada à Universidade de Pernambuco em 2009.

Paula, Janaina Maria dos Santos Francisco de ¹

Silva, Kalina Vanderlei Paiva da ²

1. Autora. Mestre em Hebiatria pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco/UPE. A autora participou da concepção do artigo e interpretação dos dados. Contato: janainasantos_fop@yahoo.com.br.

2. Orientadora. Doutora em História pela UFPE. Autora de ‘Dicionário de Conceitos Históricos’, Ed. Contexto. 2005. Coordenadora do GEHSCAL – Grupo de Estudos em História Sociocultural da América Latina. Contato: gehscal@uol.com.br. A autora participou da revisão do manuscrito.

Correspondências para: Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula.

Endereço eletrônico: janainasantos_fop@yahoo.com.br. Endereço postal: Rua do Pombal 585, Santo Amaro, Recife – PE, CEP: 50100-170. Tel: (81) 3222-5497/9973-2892

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de mães adolescentes pelo Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers e pela análise de história oral e sua associação com características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis da mãe e do pai da criança. **Métodos:** Tratou-se de uma pesquisa híbrida combinando a abordagem qualitativa da história oral em saúde à análise estatística dos dados com amostra probabilística e do tipo intencional, desenvolvida em cinco maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade do Recife, Estado de Pernambuco, no período de Maio a Julho de 2008 por amostragem probabilística intencional. Foram incluídas 135 puérperas, com idade entre 10 e 19 anos, letradas, que concordaram voluntariamente em participar no estudo. **Resultados:** A qualidade de vida geral pelo Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers igualou-se a 78,79% de satisfação e importância, com maior percentual para o domínio familiar (84,16%) e menor para o socioeconômico (69,89%). Na análise de discurso, foram identificados: gravidez como decisão pessoal, sentimentos de perda de lazer e convívio social, condescendência familiar na constituição de núcleo familiar próprio. **Conclusão:** Apesar de desejada, na maior parte dos casos, a gravidez comprometeu a qualidade de vida das adolescentes.

Descritores: Adolescência, Gravidez, Qualidade de Vida.

Introdução

A importância da saúde reprodutiva de adolescentes é cada vez mais reconhecida, particularmente nos países em desenvolvimento e, nesse contexto, a gravidez na adolescência é um tema que suscita interesse entre estudiosos de várias áreas. Esse interesse pode ter duas explicações: a primeira se refere à preocupação pelos problemas de saúde dos adolescentes e a segunda, ao aumento da fecundidade na adolescência, em contraste com a tendência demonstrada por outros grupos etários ¹.

Enquanto na perspectiva da saúde, a gravidez na adolescência tem sido discutida levando-se em consideração os riscos para a mãe e para a criança, questões relacionadas à saúde e em relação aos fatores sociais e econômicos ², do ponto de vista do enfoque social, os estudiosos abordam as diferenças nas taxas de fecundidade de acordo com a distribuição territorial ^{3, 4} e a interrupção da formação escolar das mães, principalmente naquelas com gravidez recorrente ^{5, 6}.

Essas abordagens silenciam as diferenças sobre como as classes sociais lidam com a gravidez, o que contribui para reforçar a versão estereotipada e simplificada do fenômeno ⁷.

Levando-se em consideração a transição demográfica no país, a fecundidade das mulheres das outras faixas etárias vem decrescendo enquanto a fecundidade na adolescência vem aumentando. No Brasil, a fecundidade total aumentou de 75:1.000 para 94:1.000, entre 1991 e 2000; 20% a 25% do total de mulheres gestantes eram adolescentes, sendo que, em 2002, foram realizados quase 1.700 partos por dia, de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos ⁸.

No plano reprodutivo, a maturidade sexual obtida antes da maturidade social, emocional ou econômica estimula o início precoce da atividade sexual, sem o devido conhecimento dos métodos contraceptivos, tornando as adolescentes vulneráveis à gravidez indesejada, à aquisição de infecções sexualmente transmissíveis e a outros agravos à saúde ^{9; 10}.

Nos segmentos menos favorecidos, em decorrência da maior vulnerabilidade econômica e social, a gravidez na adolescência compromete o futuro profissional,

devido à interrupção da escolarização, dificuldades na inserção ou retorno ao mercado de trabalho e conseqüente marginalidade social e econômica ¹¹.

Apesar da predominância de jovens na base da pirâmide etária do Recife e das desigualdades sociais presentes no Recife ¹², as estatísticas demonstram que a gravidez na adolescência parece, em algumas situações, desempenhar um papel significativo na vida dessas jovens e, contrariando os discursos mais alarmistas, muitas delas desejam engravidar ¹³. A observação de algumas mães adolescentes permite inferir que a gestação nessa fase da vida reflete não uma irresponsabilidade e, sim, um projeto de vida. *“Cuidar de um filho torna-se um ato planejado, uma tentativa de construção da própria família, uma oportunidade de antecipar uma fase do ciclo vital”* ¹⁴.

Compreender a influência do grau de percepção das adolescentes sobre sua qualidade de vida e sua relação com o nascimento de um filho pode permitir transcender o ponto de vista epidemiológico, revelando a complexidade do fenômeno no discurso dos atores sociais.

O objetivo deste artigo foi avaliar a qualidade de vida de mães adolescentes atendidas pelo Sistema Único de Saúde, no Recife, por meio do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers e sua associação com características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis da mãe e do pai da criança, apontadas pelo Ministério da Saúde como fatores de risco para a gravidez.

Métodos

Tratou-se de uma pesquisa híbrida desenvolvida em maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade do Recife, Estado de Pernambuco, no período de Maio a Julho de 2008.

Foram empregados como instrumentos de coleta: a) um formulário, contendo informações sócio-demográficas, antecedentes pessoais e obstétricos da entrevistada e informações sócio-demográficas do pai da criança, b) Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers ¹⁵ e c) formulário de entrevista semi-estruturada para coleta da história oral das adolescentes.

As variáveis independentes comuns às adolescentes puérperas e seu companheiro foram: idade, estado civil, escolaridade, características de moradia relativas ao núcleo familiar, grau de relacionamento com o responsável pela residência e renda. Foram ainda consideradas variáveis das puérperas relativas a turno de estudo, ocupação laboral segundo os níveis de complexidade e formação da Classificação Brasileira de Ocupações, número de pessoas no domicílio e antecedentes ginecológicos e obstétricos. Do pai da criança foi investigada a intenção de assumir a paternidade.

As variáveis dependentes foram os domínios de saúde e capacidade funcional, socioeconômico, psicológico/espiritual e de família do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers ponderados segundo satisfação com a vida e importância atribuída pelas adolescentes puérperas a diversos aspectos da vida.

Apesar de 135 adolescentes terem participado da pesquisa somente doze permitiram que suas entrevistas fossem gravadas.

As informações sócio-demográficas, ginecológicas/obstétricas e de qualidade de vida foram organizadas em banco de dados por meio do programa Epi-Info versão 3.4.3, de 2007 e analisadas com o programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 13.0. Os depoimentos obtidos na coleta não serão analisados neste artigo.

Para as variáveis independentes, empregou-se distribuição de frequências absolutas e relativas, assim como os parâmetros da Estatística Descritiva.

O projeto de pesquisa original foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM.

Resultados

A amostra das puérperas adolescentes apresentou com média de idade igual a $17,1 \pm 0,1$ anos e mediana de 17 anos, em união consensual (50,4%), com escolaridade até nível fundamental incompleto (54,1%), sem atividade laboral (85,9%), desenvolviam as atividades escolares no turno noturno (52,5%), houve

predomínio da evasão por gravidez (61%) dentre aquelas que declararam não estar estudando à época da pesquisa.

As puérperas provinham de famílias com renda mensal entre 1 a 3 salários mínimos (79,3%), cujo domicílio, na maioria dos casos, era habitado por integrantes de um núcleo familiar (59,3%), composto por quatro a sete pessoas (53,3%), tendo por responsável um familiar da adolescente (50,4%).

Das 55 adolescentes que tinham o cônjuge como responsável pelo domicílio, 41 (74,5%) declararam-se casadas, coabitando em núcleo unifamiliar, 3 (5,5%) consideraram-se solteiras, mas também tinham domicílio unifamiliar, enquanto que 11 (20%) eram casadas e conviviam em núcleo multifamiliar.

A menarca ocorreu de forma mais frequente na faixa etária de 9 a 12 anos (60%) e a primeira relação sexual antes dos 16 anos de idade (71,1%), mantendo semanalmente, à época da pesquisa, uma frequência de uma a três relações (51,1%) sem uso de métodos contraceptivos (54,8%).

Os pais declarados como parceiro fixo (58,5%) tinham idade de 20 a 24 anos (45,2%) e viviam em união consensual com a puérpera (51,1%) pretendiam assumir a paternidade (84,4%). Os pais com atividade laboral (76,3%), percebiam renda mensal entre 1 e 3 salários mínimos (74,8%).

A qualidade de vida geral pelo Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers foi considerada como correspondente a 78,79% de um total de 100% de satisfação e importância dos itens investigados. Constatou-se que as puérperas perceberam melhor qualidade de vida no domínio familiar (84,16%), seguindo-se em ordem de grandeza o domínio psicológico e espiritual (83,89%). O domínio pontuado pelas puérperas como o mais comprometido foi o socioeconômico (69,89%) (Figura 1).

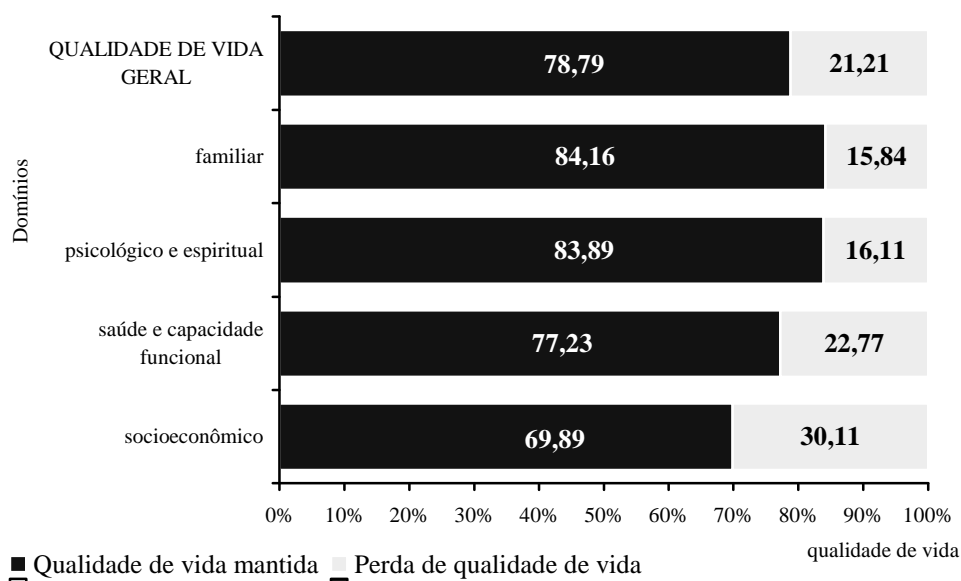


Figura 1 – Distribuição dos percentuais de qualidade de vida mantida e perdida de 135 puérperas, segundo os domínios do Índice de Qualidade de Vida Ferrans e Powers

Avaliando a associação das variáveis sócio-demográficas, socioeconômicas e ginecológicas das puérperas com a qualidade de vida total, constatou-se maior satisfação e importância atribuída pelas puérperas casadas ($p=0,048$), com moradia multifamiliar ($p=0,015$) e com renda mensal de um salário-mínimo ou maior ($p=0,003$) (Tabela 1).

Variáveis relativas à puérpera	Domínios					Qualidade de vida total
	saúde e capacidade funcional	socioeconômico	psicológico e espiritual	Familiar		
Faixa etária						
11 a 16	23,13±2,89	20,77±3,20	25,41±2,31	24,92±2,45	23,21±2,29	
17 a 19	23,18±2,81	21,05±3,46	25,07±3,50	25,38±2,98	23,26±2,46	
Valor de p	0,918	0,667	0,571	0,392	0,908	
Escolaridade						
Fundamental incompleto	23,00±2,78	20,43±3,42	25,15±3,45	25,32±2,91	23,04±2,54	
Fund. completo/Médio incompleto	23,31±2,90	21,12±3,25	25,11±2,97	25,11±2,95	23,32±2,28	
Médio completo	23,62±2,93	23,56±2,38	25,52±2,49	25,33±1,85	24,17±1,98	
Valor de p	0,712	0,010	0,922	0,912	0,319	
Trabalha						
Sim	23,71±2,60	23,23±2,66	25,65±1,91	24,88±2,28	24,10±1,75	
Não	23,08±2,86	20,60±3,34	25,09±3,35	25,30±2,92	23,11±2,47	
Valor de p	0,370	0,001	0,479	0,543	0,096	
Estado civil						
Solteira	22,70±3,02	20,52±3,23	24,70±3,00	24,30±2,92	22,74±2,46	
Casada	23,50±2,67	21,20±3,43	25,46±3,30	25,95±2,57	23,58±2,33	
Valor de p	0,100	0,250	0,176	0,001	0,048	
Característica da moradia						
Multifamiliar	23,86±2,42	21,08±3,17	26,09±1,88	26,04±2,12	23,85±1,91	
Unifamiliar	22,69±3,00	20,85±3,52	24,51±3,71	24,72±3,14	22,82±2,62	
Valor de p	0,018	0,695	0,005	0,008	0,015	
Quantidade de pessoas que moram no domicílio						
1 a 3	22,74±3,13	20,75±3,75	24,65±4,14	24,88±3,34	22,87±2,78	
4 a 7	23,22±2,68	20,92±3,07	25,21±2,68	25,30±2,63	23,27±2,23	
8 ou mais	23,97±2,52	21,66±3,66	26,21±2,11	25,89±2,24	24,06±1,98	
Valor de p	0,275	0,605	0,206	0,421	0,195	
Renda mensal (salários mínimos)						
< 1 salário	21,74±3,21	19,52±3,24	24,20±3,47	24,38±3,54	21,96±2,64	
1 ou mais	23,50±2,64	21,30±3,33	25,39±3,09	25,45±2,62	23,54±2,26	
Valor de p	0,005	0,017	0,092	0,088	0,003	

(1): Através do teste t-Student com variâncias iguais

Tabela 1– Distribuição das variáveis sócio-demográficas, socioeconômicas e ginecológicas das puérperas, segundo domínios do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers

Constatou-se que maior escolaridade e presença de trabalho associaram-se com melhor qualidade de vida apenas no domínio socioeconômico e essas diferenças foram significantes ($p=0,010$ e $p=0,001$, respectivamente). Estar casada contribui para melhor qualidade de vida no domínio familiar ($p=0,001$). A característica de moradia multifamiliar associou-se a maior satisfação e importância nos domínios saúde e capacidade funcional ($p=0,018$), psicológico e espiritual ($p=0,005$) e familiar ($p=0,008$). Finalmente, a renda mensal igual ou maior a um salário-mínimo associou-se a melhor qualidade de vida nos domínios saúde e capacidade funcional ($p=0,005$) e socioeconômico ($p=0,017$).

A partir da análise das associações entre as características do companheiro, a qualidade de vida total e os domínios, constatou-se que nenhuma delas associou-se a maior satisfação ou importância para as puérperas. No entanto a pretensão do

pai em assumir a criança associou-se significativamente com melhor qualidade de vida no domínio familiar ($p=0,035$). Esposo ou companheiro com idade maior que 24 anos ($p=0,036$) e que trabalhava ($p=0,007$) contribuiu para maior satisfação e importância no domínio socioeconômico, enquanto que o estado civil casado ou em união marital associou-se ao domínio familiar ($p=0,007$).

Discussão

O desenho do estudo possibilitou conhecer a realidade das adolescentes, valorizar sua experiência e reconstruir o percurso trilhado durante o período gestacional.

Para analisar de forma mais abrangente os resultados relativos à qualidade de vida das adolescentes puérperas, é preciso traçar seu perfil, considerando as características identificadas na maioria delas.

Em suas narrativas, deixavam perceber claramente que a gravidez não lhes tinha imposto constrangimentos pessoais, sociais ou familiares; não se constituiu em entrave para o trabalho ou mesmo para os estudos, mas, sim, para o lazer, já que trabalho e estudo estavam ausentes ou eram pouco relevantes para elas. Sua gravidez também não significou um desafio às normas familiares, já que a comunidade era ingenuamente epicurista, nem política, nem moralismo, nem preocupações materiais e nem mesmo grandes expectativas românticas integravam o universo desse grupo pesquisado ¹⁶.

A maior pontuação para o domínio familiar do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers conferido pelas adolescentes pesquisadas pode ter derivado da benevolência na aceitação da gravidez das filhas adolescentes nas famílias acolhedoras. A postura acolhedora é uma forma de readaptação à maternidade, que exige a revisão dos valores para buscar a solução mais harmoniosa para apoiar o projeto de vida da adolescente. Significa dizer que a gravidez na adolescência não deve ser vista como um acontecimento pessoal isolado, mas, sim, deve ser contextualizada do ponto de vista familiar e social.

A inexistência de tabus da comunidade ou outras interdições sobre o exercício da sexualidade impulsionada pelo vigor da adolescência e despreocupada com a maternidade é encarada como um processo natural ¹⁶. Opala (19 anos), questionada sobre suas expectativas para o futuro, colocou, até com propriedade, o valor que lhe foi ensinado pela família, de que cabe ao núcleo familiar o cuidar, independente das condições sociais e da responsabilidade que esse cuidar exige. O interdiscurso dessa adolescente demonstrou que a responsabilidade pode ser transferida:

Coral (17 anos) também reforçou essa transferência de responsabilidade ao mesmo tempo em que sugeriu o papel da família no apoio à perda de referência do parceiro e a uma imaturidade tão acentuada que chega mesmo a tolher as expectativas de vida, enquanto pessoa.

Para as adolescentes pesquisadas, a situação da gravidez é percebida como a busca da liberdade e autonomia dentro de tradições familiares mesmo sem planos para o futuro e a uma existência resumida ao aqui e agora.

A atemporalidade presente nos interdiscursos demonstra que orientações preventivas precisam envolver questões do presente para se tornarem mais efetivas, tal como referiu Jade (15 anos) ao ser solicitada a aconselhar outras jovens de sua idade:

/.../ pra pensar duas vezes né ↑ porque quando a gente é mãe a gente dedica todo o tempo ao bebê ... e assim (++) eu não vou muito me prejudicar nisso porque eu também não era muito de sair entendeu ↑ eu e ele não é muito de sair a gente é fica mais em casa → pras meninas que gostam de sair se divertir passar as noites fora / é bom pensar duas vezes porque não vão mais poder mais fazer ::... bebê precisa de todo seu amor / dedicação essas coisas assim ... então é pra pensar duas vezes antes de engravidar né /

O puerpério de um parto sem intercorrências, dentro do imaginário da perfeição e da invulnerabilidade, refletem o imediatismo da adolescência

A precocidade da coitarca está relacionada à falta de acolhimento e à percepção de não ser amada no seio familiar e essa carência contribui para que a

adolescente se deixe levar pelo biológico, não sendo capaz de se submeter às normas sociais ou às convicções morais e sociais, porque a relação de autoridade se mantém pelas trocas afetivas, e, assim, o nascimento do filho representaria o início dessa nova família. Parece pertinente retornar à abordagem de Heilborn *et al.*⁷, de que não se pode analisar esses dados reforçando a versão estereotipada e simplificada do fenômeno, porque as diferenças sociais não podem permanecer encobertas.

As perdas relativas ao domínio socioeconômico foram consideradas as maiores perdas de qualidade de vida, o que corrobora que a maternidade na adolescência pode se constituir num fator de instabilidade na vida da jovem mãe, que conduz sua rejeição pelo anterior sistema de apoio afetivo e marginalização face à escola e à vida profissional. Baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico, união livre com o parceiro e dedicação a atividades domésticas são fatores de risco para gravidez na adolescência¹⁷ e estavam presentes na maioria delas.

A gravidez na adolescência pareceu promover uma resignificação no rito de passagem de criança a adulto, como um processo complexo, cujo ponto alto é o nascimento do filho. Esse nascimento, independente do apoio familiar, suscita na adolescente novos questionamentos para os quais ela pode não estar preparada e não ter defesas.

Ao nascimento do filho, não podiam se guiar por uma situação hipotética, porque estavam diante de um fato que não era previsto. Disso, advieram a irritação, a preocupação, o estresse e a mudança de humor. O mesmo raciocínio pareceu explicar o fato de a grande maioria das adolescentes não ter permitido que seus depoimentos fossem gravados.

Os resultados desta pesquisa reforçaram que a gravidez da adolescência compromete a qualidade de vida e representa um evento social, econômico e cultural, que envolve diversos atores e exige de todos eles uma adaptação marcada pelo acolhimento, mas também pelo sofrimento, porque essa adaptação tem que ser feita de forma abrupta, a partir do nascimento do filho.

Referências

1. Guimarães EB. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. cap. 28. São Paulo: Atheneu. 2001. p. 291-298.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Pré-natal. Cresce o número de consultas. Saúde da Mulher 2006(1)ano 1:18-23.
3. Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. Cad Saude Publica Rio de Janeiro 2006;22(Suppl. 7):1447-1458.
4. Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. Cad Saude Publica Rio de Janeiro 2006;22(Suppl. 7):1447-1458.
5. Rosa AJ. Novamente grávida: adolescentes com maternidades sucessivas em Rondonópolis – MT. 2007. 233f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.
6. Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev LatinoAm Enferm 2006;14(2):199-206.
7. Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E, Knauth D, Víctora C, *et al.* Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre. ano 8.2002(17):13-45.
8. Del Ciampo LA, Junqueira MJG, Ricco RG, Daneluzzi JC, Ferraz IS, Martinelli Júnior CE. Secular trend of adolescent prgnancy. Pediatr São Paulo 2004;28(1):21-26.
9. Borges ALV, Schor N. Trajetórias afetivo-amorosas e perfil reprodutivo de mulheres adolescentes residentes no município de São Paulo. Rev Bras Saude Materno Infantil 2006;6(4):419-426.

-
10. Frota MLM. Avaliação das condições de gestação, parto e recém-nascido de mães adolescentes do Recife um estudo com recorte de cor. 2007. 129f. Tese (Mestrado) – Universidade de Pernambuco. Faculdade de Odontologia. Programa de Mestrado em Hebiatria. Camaragibe, Pernambuco.
 11. Goldemberg P, Figueiredo MCT, Souza e Silva R. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica Rio de Janeiro* 2005;21(4):1077-1086.
 12. Araújo TB, Araújo TP. Recife: desenvolvimento e desigualdade. In: *Desenvolvimento Humano no Recife. Atlas Municipal. Recife. 2005.*
 13. Daadorian D. A gravidez e o desejo na adolescência. *Femina* 2002;30(2):133-134.
 14. Scott RP. Quase adulta, quase velha: por que antecipar as fases do ciclo vital? *Interface Comunicação Saúde e Educação São Paulo* 2001;5(8):61-72.
 15. Vido MB. Qualidade de vida na gravidez. 2006. 101f. Tese (Mestrado) - Centro de Educação Pesquisa e Extensão. Universidade de Guarulhos. São Paulo.
 16. Rodrigues RM, Carvalho CM. Adolescentes grávidas: um esforço de compreensão – um estudo na comunidade do Dendê. *Rev. Humanidades.* 2003;18(1):45-49.
 17. Gómez TG, Bautista EP, Palomo AAC, Martínez EVC. Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. *Rev Enfermería del IMMS Mexico* 2002;10(1):21-25.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência já foi considerada a partir das perspectivas de comprometimento no crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, educacional, de complicações advindas da gravidez e do parto. Essa característica, que parece estar se modificando, encontrou respaldo nos resultados da presente pesquisa, uma vez que as generalizações não permitem perceber que, pelo fato das adolescentes possuírem histórias de vida diferentes os simbolismos que envolvem a maternidade precisam ser considerados.

Sem dúvida, os adolescentes formam um grupo socialmente vulnerável às situações que podem comprometer seu desenvolvimento biopsicossocial, expondo-os a uma condição marginal em que as oportunidades diminuem cada vez mais, enquanto novas situações comprometedoras surgem, por vezes, atropelando o desenvolvimento puberal, a resolução dos conflitos psíquicos da adolescência e impedindo ou atrapalhando o desempenho de um papel social autônomo. No entanto a gravidez na adolescência pode também estar desempenhando o papel libertador de busca da autonomia social, uma vez que esse evento, por estar relacionado a vivências distintas, interfere nas possibilidades de escolha e nos projetos de vida.

Sob o olhar da biologia, há que se considerarem os riscos de uma gestação em um organismo cujo desenvolvimento ainda está por maturar, mas, sob o olhar social, o fato convida a outras reflexões, baseadas na narrativa das adolescentes pesquisadas. Nessas narrativas foram revelados aspectos e explicações que ficariam escondidos por trás dos números da pesquisa quantitativa da interpretação das pontuações do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers, tais como a gestação como decisão pessoal, a condescendência das famílias para com uma vida reprodutiva precoce e, sobretudo, o despertar da consciência da maternidade a partir da visão do concepto.

Esse despertar pareceu conferir à busca da autonomia social um novo significado para as adolescentes. Embora as adolescentes entrevistadas tenham obtido alta pontuação geral do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers, a análise de discurso das entrevistas gravadas demonstrou que elas perceberam a perda da liberdade de ir e vir livremente em detrimento da manutenção de um comportamento social aprovado e até incentivado por seus pares. As entrevistas e a leitura das narrativas deixaram perceber um forte sentimento de

“quase-arrependimento”, expresso sob a forma de conselho para outras jovens pensarem antes de engravidar, em linguagem social ou chula.

Assim, mesmo considerando o pequeno tamanho amostral e as condições sociodemográficas que podem não ser representativas da população de adolescentes, os resultados desta pesquisa pareceram indicar a necessidade de redirecionar a educação em saúde reprodutiva para adolescentes, assumindo que a sociedade, a mídia e os demais meios de comunicação os convidam ou mesmo os impelem a assumir uma vida “adulta” reprodutiva, ainda despreparados para os sentimentos e as preocupações que estão por vir, diante de uma gravidez.

Esse processo social, se assim se pode chamar, tem de tal forma se difundido entre os adolescentes, que chegou a modificar o comportamento das famílias, assumindo a responsabilidade do conceito, mesmo considerada sua situação financeira de vulnerabilidade, o que também se constatou nas narrativas.

Considerando que nas regiões Norte e Nordeste, o percentual de gestações sucessivas atinge 46,2% das adolescentes, fato que se correlaciona com o início precoce da vida sexual, então as dimensões sociais são alarmantes, o que parece indicar a necessidade da mudança do diálogo entre o sistema de saúde e os adolescentes. Não se trata apenas de lhes ensinar a biologia do aparelho reprodutor, mas contextualizar com eles também a ressignificação da gravidez na adolescência, enquanto fator que lhes compromete a qualidade de vida. Esse parece ser o ponto mais importante desta pesquisa.

Novas pesquisas precisam estar direcionadas para o detalhamento da qualidade de vida, numa coorte, para comparar essa qualidade durante a gravidez, o puerpério e a vivência plena da maternidade.

7. REFERÊNCIAS

- Almeida LMP. Vulnerabilidade social. In: Desenvolvimento Humano no Recife. Atlas Municipal. Recife. 2005.
- Almeida MAS. Gravidez adolescente: a diversidade das situações. *Rev Bras Estudos da População* 2002;19(2):197-207.
- Almeida MAS. Treze meninas e suas histórias...2001. Tese (Doutorado) – Departamento de Sociologia. Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista. Campus de Araraquara.
- Amazarray MR, Machado OS, Oliveira VZ, Gomes WB. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. *Psicologia reflexão e crítica*. Porto Alegre. 1998;11(3).
- Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo j, *et al*. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade de perfis sociais. *Cad Saude Publica Rio de Janeiro* 2003;19(Suppl. 2):S 377-388.
- Aquino-Cunha M, Queiroz-Andrade M, Tavares-Neto J, Andrade T. Gestação na adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002;24(8):513-519.
- Araújo TB, Araújo TP. Recife: desenvolvimento e desigualdade. In: Desenvolvimento Humano no Recife. Atlas Municipal. Recife. 2005.
- Ariés P. História social da criança e da família. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- Arilha M. Desejo da maternidade, tecnologias conceptivas e o Estado: rápidas considerações. In: Scavone L (org.). *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Unesp. 1996. p. 199-204.
- Belo MAV. Conhecimento, atitude e prática em relação aos métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. 2001. 121f. Tese (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo.
- BEMFAM. Pesquisa Nacional sobre Desenvolvimento e Saúde (PNDS). Rio de Janeiro: BEMFAM. 1997. 128p.
- Blay SL, Merlin MS. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida In: Schor N (ed). *Guia de qualidade de vida*. Barueri: Mannole, Série Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. 2006; (3):19-30.
- Bocardi MIB. Gravidez na adolescência: o parto enquanto espaço do medo. 1nd ed. São Paulo: Arte e Ciência. 2003. 128p.

- Borges ALV, Schor N. Trajetórias afetivo-amorosas e perfil reprodutivo de mulheres adolescentes residentes no município de São Paulo. *Rev Bras Saude Materno Infantil* 2006;6(4):419-426.
- Bozon M, Enoch E. Brésil: la transition démographique rapide d'un pays hétérogène. *Population et Sociétés* 1999(345).
- Brandão HHN. Introdução à análise do discurso. São Paulo: Unicamp, 1991.
- Brasil. Ministério da Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília. 2005. 60p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde à Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 163p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Pré-natal. Cresce o número de consultas. *Saúde da Mulher* 2006(1)ano 1:18-23.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde reprodutiva: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. p. 71-83.
- Bruner, J. Atos de significação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Bruner, J.S. The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*, v. 18. n. 1, p. 1-21, 1991.
- Calman KC. Quality of life in cancer patients an hypothesis. *J Med Ethics*. 1984;10:124-127.
- Camarano AA. Fecundidade e anticoncepção da população de 15 a 19 anos. Seminário Gravidez na Adolescência. São Paulo: Associação Saúde da Família. 1998. p. 35-46.
- Carniel EF, Zanolli ML, Almeida CAA, Morcillo AM. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev Bras Saude Materno Infantil Recife* 2006;6(4):419-426.
- Costa MCO, Santos CAST, Nascimento Sobrinho C, Moura MSQ, Souza KEP, Assis DR. Gravidez na adolescência: associação de variáveis sócio-demográficas e biomédicas com resultado neonatal. Feira de Santana - Bahia. *Rev Baiana Saude Publica* 2005;29(2):300-312.
- Daadorian D. A gravidez e o desejo na adolescência. *Femina* 2002;30(2):133-134.
- Del Ciampo LA, Junqueira MJG, Ricco RG, Daneluzzi JC, Ferraz IS, Martinelli Júnior CE. Secular trend of adolescent prgnancy. *Pediatr São Paulo* 2004;28(1):21-26.
- Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad Saude Publica Rio de Janeiro* 2006;22(Suppl. 7):1447-1458.
- Diniz DP, Schor N. Guia de qualidade de vida. 1nd ed. Barueri, São Paulo: Manole. 2006. 221p.

- FAMED Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ HCPA. (1998) Versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/WOQOL.html> Acesso em 26 abril 2008.
- Faraco C. Trabalhando com narrativas. 3. ed. São Paulo: Ática, 1996.
- Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras* 2002;15(2):193-200.
- Frota MLM. Avaliação das condições de gestação, parto e recém-nascido de mães adolescentes do Recife um estudo com recorte de cor. 2007. 129f. Tese (Mestrado) – Universidade de Pernambuco. Faculdade de Odontologia. Programa de Mestrado em Hebiatria. Camaragibe, Pernambuco.
- Frota MLM. Mães antes do tempo. A construção da maternidade na adolescência em classe média. 2003. 98f. Tese (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em estudos interdisciplinares de comunidades e ecologia social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Gancho CV. Como analisar narrativas. 7. ed. São Paulo: Ática, 2001.
- Gillespie D, Ahmed S, Tsui A, Radloff S. Unwanted fertility among the poor: an inequity? *Bulletin of the World Health Organization* 2007;85(2):100-107.
- Goldemberg P, Figueiredo MCT, Souza e Silva R. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica Rio de Janeiro* 2005;21(4):1077-1086.
- Gómez TG, Bautista EP, Palomo AAC, Martínez EVC. Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. *Rev Enfermería del IMMS Mexico* 2002;10(1):21-25.
- Guimarães EB. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e risco*. cap. 28. São Paulo: Atheneu. 2001. p. 291-298.
- Harper CC, Henderson JT, Darney PD. Abortion in the United States. *Annual Review of Public Health* 2004;26(1):501-512.
- Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E, Knauth D, VÍctora C, *et al*. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos, Porto Alegre*. ano 8.2002(17):13-45.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Nupcialidade, fecundidade: resultados da amostra. Rio de Janeiro. 2003.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. População jovem no Brasil. Rio de Janeiro. 1999. 55p.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2004. Brasília:IBGE. 2004;25:20-26.

- Kassar SB, Lima MC, Albuquerque MFM, Barbieri MA, Gurgel RQ. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. *Rev Bras Saude Materno Infantil*, Recife 2006;6(4):397-403.
- Keeton K, Hayward R A. Pregnancy intention and birth outcomes: does the relationship differ by age or race? *J Women's Health* 2007;16(4):510-516.
- Kendall C, Afable-Munsunz A, Speizer I, Avery A, Schimidt N, Santelli J. Understanding pregnancy in a population of inner-city women in New Orleans- results of a qualitative research. *Soc Sci Med* 2005;60(2):297-311.
- Kimura M. Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”, de Ferrans e Powers. 1999. 85f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM. Quality of life – conceptual issues. *Rev Salus-Guarapuava PR* 2007;1(1):13-15.
- Lima RAF. Gravidez na adolescência: diferenciais na distribuição espacial na cidade do Recife. 2003. 127f. Tese (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, UFPE. Recife.
- Maas TO processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crônica sob a ótica da enfermagem. 2006. 150f. Tese (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Paraná.
- Maingueneau D. Análise de textos de comunicação. São Paulo: Cortez, 2004.
- Mariani B. Subjetividade e imaginário lingüístico. *Revista Linguagem em Discurso*, Tubarão, 2003;3(especial):55-72.
- Martins ACS. Linguagem, subjetividade e história; a contribuição de Michel Pêcheux para a constituição da análise de discurso. *Unimontes científica*, 2004;6(1):163-169.
- Matta ELC, Correia VM. Direito Penal e direito sexual e reprodutivo de crianças e adolescentes: contradições e antagonismos. In: Castanha N. (org). *Direitos sexuais são direitos humanos. Esquecer é permitir. Lembrar é combater*. Brasília – DF. 2008:71-80.
- Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto. 2007.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec. 2007. 393p.
- Mussalin F. Análise do discurso. In: Mussalin F, Bentes AC. (org.). *Introdução à Lingüística: domínios e fronteiras*. São Paulo: Cortez, 2000:101-42.
- Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4.ed. Londrina: Midiograf. 2006.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. *The Reproductive Health of Adolescents - A strategy for action*. Genebra. 1989. 23p.

- Orlandi EP. *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. 7ª ed. Campinas, São Paulo: Pontes. 2007. 100p.
- Orlandi EP. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. 4. ed. Campinas: Pontes, 2002.
- Orlandi EP. *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*. 3. ed. Campinas: UNICAMP, 1995.
- Pagani TCS, Pagani Junior CR. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. 2000. Disponível em:
http://www.unianhanguera.edu.br/programainst/revistas/revistas2006/rev_ciencias-brc/05.pdf. Acesso em: 12/06/2008.
- Panicali MP. Gravidez na adolescência e projeto de vida. Universidade do Sul de Santa Catarina. *Psicologia e Saúde*. 2006:61p.
- Pêcheux M. *O discurso: estrutura ou acontecimento*. São Paulo: Cortez, 1990.
- Pêcheux M, Fuchs C. A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas. In: Gadet F, Hak T. (org.). *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*. 2.ed. Campinas: UNICAMP, 1993. p. 163 – 235.
- Perroni MC. *Desenvolvimento de discurso narrativo*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- Pigozzi V. *Adolescente – viva em harmonia com ele*. 2ª ed. São Paulo: Editora Gente. 2005. 221p.
- Posner SF, Bull SS, Ortiz C, Evans T. Factors associated with condom use among young Denver inner-city women. *Preventive Med* 2004;39(6):1227-1233.
- Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD, *et al*. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293(1):54-62.
- Rasch V, Knudsen LB, Gammeltoft T, Christensen JT, Erenbjerg M, Platzchristensen JJ, *et al*. Contraceptive attitudes and contraceptive failure among women requesting induced abortion in Denmark. *Human Reprod* 2007;22(5):1320-1326.
- Recife. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância à Saúde. *Perfil Epidemiológico dos Nascidos Vivos: 2001-2005. Perfil da criança de risco – 2005-2006*.
- Rosa AJ, Reis AOA, Tanaka AC. Successive pregnancies in adolescence. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2007;17(1):165-172.
- Rosa AJ. *Novamente grávida: adolescentes com maternidades sucessivas em Rondonópolis – MT*. 2007. 233f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Rousseau JJ. *Emílio ou da educação*. São Paulo: Difel.1968.
- Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu. 2001. 462p.

-
- Sant'Anna MJC, Coates V. Gravidez na adolescência: um novo olhar. In: São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: SMS. 2006. 153-157
- Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Rev Saude Publica São Paulo* 2003;37(1):15-23.
- Scott RP. Quase adulta, quase velha: por que antecipar as fases do ciclo vital? *Interface Comunicação Saúde e Educação São Paulo* 2001;5(8):61-72.
- Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Rev LatinoAm Enferm* 2006;14(2):199-206.
- Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saude Publica São Paulo* 2003;37(5):559-565.
- Singh S, Prada E, Kestler E. Induced abortion and unintended pregnancy in Guatemala. *Int Family Plann Perspect* 2006;32(3):136-145.
- Spinillo AG. O uso de coesivos por crianças com diferentes níveis de domínio de um esquema narrativo. In: DIAS, M. G.; SPINILLO, A. G. (org.). *Tópicos em Psicologia Cognitiva*. Recife: UFPE, 1996. p. 84-119.
- Teixeira M. *Análise de discurso e psicanálise: elementos para uma abordagem do sentido no discurso*. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.
- Tiba I. *Adolescentes: quem ama educa!* 10ª ed. São Paulo: Integre Editora. 2005. 301p.
- Vargas RO. História oral - a busca permanente das outras vozes. *J USP*. ano XV. 2002. n. 600. Disponível em: www.usp.br/jorusp/arquivo/2002/jusp600/pag06.htm. Acesso em: 11/09/2009.
- Venditteli F, Pons JC. Elective abortions for minors: impact of the new law in France. *European J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;130(1):107-113.
- Vido MB. *Qualidade de vida na gravidez*. 2006. 101f. Tese (Mestrado) - Centro de Educação Pesquisa e Extensão. Universidade de Guarulhos. São Paulo.
- Zaganelli FL. *Aspectos do perfil social da gestação e do parto da adolescente e da mulher adulta e suas repercussões sobre o recém-nascido*. 2006. 120f. Tese (Mestrado) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte. Minas Gerais.

8. APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ (nome do voluntário) e o meu (minha) responsável legal abaixo- assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário da pesquisa Qualidade de Vida em Gestantes Adolescentes do Recife: perfil social das mães através dos indicadores de risco, sob a responsabilidade da pesquisadora Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula membro do Programa do mestrado em Hebiatria da Universidade de Pernambuco.

Assinando este termo estou ciente de que:

1. O objetivo geral desta pesquisa é levantar o perfil social e o índice de qualidade de vida das mães adolescentes atendidas pelo Sistema Único de Saúde no Recife.
2. Durante o estudo responderei a uma entrevista e algumas perguntas cujas respostas serão gravadas.
3. Estou livre para interromper minha participação no estudo sem nenhuma forma de prejuízo à minha não participação.
4. A autora se compromete a preservar minha privacidade e a confidencialidade dos dados e informações serão utilizadas apenas para o alcance do objetivo do estudo.
5. Dúvidas ou informações poderão ser obtidas com a equipe de pesquisa diretamente com a pesquisadora principal no telefone 9973-2892 no horário comercial.

Recife, _ de _____ de 200__.

Voluntário/ RG

Responsável/ RG

Pesquisador/ RG

Testemunha/ RG

Apêndice B - Formulário de Pesquisa

**FORMULÁRIO**

ESTABELECIMENTO: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

Nome: _____

Bairro de residência: _____

Ocupação atual: _____ Idade (em anos) : _____

Escolaridade (em anos de estudo concluídos): _____

MARCAR SOMENTE UMA ALTERNATIVA

- Trabalha? (1) Sim (2) Não
- Estuda? (1) Sim (2) Não. Justificativa: _____

- Em que turno estuda? (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite (9) Outro. Cite: _____
- Em que escola estuda? (1) Particular (2) Pública Municipal (3) Pública Estadual (4) Pública Federal
- Estado civil (1) Solteira (2) Casada (3) Viúva (4) Separada judicialmente
(5) União consensual (vive junto)

- Tipo de moradia: (1) própria (2) alugada (3) cedida (4) invasões
- Característica da moradia: (1) multifamiliar (2) unifamiliar
- Quantidade de pessoas que habitam no domicílio: (1) 1 a 3 (2) 4 a 7 (3) 8 a 11 (4) 12 ou mais

- Rendimentos mensais em salários mínimos das pessoas que mantêm o domicílio:
(1) menor que R\$ 350,00 (2) de R\$ 351,00 até R\$ 1.050,00 (3) de R\$ 1.400,00 a R\$ 2.450,00
(4) de R\$ 2.800,00 a R\$ 3.850,00 (5) superior a R\$ 4.200,00

- Qual a sua relação com a pessoa responsável pela residência?
(1) Cônjuge: (1a) de sexo diferente (1b) do mesmo sexo
(2) Filha (3) Enteadada (4) Neta (5) Bisneta (6) Irmã (7) Agregada
(8) Convivente (9) Empregada Doméstica (10) Parente do (a) Empregado(a) Doméstico(a)
(11) Pensionista

ANTECEDENTES PESSOAIS (MARQUE UM X PARA CADA RESPOSTA)

	Sim	Não		Sim	Não
Cirurgias			Tem doenças da tireóide		
Já recebeu sangue			Doenças do nascimento		
Já teve alguma doença contagiosa			Tem dores de cabeça		
Está acima do peso			Têm câncer		
Tem alergia			Fuma		
Tem pressão alta			Bebe (habitualmente ou socialmente)		
Tem diabetes			Utiliza drogas ilícitas		

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Idade da primeira menstruação (em anos) _____
- Idade da primeira relação sexual (em anos) _____
- Frequência das relações sexuais?
 - (1) Diárias
 - (2) Uma vez por semana
 - (3) Duas vezes por semana
 - (4) Três vezes por semana
 - (5) Mensal
 - (6) Outros _____
- Utilizava em suas relações sexuais os métodos contraceptivos?
 - (1) Sim (2) Não
- Parceiros fixos
 - (1) Sim (2) Não
- Número de filhos tidos em gestações anteriores _____
- Número de filhos nascidos vivos _____

INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO (MARQUE UM X PARA SUA RESPOSTA)

- Duração da gestação
 - (1) menos de 22 semanas (2) de 22 a 27 semanas (3) de 28 a 31 semanas
 - (4) 32 a 36 semanas (5) de 37 a 41 semanas (6) 42 ou mais (9) Ignorada
- Tipo de gravidez
 - (1) Única (2) Dupla (3) Tripla e mais

INFORMAÇÕES SOBRE O PAI (MARQUE UM X PARA SUA RESPOSTA)

- Idade completa do pai da criança (em anos): _____
- Ocupação habitual: _____
- Trabalha? (1) Sim (2) Não
- Estuda? (1) Sim (2) Não
- Pretende assumir a paternidade da criança? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe responder
- Estado civil (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Separado judicialmente
(5) União consensual (vive junto)
- Tipo de moradia: (1) própria (2) alugada (3) cedida (4) invasão
- Característica da moradia: (1) multifamiliar (2) unifamiliar
- Quantidade de pessoas que habitam no domicílio: (1) 1 a 3 (2) 4 a 7 (3) 8 a 11 (4) 12 ou mais
- Rendimentos mensais em salários mínimos das pessoas que mantêm o domicílio:
 - (1) menor que R\$ 350,00. (2) de R\$ 351,00 até R\$ 1.050,00. (3) de R\$ 1.400,00 a R\$ 2.450,00.
 - (4) de R\$ 2.800,00 a R\$ 3.850,00. (5) superior a R\$ 4.200,00.

Apêndice C - Termo de Cessão

Termo de Cessão

Recife, de _____ de 2008.

A/C Janaina Maria dos S. F. de Paula.

Eu, _____, com estado civil _____, portadora documento de identidade nº _____ - _____, declaro para os devidos fins que cedo o direito para que minha entrevista gravada para realização da pesquisa intitulada Qualidade de Vida em gestantes adolescentes do Recife: perfil social das mães através dos indicadores de risco seja utilizada integralmente ou partes, sem restrições de prazos e limites de citações desde a presente data.

Da mesma forma autorizo também o direito de terceiros ouvirem as gravações e citações, ficando o acesso das gravações vinculado ao controle da pesquisadora principal que tem a guarda das mesmas.

Abdico dos direitos meus e de meus descendentes, subscrevo a presente que terá minha assinatura ou do meu responsável legal.

Colaborador

Responsável

9. ANEXOS

Anexo A - Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers

Parte A: Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o quanto satisfeita você está com aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITA COM:		Muito insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Pouco insatisfeita	Pouco satisfeita	Moderadamente satisfeita	Muito satisfeita
1	Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2	Sua gravidez?	1	2	3	4	5	6
3	A assistência pré-natal que você está recebendo?	1	2	3	4	5	6
4	A intensidade de conforto que você sente?	1	2	3	4	5	6
5	As mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria)?	1	2	3	4	5	6
6	A intensidade de irritação que você sente?	1	2	3	4	5	6
7	A energia que tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
8	Sua independência física?	1	2	3	4	5	6
9	Sua capacidade para controlar sua vida?	1	2	3	4	5	6
10	A possibilidade de viver por longo tempo?	1	2	3	4	5	6
11	A saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
12	Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
13	A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
14	Seu relacionamento com o (a) esposo (a) companheiro (a)?	1	2	3	4	5	6
15	Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
16	Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
17	O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6
18	Sua capacidade para cumprir com as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
19	Sua capacidade para ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
20	O nível de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
21	Seu lar?	1	2	3	4	5	6
22	Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
23	Suas condições sócio-econômicas?	1	2	3	4	5	6
24	Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
25	O fato de não ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6
26	Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
27	Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
28	Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
29	A possibilidade de ter uma criança?	1	2	3	4	5	6
30	Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
31	Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
32	A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
33	Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
34	Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
35	Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
36	Com você mesma, de um modo geral?	1	2	3	4	5	6

Parte B: Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o quanto importante é para você aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:		Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Pouco importante
1	Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2	Esta gravidez?	1	2	3	4	5	6
3	O cuidado pré-natal?	1	2	3	4	5	6
4	Estar completamente livre de desconforto?	1	2	3	4	5	6
5	Estar completamente livre de mudanças de humor?	1	2	3	4	5	6
6	Estar completamente livre de irritação?	1	2	3	4	5	6
7	Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
8	Sua independência física?	1	2	3	4	5	6
9	Ter condições de controlar sua vida?	1	2	3	4	5	6
10	Viver por longo tempo?	1	2	3	4	5	6
11	A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
12	Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
13	A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
14	Seu relacionamento com o(a) esposo(a)/ companheiro(a)?	1	2	3	4	5	6
15	Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
16	Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
17	O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6
18	Sua capacidade para cumprir com as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
19	Sua capacidade para ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
20	O nível de preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
21	Seu lar?	1	2	3	4	5	6
22	Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
23	Suas condições sócio-econômicas?	1	2	3	4	5	6
24	Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
25	O fato de não ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6
26	Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
27	Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
28	Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
29	A possibilidade de ter uma criança?	1	2	3	4	5	6
30	Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
31	Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
32	A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
33	Sua felicidade de um modo geral?	1	2	3	4	5	6
34	Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
35	Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
36	Com você mesma, de um modo geral?	1	2	3	4	5	6

Anexo B – Símbolos usados durante a transcrição

Ocorrências	Sinais
Incompreensão de palavras ou segmentos	(incompreensível)
Hipótese do que se ouviu	(hipótese)
Truncamentos bruscos	/
Elevação do tom	Maiúscula
Indicação de prolongamento das frases	: breve :: médio ::: longo
Silabação	-
Comentários descritivos do analista	((minúscula))
Entonação	↑ ascendente → constante ↓ descendente
Pausa	Até 0,5 segundos, é usada uma cruz (+) A partir de 1,5 segundos é feita a indicação do tempo.
Corte na produção de alguém	/.../
Transcrição de apenas um trecho. As reticências podem ser usadas no início ou final da transcrição	...

Quadro 2 - Símbolos usados durante a transcrição

FONTE: Marcuschi/ Luiz Antônio. Análise da conversação. 6ª edição. Ed. Ática/ 2007

Anexo C- Transcrição das gravações das entrevistas com as adolescentes

ÁGATA/ 19 anos

Pergunta	Resposta
<i>okay</i> : Ágata: a gente pode começar:: tá certo Conta um pouquinho pra mim a respeito da tua vida: assim o que é que você faz/ A tua idade (10'')	eu tenho 19 anos ::: sou fiscal de ônibus::: o que mais
onde é que você mora	eu moro aqui :: na Iputinga
há quanto tempo que você mora aqui na Iputinga	eu nasci LÁ ::: assim na comunidade NE
hum::hum::: Mora lá desde que nasceu	[: hum::hum::: É ↑
e você é casada	sou →
há quanto tempo	(++) há um ano e dois meses ↑
:: o que é que significa para você ser mãe (++)	:: algo muito importante né Uma coisa inesperada (++) ((silêncio)) Eu gostei bastante ((choro da bebê contínuo e forte))
::: quais são os seus objetivos pra essa criança agora que nasceu O que é que você planeja para essa criança	ter tudo o que eu tive né ↑ Na minha adolescência ((choro do bebê contínuo e forte))
hum::hum::: Por exemplo/ o quê O que é que você teve na sua adolescência que você planeja pra ela	assim ::: o que meus pais passaram pra mim foi tudo de bom/ foi (++) ↑ me fez uma mulher ::: capaz:
então essas são as suas expectativas pro seu bebê	: hum::hum:::
<i>okay</i> :: Foi uma gravidez que você queria	foi ↑ hum::hum:::
há quanto tempo que você tenta engravidar	não(++) é que quando eu casei ::: fui logo tentando engravidar/
há muito tempo você conhece esse seu companheiro três anos já de namoro: de casamento e de tudo	(++) três anos
hum::hum::: Tá jóia então querida obrigada por você ter participado! (+)	::: três anos de namoro e um de casado né

ALBITA / 18 anos (3'00") e acompanhante

Pergunta	Resposta
((conversa ao fundo)) eu queria saber como você conheceu o seu companheiro atual ((risos)) Todo mundo ri quando eu faço essa pergunta não sei por quê ((gargalhadas da entrevistada)) Quando conheceu o companheiro ::: como é que foi	((risada da acompanhante)) ((Acompanhante comenta que foi no brega)) B: conheci ele na MINHA casa MAINHA através de uma amiga minha ::: ((Acompanhante confirma: (++) AH FOI: FOI) B: não foi no brega não ((risos))/ no brega foi Sérgio ((risos das duas)) ((comentário da Acompanhante: OH ::: Tá vendo :::))((risos da acompanhante))
aí foi a amiga que apresentou ((risos))	foi ↑
com quantos anos que você conheceu ele () Quando você começou a morar com ele	((++) eu não morei com ele eu vivia com ele assim / aí depois de um tempo :: minha vó me deu um quarto e eu vivia assim : dormindo sempre com ele mas MORAR COM ELE NÃO era na casa da minha mãe eu dormia com ele
diga uma coisa pra mim ::: você planejou sua gravidez	não /↑
aconteceu como	((++) aconteceu ::: porque eu não evitei né Não tomei remédio / nem nada / aí veio/ A: e como foi nesses 9 meses foi bom ()
foi tranquilo	assim ::: teve um estressezinho da parte da família dele/ da minha foi tudo tranquilo/ mas teve um estresse da parte da família dele/ mas tudo bem ((++) deu pra superar (+)
me diga uma coisa seus avós aceitaram sua gravidez	::: aceitaram (...) aceitaram / ((ruídos ao fundo))
o que é ser mãe pra você ((risos da Acompanhante)) (11/06")	sei lá. Ai ((risos da acompanhante ao fundo)) : me dedicar né A meu filho agora né Trabalhar/ arrumar um emprego né Pra sustentar ele né Por que se for depender do povo de lá / ele morre de fome
quais são os seus objetivos em relação a essa criança pro futuro: o que é que você queria	dá uma boa criação pra ele né Viver pra ele né Agora né/ ((pausa))
se você pudesse resumir em uma palavra o sentimento que você sente :: o que você sente agora depois que você teve o seu bebê ::: que viu que tá tudo bem com ele né / Que todos estão bem ::: se você tivesse uma palavra pra definir isso qual seria a palavra que você usaria	graças a Deus deu tudo certo né ((vozes ao fundo)) ((choro da entrevistada))
tá tudo bem então com você (+) Tá bom : muito obrigada por ter participado: tá jóia : foi ótimo poder conversar com você/ poder conhecer você tá	tá bom
((Comentário da entrevistadora mencionando que vai armazenar no gravador - fim da gravação))	

CITRINO/ 17 anos (4'22'')

Pergunta	Resposta
((gravação inaudível nos 5 primeiros segundos))	é como é que eu conheci ele /
e como é que tu conhecesse ele /	ah↑já faz uns cinco anos / só que eu não gostava dele não / a gente foi se conhecer na escola / aí acabou que a gente começou a ficar / depois ele me chamou para namorar depois ele foi embora ai ele voltou.
((acompanhante comenta que a avó botava pra correr)) a vó botava pra correr / era ((risos))	era :: a primeira vez ele foi pra Portugal / mas depois ele voltou: ↑ ele voltou a gente se casou aí eu tive um filho eu perdi com três meses ↓ aí depois eu engravidei de novo agora ele quis ↑
aí esse primeiro filho que você teve / vocês planejaram	não / foi de repente / foi de repente como ele também agora né ↑ Como na primeira gravidez também ↑
na primeira gravidez foi sem planejamento nenhum	é sem planejamento ...
apesar de você não ter planejado ... qual é a tua expectativa pro teu menino agora / o que é que você espera pro futuro do teu filho	eu quero que ele saia logo dali / venha logo pra perto de mim / espero que ele fique muito bem né / espero logo as melhoras do meu filho / quero que ele fique bem aqui do meu lado...
certo / e o que é que é ser mãe pra você agora →	é tudo novo pra mim ↑ a gente diz que ama muito uma pessoa ↑ a gente não sabe nem o que tá falando ↑ a gente só sabe o que é amor quando vê o filho da gente saindo dentro da gente ↑ quando eu escutei o ele chorando pela primeira vez eu me acabei no choro... ((silêncio)) é uma maravilha quando a gente escuta o choro do nosso filho é um amor incondicional que a gente sente na hora ↑ são amores totalmente diferentes ↑ coisas totalmente diferentes /
diga uma coisa pra mim / o que tu acha que vai mudar na tua vida agora que você é mãe / assim em relação ao que era antes	vai mudar tudo / sou uma pessoa muito jovem / gosto de sair / de me divertir / tenho minhas danças pra fazer / agora tenho que parar tudo por causa do meu filho ↑ tem que ser assim até o fim ↑ filho não é brinquedo não ↑ é pra sempre ↑ ... agora que eu fiz tem que assumir a responsabilidade ↑se for ao lado do pai e se não for nós estamos aí ↑
é ... a tua participação nessa entrevista vai ajudar outras meninas também / se você pudesse dar um conselho pra essas meninas que estão sendo mães assim na tua idade o que você falaria pra elas /	assim ... falaria que nem sempre a gente deseja uma gravidez ...às vezes ela é muito desejada assim ↑ apesar da gente ser muito nova não quer ter filho ↑ não quer ter responsabilidade então pra que isso não aconteça é bom se prevenir né ↑ mas prevenir muito usar camisinha sempre → só se evita uma gravidez e evita também outros tipos de doenças que hoje em dia existe muitas doenças né :: tem tudo isso né :: ((ruído de caminhão ao fundo)) tem tudo isso né / aí também tem umas meninas hoje em dia que engravida e aborta o menino isso é muito errado ↑ então pra isso não acontecer / né / é melhor é melhor se prevenir né atola camisinha no rabo ↑
tá jóia querida obrigada tá	tá certo /

CORAL / 17 anos (3'51'')

Pergunta	Resposta
pode começar : Coral	(++) começo como .../
quantos anos você tem	quinze
e me conta um pouquinho como é que você conheceu seu companheiro atual:	ele morava no Lajedo e eu morava em Vila (+) aí com o tempo a gente começou a ficar :: namorar : a gente se conheceu aí : começou a namorar :: namorar aí com um tempo depois :: uns anos depois a gente se ajuntar :: se ajuntou e aí foi assim /
com quantos anos você começou a namorar com ele	com doze anos
e ele tinha quantos anos :	quatorze a quinze anos
aí :: quanto tempo depois disso vocês se juntaram	um ano :: dois anos
e a família aceitava tudo direitinho	aceitava →
como é que foi tua gravidez ::: como é que você descobriu que estava gestante ↓	por causa que a minha menstruação acabou :: aí eu fui e fiz um exame :: aí acusou que eu tava grávida
você planejou sua gravidez	não /
aconteceu :::	aconteceu ::
você usava preservativo	usava ↓
pra evitar	(++) usava
e agora que você é mãe o que é que você sente	alegria /
se você pudesse descrever mais detalhadamente essa alegria como é que você faria	como assim (+) Assim ::: porque alegre por ser mãe: né
o que mudou na sua vida agora que você é mãe	mudou tudo:: basicamente mudou tudo /
em que sentido	no sentido de (+) fazer coisas que eu fazia antes e não vou poder fazer mai:: mudou tudo/
aí você acha que por conta disso ficou diferente a sua vida	ficou ↓ Né
certo :: Eu queria saber de você uma coisa o que você planeja pro seu bebê no futuro como mãe/ o que você gostaria de oferecer pra ele enquanto mãe	tudo que eu pudesse :: o que eu pudesse fazer por ele eu fazia ((incompreensível))
se você pudesse falar alguma coisa pras meninas que também tão tendo bebê assim igual a você com a mesma idade ::o quê que você diria pra elas :: um conselho seu pra elas	ame seu filho porque ele não tem culpa de chegar ao mundo ((voz embargada pelo choro))
: e agora tá tudo bem contigo	: tá ↓
tá ↑ E o bebê/ ta tudo bem	tá →
tudo tranquilo	bom
o que é que você espera pra esses dias	tudo / :
: tudo	ir pra casa Ir pra casa ficar junto da família
certo / E seu esposo já conheceu seu menino ((a entrevistada reside no interior do Estado))	não:: não viu ainda não
eita e aí hein como é que tá Falasse já com ele	não /
ainda não Mandou foto Alguma coisa	não
eu queria saber uma outra coisa de você também :: o que é que você espera pra você ::: enquanto pessoa	como assim espera /
o que é que você acha que vai acontecer daqui pra frente pra você enquanto pessoa/ que vai mudar pra você enquanto Coral	vai mudar tudo ::: praticamente tudo (+) Quase tudo :: ir pra festa essas coisas ::: ficar em calçadas conversando com a amiga::: deixar de amizade com as amigas:: tudo isso/
como é que foi a aceitação do pessoal em relação a sua gravidez	tudo legal →
as pessoas da sua casa	aceitaram tudo /
e seus amigos como foi	ficaram alegres
ficaram alegres (+)	((silêncio))
tá jóia! Muito obrigada :: tá certo:: por ter participado tá	

ESMERALDA / 18 anos (4'26'')

Pergunta	Resposta
((comentários da mãe da entrevistada falando a respeito da condição de mãe de sua filha)) qual é o teu nome completo	meu nome é ((entrevistada menciona seu nome))
quantos anos tu tem	tenho 18 anos
me conta um pouquinho como é que foi a questão de você ser mãe agora :: pela ... já segunda vez né / você foi mãe com quantos anos de primeira vez/	fui com quinze anos ↓
a primeira gravidez você esperava / como é que foi já por que ... foi desejada	a primeira gravidez já esperava / já ↑ foi /
e como é que foi esse planejamento pra ter o primeiro hein conta ai pra mim	ai sei lá/ não sei nem explicar ((risos de entrevistada e da mãe))
você sentiu que queira por quê / o relacionamento tava bom com o companheiro ...	tava bom /
como é que foi	tava bom / normal / ele era bom comigo ... e ele queria tanto ter um filho → aí eu peguei e tive /
ele queria ter um menino também ... ele já é pai ...antes de você	Não ((comentário da acompanhante afirmando que o primeiro filho da entrevistada era do atual esposo))
só com você né ... então foi o primeiro dos dois /	foi /
tá certo / e diz uma coisa pra mim ::: tu mora pouco tempo com tua sogra né ↓ ou perdão / tu mora pouco tempo sozinha / antes você morava com sua família onde mesmo ...	de primeiro eu morava com minha sogra ... era vó dessa primeira filha dele
Certo	agora eu deixei / agora só tá morando / eu e meu marido agora /
aí você agora mora no Ipsep né/	é
certo / o que é que seu companheiro faz atualmente / trabalha em quê ...	ele trabalha ... trabalha com água mineral
e ... como é que foi a aceitação da tua gravidez atual / agora	foi bom / normal
seus familiares falaram o quê pra você	falaram nada → Aceitaram
aceitaram numa boa sua gravidez	aceitaram →
mesmo sendo a segunda	aceitaram →
certo / e seu esposo como é que foi / como é que ele ficou sabendo / qual foi a reação dele ...	ah ficou alegre/ ficou contente (++) gostou muito porque era o sonho dele ter um menino né /
o teu também né ↑	é verdade
pra fazer o casal ↑ quais são as tuas expectativas em relação a essa criança Assim o que é que você espera pra essa criança pro futuro	espero do bom e do melhor / seja um menino estudioso / termine os estudos pra ser alguém na vida
e como é que você espera conseguir isso pra ele/ enquanto mãe	ah! Assim tomando conta dele / levando ele pro colégio (++) estudando direitinho de forma correta ... não deixando ele na rua ((suspiros)) dar um ensino melhor pra ele
o que é ser mãe pra você →	ah é bom porque a gente toma conta / amamenta / pra mim é assim / dar carinho
portanto pra você ser mãe assim novinha ... qual é a vantagem de ser mãe assim nova	é bom / apesar que a gente perde a juventude da gente né / mas é bom / é bom
é bom em que sentido conta pra mim	é bom porque a gente tem como acariciar / dar carinho / tem um filho ao lado da gente aí é bom por causa disso /
certo ... tá jóia / você gostaria de falar mais alguma coisa a respeito desse momento que você está vivendo agora	não
tá tudo tranquilo pra você	graças a Deus

Pergunta	Resposta
ótimo... então foi muito bom você ter participado tá certo / eu agradeço à sua participação na entrevista / e eu queria saber o que é que você acha ... porque que você acha que é importante você estar participando desse tipo de trabalho	porque é bom pra gente dar um conselho as outras jovens aí fora ↑ que tão precisando de um conselho também / pra mães que a gente vê dá um conselho a elas não perder a juventude cedo ... porque a gente mãe que perde a juventude cedo não tem aquela alegria que a gente tem antes ::: de brincar / curtir / dançar / hoje em dia a gente ser mãe jovem não dá para aproveitar o tempo que a gente tem hoje ...
tá jóia / então obrigada tá /	de nada

FLUORITA/ 17 anos (2'52'')

Pergunta	Resposta
okay ((entrevistadora menciona nome da entrevistada)) pode começar / conta um pouquinho pra mim da tua vida/	meu nome é ((entrevistada diz seu nome))/ tenho 17 anos/ moro no R10 Imbura/ e ... minha vida é ↑ calma ela é como é que eu posso dizer/ sou dona de casa/ não estudo/ é sou casada::: moro com meus pais/ só/
you é casada há quanto tempo	há ::três anos/
três anos com a mesma pessoa	isso →
you e mãe pela segunda vez agora né :: O que significa ser mãe pra você	ah pra mim é uma alegria muito grande é ↑... minhas filhas → é tudo o que eu tenho ((risos da entrevistada))
e como é que foi a aceitação da sua gravidez né /agora que todo mundo sabe que você estava gestante :: porque na verdade você disse que não sabia que estava gestante né (++) como é que foi isso conta pra mim	é :: não sei que ainda não encontrei todo mundo/ todo mundo na hora ficou meio surpresa mais depois que a criança nasceu ainda não encontrei não só :: quando chegar em casa↓
tá de alta hoje né/	é →
okay... Ser mãe é ser tudo pra você / o que é esse tudo / o que é que você sente como adolescente sendo mãe	é ... Sou alegre com a filha que eu tenho/ sou alegre com meus filhos/ com meu casamento com ... com tudo... não sei explicar ((risos da entrevistada))
como você conheceu esse seu marido	ele morava na mesma rua que eu moro / aí a gente se conheceu / começou a namorar depois disso ele pediu pra mora comigo a gente tá morando junto aí foi que veio as meninas ↓
quais são os seus planos pros seus filhos agora	agora é cuidar dar carinho/ é esperar crescer botar na escola e seguir a vida ...
esse seu depoimento vai ser lido por outras mães também adolescentes / qual é o conselho que você dá pra elas enquanto mãe adolescente experiente que você é	ah ↑ que como base se vir essa surpresa que ela não fique triste ↓ fique alegre ↑ por que é sempre mais uma vida no mundo e ser mãe é tudo de bom / que ela não fique triste /
okay / e qual é a vantagem de você estar participando de um trabalho como esse / qual é a importância da gente ter o teu depoimento	a importância é o que você disse que outras mães vão escutar e espero que com a minha história elas fiquem felizes.
okay / obrigada/	nada

GRANADA / 16 anos (4'00'')

Pergunta	Resposta
Veja Granada como é que você conheceu esse seu companheiro atual / conta pra mim	((risos da entrevistada)) como eu conheci ele /
foi / como é que foi	é através de colega →
como é que foi isso hein / explica aí	assim ::: a colega disse que ele era um menino bom / que ele não tinha filho / que ele queria compromisso sério aí / ... e nem tinha namorada / aí a gente ficou namorando aí depois a gente começou a morar junto/ aí teve a bebê
com quantos anos você que conheceu ele	com quatorze anos ... com quatorze anos
e ficou quanto tempo namorando com ele	um ano e dois meses
certo / então fez quinze / aí teve a bebê / vocês planejaram ter esse bebê	não →
conta aí pra mim como é que foi	não ↑ Não planejou não
Aconteceu	foi ...
você usava alguma coisa pra evitar	usava camisinha ↓
em todas as relações	todas não ... Em algumas
o que é que é que está significando ser mãe agora pra você	uma coisa boa ↓
se você pudesse me escrever melhor essa coisa boa o que é que você diria pra mim	eu nem sei o que dizer ↓
o que é que mudou na sua vida / o que você acha que mudou de um ano passado pra esse ano / o que é que mudou na sua vida depois que você foi mãe	que não vai ter mais a privacidade que tinha antes de sair e chegar a hora que quiser tem a responsabilidade agora ↑
hum ... hum / se você pudesse dar um conselho pras meninas da sua idade assim::: o que é que você diria pra elas em relação a ser mãe e adolescente	que elas pensasse melhor antes de ter filho ↑
o que é que você planeja pro seu bebê / já pensou	um futuro bom ↓
o que é que é um futuro bom pra você	que não siga o caminho das drogas / siga igual à mãe né / que siga um caminho bom né
como é que foi a aceitação da sua gravidez pela família /	foi bom... não foi ruim não...
ninguém brigou com você ... ninguém estressou	não
já tinha tido alguém na sua na família assim grávida adolescente	não /
nunca teve ... nem amiga	amiga tive / já tive / ela teve a primeira filha com quinze anos

JADE/ 15 anos (5'17'')

Pergunta	Resposta
((incompreensível))	
pode começar tá bom /	a minha vida eu amo a minha vida né ↑ eu conheci meu marido desde os dois anos de idade que a gente se conhece
desde os doze anos	dois ↑
dos dois anos /	é ↑ a gente foi criado bem dizer juntos como irmãos / minha mãe é madrinha dele / meu pai é padrinho dele / gosto muito da minha sogra também ↑ mora eu ele e minha sogra e agora o bebê ... E em relação a minha gravidez ::: meu Deus :: foi à coisa mais feliz do mundo / foi muito desejada a gravidez / não foi planejada / mas em compensação foi muito desejada e (++) e em relação ao lazer eu saio muito assim com ele / não sei agora que o bebê precisa de muita atenção / mas sempre quando dá pra sair eu ele / porque ele também gosta muito de sair com ele / ele também gosta muito de mim sempre tá do meu lado em qualquer hora ... e eu a mesma coisa com ele ... também gosto muito da minha sogra ela é muito boa pra mim /
okay / Diz uma coisa pra mim / qual foi à aceitação da sua família dessa gravidez	meu pai gostou né / porque antes quando eu casei logo com meu marido / meu pai não tinha aceitado o lado todo... mas agora ele aceitou tudo a minha gravidez / também a minha mãe também / todo mundo aceitou a minha gravidez no começo claro ... né / que ficaram meios assim com receio de como ia ser (++) mas agora graças já tá tudo bem /
como é que foi no início pra contar a notícia de que estava grávida	foi fácil porque eu já era casada com ele né / aí pra mãe dele foi o dez por que ela sempre quis / pro meu pai nem ficou com raiva nem também ficou ((pigarro)) com aquela / e minha mãe ficou feliz /
quanto tempo você é casada com ele	faz... Fez/ fez um ano em fevereiro.
que vocês são casados	agora que a gente namora faz cinco anos em outubro /
hum..hum / o tempinho de namoro que você tem esse tempo todinho vocês utilizavam alguma coisa pra prevenir a gravidez	no começo sim / aí depois não /
depois.... não / não usavam mais né / por que motivo vocês paravam de usar/	não assim quando a gente ficava junto não ligava mais pra se eu engravidasse ou não entendeu / porque se engravidasse ia ser bom e se não também bom ... então a gente não ligava se eu engravidasse ou não / por isso a gente não usava mais preservativo essa coisas assim entendeu /
eu sei / me diz uma coisa Jade quais são as suas expectativas / né pro futuro em relação ao seu bebê / o que é que você planeja pra ele ...	eu planejo uma vida boa né / dá tudo do bom e do melhor / estudo assim pra ele sair logo daqui comigo pra gente ir pra casa tá todo mundo esperando a gente ... e isso que ele seja muito feliz também.
e como foi ser mãe pra você / como é que ta sendo ser mãe pra você	tá sendo o máximo tô muito feliz / muito ... muito feliz mesmo nunca pensei.... É como dizem só é mãe / só sabe o que é mãe quando é / e é o que eu tô vendo agora muito importante pra mim assim.
você consegue encontrar uma palavra pra descrever essa importância de ser mãe pra você /	especial muito especial faz só sete dias que ele nasceu / parece que ai meu Deus
eu queria saber só uma outra coisinha ... se você fosse dar um conselho pras meninas da sua idade em relação a ser mãe o que é que você aconselharia pra elas	pra pensar duas vezes né ↑ porque quando a gente é mãe a gente dedica todo o tempo ao bebê ... e assim (++) eu não vou muito me prejudicar nisso porque eu também não era muito de sair entendeu ↑ eu e ele não é muito de sair a gente é fica mais em casa → pras meninas que gostam de sair se divertir passar as noites fora / é bom pensar duas vezes porque não vão mais poder mais fazer ::... bebê precisa de todo seu amor / dedicação essas coisas assim ... então é pra pensar duas vezes antes de engravidar né /
qual é a importância de você estar participando de uma pesquisa como essa	é bom porque nem todas as adolescentes tem pensamentos iguais né / então é bom a gente participar pra ver o que é que umas pensam outras não ... esse é o meu pensamento mas nem todas pensam igual a mim né ↑ Então tem uma importância →

Pergunta	Resposta
<i>okay</i> minha querida muito obrigado por ter participado / tá certo foi ótimo pra gente contar com esse seu depoimento pra mostrar as meninas ... né / que realmente os pensamentos não são iguais e a gente consegue construir junto / né	obrigada muito obrigada ↑

MALAQUITA (Mq) (2'02'')

Pergunta	Resposta
me diz uma coisa como é que você conheceu seu namorado /	a gente se conheceu através de um vizinho que era primo dele ↑ um colega da gente de muitos anos ↑ aí a gente conversando ↑ conversando aí rolou ... a gente começou a namorar /
isso há quanto tempo que você namora com ele	faz quatro anos
hum::hum / e como é que foi o planejamento da sua gravidez	bom essa agora a gente tava planejando pra mais adiante né / mas aconteceu agora ... veio agora / aí teve que aceitar / mas tava planejando pra mais ou menos uns dois anos
e o que é ser mãe pra você	ah é ótimo ↑ / uma felicidade ... não dá nem pra explicar / nunca pensei que ia sentir um amor assim pela minha filha
hum ... hum ... o que você espera dar pra sua filha daqui pra frente /	ah o melhor que eu puder /
como é que você vai fazer isso /	ah vou dar o melhor estudo pra ela/ o que eu nunca tive/ estudar/ trabalhar pra dar tudo o que eu puder a ela
certo / como é que foi a aceitação da sua gravidez pela sua família	minha família apoiou / eu já tava casada mesmo / minha mãe sempre deu força pra mim engravidar / meu casamento sempre foi uma maravilha ↑ nunca teve problema nenhum ↑ sempre me apoiaram não teve problema nenhum não ↑
hum::hum ... diga uma coisa pra mim você aceitou estar participando dessa pesquisa / você acha importante esse tipo de trabalho que é voltado pra pessoas que tem a sua idade assim	acho / não vejo problema nenhum em participar não
Obrigada	

ÔNIX / 15 anos (5'11'')

Pergunta	Resposta
conta pra mim como é que você conheceu seu parceiro	eu conheci meu parceiro eu tinha treze anos / aí eu era evangélica ele também era ↑ a gente namorou por uns oito meses aí meu pai é muito ciumento e meu irmão também → aí a gente pegou terminou o namoro ↓ aí depois de três anos eu fui pro Recife tudinho / quando eu voltei depois de três anos a gente se reveu né de novo ↑ aí a gente começou a namorar / ficar né ... esse negócio agora né ficar ... aí depois a gente se juntou ::: e vai fazer dois anos já / a gente convive bem graças a Deus / aí a gente ... meus pais ainda não... meu pai ainda não aceitou ... logo no começo não aceitou né porque ele era o meu namorado de infância né / ele não /:::... num sei o quê ::: aquilo outro / mas agora é tranquilo / tudo tranquilo / aí logo no começo a gente tentou engravidar... logo nos quatro meses a gente tinha muita vontade de engravidar a gente naquela ansiedade né / mas não engravidava né / aí não mais não :: aí tranquilizou a mente começou a tomar pílula ... aí depois eu tomando pílula engravidei /
depois que relaxou a vontade você conseguiu engravidar foi / como é isso hein	oxente foi eu tomando pílula eu engravidei / mas foi bom né ... foi eu e ele... foi planejado e não foi / foi planejado no começo / mas depois deu né ... mas deu tudo na merma coisa né / agora a gente tem nosso bebê tá muito alegre tudinho eu tô bastante alegre né / ele também né / tá todo corujão né / aí agora a gente temos que criar a filha da gente com muito carinho / aí só pensa o melhor pra ela
certo e como foi que a família aceitou a gravidez / por que você disse que teu pai era meio contra / o casamento de vocês né / como é que foi /	não assim porque o meu é primeiro tudo / primeiro neto / primeiro bisneto/ primeiro sobrinho / primeiro primo / tudinho / não ele está tranquilo ... já é dois anos e pouco de casamento já tava mais do que na hora de vir um filho / não teve nada não.
já esperava né	já esperava
quais são as suas expectativas em relação a sua criança / daqui pra frente o que você planeja dar pra ela	ah tudo do bom e do melhor / assim dependendo das nossa condições né / o que ela precisar temos que dar apoio / carinho / estudo / uma boa educação ... e ensinar o mundo né ::: como é o mundo lá fora ... que não é do jeito que a gente pensa.
o que é ser mãe pra você	pra mim... pra mim tá sendo uma experiência muito especial pra mim ↑ um momento delicado muito bonito pra mim é um negocio inexplicável
como foi o parto me explica aí / como é que foi	nossa ↑ meu parto foi muito complicado → logo no começo da minha gestação foi tudo ótimo ... a doutora falou que era normal tudo ↑ mas quando eu tava com quarenta semanas comecei a perder líquido nas ultrassons fiquei com pouco líquido / minha médica mandou urgentemente pra aqui / aí quando chegou aqui o médico ... mandou pra fazer uma cesariana porque tinha pouco líquido desde o começo já me coisando ↑ né ai / pegou o médico disse não é normal ↓ não sentia dor nem nada ai depois de alguns dias com a bolsa rota → aí me induziram com dois comprimidos / aí a dor bateu e nada↑ nada ↑ nada ↑ aí eu fiquei na cama tão desesperada a dor ... a menina vinha e voltava ... vinha e voltava ... vinha e voltava ... oxe eu vomitei muito eu vi um monte de estrelinha eu não tava mais enxergando ninguém nem escutando ↑ toda mole quase desmaiada foi ... e só com três centímetros aí com muito massacre foi que fizeram a cesariana e uma cesariana de risco né ... porque eu já tava sem resistência sem fazer nada /
certo / mas agora ta tudo bem graças a Deus né	é /
you aceitou participar da entrevista assim numa boa / você e outras meninas que estão participando ... porque que você julga importante estar participando de um trabalho como esse /	acho que eu sei ... porque eu acho que é um projeto ... e um projeto tem que ter o apoio da sociedade /
Obrigada	de nada

OPALA/ 19 anos (3'08'')

Pergunta	Resposta
okay / me conte como foi que você conheceu seu parceiro	((silêncio)) bom a gente ::: eu conheci no salão↑ salão de beleza ↑ ele é cabeleireiro e eu fui arrumar meu cabelo com ele e a gente se conheceu lá / começamos a conversar e aí a gente namorou dois anos e depois eu fui morar com ele / morei um ano depois a gente se separou.
como é que você planejou essa gravidez /	não ... não exatamente eu queria engravidar mas não dele / mas aconteceu
como foi a aceitação da família	foi uma surpresa ninguém esperava / novinha e ficar grávida ... eu tinha acabado de me separar dele.
o que é ser mãe pra você	ah eu gostei ser mãe é tudo / ((silêncio)) é acho ... que o que tava me faltando algo a mais que tava me faltando
o que você espera dar pra sua filha agora	futuro ((pergunta da entrevistada))
sim pro seu bebê	uma boa educação //
o que mais /	não sei ...
o que você espera daqui pra frente... dar a ele uma boa educação assim o que você espera fazer /	não tenho nem idéia vou contar com a ajuda da minha mãe / da minha família né Que no momento tá me apoiando e que vai me guiando de acordo com o que eu posso fazer / ::: a minha mãe tem mais experiência ela disse que vai me ajudar. ((a entrevista é pontuada por períodos de silêncio)) (2'00'')
me diz uma coisa / você aceitou participar da pesquisa né ... qual é a importância que você acredita que o seu depoimento tem pra outras meninas / porque é que foi importante você participar dessa pesquisa /	pra saber se é o momento certo mesmo de ter filho/ tudo planejado/ tudo direitinho
tudo bem então muito obrigada então ta /	

QUARTZO/ 16 anos (4'30'')

Pergunta	Resposta
pronto Quartzo pode falar /	((entrevistada menciona nome completo e endereço))/ tenho 16 anos/ moro em Carpina/
hum:hum::: Com quem você mora Quartzo	moro com a minha sogra/ meu marido/ o esposo dela e as irmãs dele/
há quanto tempo que você mora com a sua sogra	faz :: um três meses
então no caso foi antes de você ter o bebe/ não é verdade	foi
certo. Como é que você conheceu esse seu companheiro atual	na es-cola é/
com quantos anos você tava quando conheceu ele	quinze
foi seu primeiro namorado	não ↑ Tinha um antes
e aí como é que era o relacionamento de vocês	eu gostava muito dele a gente começou a namorar:: aí aconteceu/ minha família num se queixava de nada não/ num reclamaram não acharam ruim quando eu engravidei também falaram nada não. Pronto até hoje eu tô com ele vivendo bem graças a Deus né ↑ gosto muito dele / amo mermo ele
você contou pra mim que vocês:: quando tinham relação usavam métodos... quer dizer você usava passou um tempinho usando né e aí	ai o povo dizia: não tem cisto no ovário nem tão cedo tu pega barriga/ aí eu peguei parei de tomar remédio / aí pronto aí peguei barriga
e essa sua gravidez / ela foi planejada por você	foi ::
Você queria ter realmente essa criança	queria
o que é ser pra você mãe agora	ser mãe pra mim agora é tudo↑ né a pessoa fica com muita ansiedade sofre um pouquinho mas passa o que é bom agora é a alegria ter um menino/ pronto/
o que é que você planeja enquanto mãe pra essa criança pro futuro	dar um estudo pra ele/ uma educação muito boa e educar ele na vida certa
como é que foi a aceitação da gravidez entre os teus familiares	foi normal/ normal mermo/ não se queixaram de nada não :: não falaram nada não/ foi normal
todo mundo apoiou	Apoiou
sua mãe/ seu pai	todo mundo/ ... a família dele também /
hum:: hum e no caso diz uma coisa pra mim :: você diz que planeja dar um futuro melhor pra ele planeja dar uma educação né ... tudo de bom pra ele e como é que você é ... pensa em fazer pra conseguir isso ((choro do bebê ao fundo))	através do pai dele também/ um dia eu consiga trabalhar também dar tudo de melhor de bom pra ele/
como é que foi teu parto conta pra mim	foi um pouco difícil/ mas na hora de ter achei melhor de que ter as dor / achei muito mais melhor de ter
você fez o pré-natal direitinho	fiz
tu fizesse teu pré-natal onde	no Posto Aranha de Moura...
quem fez teu pré-natal foi o médico ou foi a enfermeira	foi a enfermeira :: mas depois ela saiu aí eu terminei com o médico
e você foi atendida nesse pré-natal	Foi
que tipo de informação dada nesse pré-natal que vai te ajudar agora que você é mãe	assim normal ... ele explicava tudo direitinho a mim como é que ia ser como é que não era:: foi normal
certo/ O que é que você espera daqui pra frente agora pra você e pra sua família	bem muita felicidade e pra mim pro meu filho ...
diz uma coisa pra mim é importante pra você estar participando desse tipo de pesquisa	é
por quê	Porque a gente às vezes tem que atender as pessoas direito me perguntou que eu queria eu respondi com certeza/ não custa nada
tá jóia então minha querida você gostaria de falar mais alguma coisa	não ↓
tudo bem então obrigada por ter participado tá certo e pra gente como pesquisadora é muito importante ter esse seu depoimento gravado aqui	tá

Anexo D - Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros - CISAM



COMITE DE ETICA EM PESQUISA DO CISAM/UPE

Parecer nº: CEP/CISAM: 05/08

CAAE: 0005.0.250.000-08

Data da avaliação no CEP: 15/04/2008

Título do Projeto: Qualidade de vida em gestantes adolescentes ao Recife: Perfil social das mães através dos indicadores de risco.

Pesquisador Responsável: Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, e tem como objetivo levantar o perfil social e o índice de qualidade de vida das mães adolescentes atendidas pelo SUS no Recife. Serão pesquisadas as adolescentes residentes em Recife e admitidas para realização do parto na Maternidade Monteiro de Moraes, do CISAM – Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros.

Do ponto de vista ético o TCLE atende às normas contidas na Resolução 196/96 do CNS/CONEP/MS.

Parecer final do CEP/CISAM: APROVADO

Recife, 16 de abril de 2008

Vice-Coordenadora do CEP


CEP / CISAM-UPE
Dra. Ana Maria Marques
Vice - Coordenadora

Comitê de Ética do CISAM-UPE
Rua Mamanguape, s/n – Encruzilhada-Recife-PE
CEP: 52.030-010 – Fone/Fax: (081) 3302-1716

Anexo E - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães
– HAM



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Recife, de 27 março de 2008

Prezada Investigadora

Informamos a Vsa., que foi aprovado na reunião do dia 26/03/2008, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, o projeto de pesquisa, **“QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES ADOLESCENTES DO RECIFE: PERFIL SOCIAL DAS MÃES ATRAVÉS DOS INDICADORES DE RISCO”**, conforme normas para pesquisa, envolvendo seres humanos resolução 196/96.

Atenciosamente,



Maria Aparecida Torres de Lacerda
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa - HAM

Anexo F – Instruções aos Autores da Revista História, Ciência, Saúde Manguinhos

História Ciências Saúde

MANGUINHOS

ISSN 0104-5970 *versão
impressa*
ISSN 1678-4758 *versão on-
line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Objetivo e política editorial](#)
- [Apresentação de originais](#)

Objetivo e política editorial

História, Ciências, Saúde - Manguinhos publica artigos, ensaios, resenhas e notas de pesquisa inéditos; reproduz documentos e imagens de valor histórico, edita debates e entrevistas.

O editor reserva-se o direito de efetuar alterações ou cortes nos trabalhos recebidos para adequá-los às normas da revista, respeitando o estilo e os conteúdos do autor.

Seções

Análise - Textos analíticos ou ensaísticos resultantes de estudos e pesquisas concernentes a temas de interesse para *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* (até nove mil palavras).

Depoimentos - Entrevistas com pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para o conhecimento da história das ciências ou da saúde (até seis mil palavras).

Imagens - Ensaios elaborados por meio de imagens, fotografias, gravuras, desenhos etc. em preto e branco ou em cores, acompanhadas, se necessário, de legendas e texto introdutório (até oito páginas de imagens e cinco mil palavras).

Fontes - Destina-se à divulgação de acervos ou seus componentes que tenham relevância para a pesquisa sobre a história das ciências ou da saúde; documentos transcritos parcial ou integralmente, acompanhados de texto introdutório; obras raras, coleções científicas, bibliotecas e arquivos descritos, analisados e/ou parcialmente reproduzidos em fac-símiles (até cinco mil palavras).

Debate - Temas históricos ou da atualidade propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista por escrito ou ao vivo. No primeiro caso, os colaboradores podem sugerir temas e participantes, responsabilizando-se a editoria pela interação deles e pela edição do texto final. O debate ao vivo, quando não for organizado pela revista, pode ser submetido em forma de fita gravada ou já transcrita e parcialmente editada, cabendo a edição final aos editores da revista (até seis mil palavras).

Nota de Pesquisa - Relato preliminar, mais curto e incipiente do que um artigo, enfatizando hipóteses, progressos e dificuldades de pesquisas em andamento, comentando fontes, métodos e técnicas utilizados e desdobramentos antevistos (até três mil palavras).

Livros & Redes - Resenhas e análises críticas de obras publicadas, filmes e vídeos, bem como matérias relativas a redes e bancos de dados informatizados (até duas mil palavras).

Cartas - Comentários e críticas a artigos ou a qualquer texto publicado em números anteriores da revista, ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Apresentação de originais

Os originais devem ser encaminhados à Secretaria da revista, por correio ou via e-mail (hscience@coc.fiocruz.br) pelo modo anexado.

História, Ciências, Saúde - Manguinhos aceita colaborações em português, espanhol e inglês e francês para todas as seções. Os originais devem ser digitados em programas compatíveis com ambiente Windows. Todos os originais submetidos à publicação devem apresentar resumo do trabalho em que constem até 130 palavras e até cinco palavras-chaves alusivas à temática.

No programa Word for Windows, a contagem de palavras do texto digitado faz-se por consulta ao menu

Arquivo/Propriedades. O texto deve ser digitado, com espaçamento de 1,5 linha. Se for enviado pelo correio, solicita-se que o texto seja digitado e gravado em CD-rom e que contenha título do trabalho, nome(s) do(s) autor(es), instituição(ões) a que pertence(m), por extenso, endereço(s) completo(s), inclusive e-mail, e o máximo de cinco linhas com informações sobre o(s) autor(es), especialmente titulação e a atividade profissional, para constar na seção Colaboram Neste Número.

Pede-se que os autores destaquem termos ou expressões no texto por meio de aspas simples e não por itálico ou negrito (bold). Apenas citações, transcrições ou epígrafes em língua estrangeira devem constar em itálico, sem aspas.

Ilustrações e demais arquivos de imagem - Todas as imagens devem ser encaminhadas em arquivos separados, e não 'coladas' no arquivo de texto em Word. Imagens digitalizadas podem ser enviadas por e-mail ou em CD-rom, com as seguintes especificações: resolução de 600 dpi em tamanho natural e salvas em arquivos JPEG; imagens em preto e branco devem ser escaneadas em tons de cinza e as imagens coloridas, em RGB.

Tabelas, quadros e gráficos - Tabelas e quadros podem ser compostos em Word e inseridos no próprio arquivo do artigo; os gráficos, preferencialmente em Excel.

Resumo - Os artigos devem vir acompanhados de resumo na língua principal com, no mínimo, 100 palavras e, no máximo, 130. A versão para o inglês é de responsabilidade da revista.

Palavras-chaves - Os autores devem apresentar de três a cinco palavras-chaves, no idioma do artigo, representativas do conteúdo do trabalho.

Nomenclatura - Devem ser observadas cuidadosamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Notas de rodapé - Devem ser numeradas, sucintas e usadas só quando estritamente necessário. O conteúdo das notas deve ser digitado ao final do texto; pede-se não utilizar o mecanismo automático do Word para inserção de notas.

Títulos - Os títulos de livros, artigos, teses etc., em qualquer idioma, devem trazer em maiúscula somente a inicial da primeira palavra, a não ser em caso de nomes próprios. Se a obra tiver subtítulo, este é separado do título por dois pontos.

Citações - Até cinco linhas, as citações são compostas no meio

do texto, com aspas. Aquelas com mais de cinco linhas devem ser compostas em parágrafo distinto, com recuo à esquerda, e em fonte tamanho 11.

Referências - As referências de obras, artigos, fontes primárias e outras devem ser elaboradas conforme as normas adotadas pela revista (<http://www.coc.fiocruz.br/hscience/colaboradores.htm>). Suas respectivas chamadas, no texto, devem subordinar-se igualmente às normas da revista. As referências bibliográficas são listadas no item Referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, de acordo com o sobrenome do primeiro autor. Obras do mesmo autor devem constar em ordem decrescente da data de publicação, ou seja, do trabalho mais recente para o mais antigo. Não devem ser abreviados nomes de autores, títulos de periódicos, livros, editoras, cidades etc.

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

© 2002-2009 *Casa de Oswaldo Cruz*

**Prédio do Relógio
Av. Brasil 4365
21040-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
Tel./Fax: +55 21 2209-4111**



hscience@coc.fiocruz.br

Anexo G – Instruções aos Autores da Revista Ciência & Saúde Coletiva



ISSN 0034-8910 printed version
ISSN 1518-8787 *versión online*

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

- [Categories of articles](#)
- [Authorship](#)
- [Peer review process](#)
- [Instructions for case reports](#)
- [Supplements](#)
- [Conflicts of interest](#)
- [Documents](#)

Categories of articles

Original Articles

Original articles include observational studies, experimental or quasi-experimental studies, program evaluation, cost-effectiveness analyses, decision making analyses and evaluation studies of diagnostic screening tests. All articles should have clear objectives and hypotheses, study design and methods, results, discussion and conclusions.

They also include theoretical essays (critical reviews and presentation of major theoretical knowledge) and articles for presentation and discussion of methodological issues and approaches to public health research. In this case, their contents should be divided into topics for guiding readers through essential elements of the subject of interest.

Before submitting a manuscript, authors should use the applicable checklist:

- [CONSORT](#) checklist and flow chart for controlled randomized trials
- [QUOROM](#) checklist and flow chart for systematic reviews
- [MOOSE](#) checklist and flow chart for meta-analyses
- [STARD](#) checklist and flow chart for diagnostic accuracy studies
- [STROBE](#) for observational studies

Additional information:

- Articles should have a maximum of 3,500 words, excluding abstracts, tables, figures and references.

- Tables and figures, limited to a maximum of 5, should include only essential information. Figures should not display the same information as in Tables.
- References, limited to a maximum of 25, should include only those strictly applicable and relevant to the subject of interest. An excess number of references in one citation should be avoided. Citation to unpublished documents or not indexed in the scientific literature (theses, reports and others) should be avoided. When they cannot be replaced, they cannot be included in the references list and should be specified in page footnotes.

Abstracts should have a *structured presentation*, limited to a maximum of 300 words, including Objective, Methods, Results and Conclusions. The same does not apply to theoretical essays and articles about methods and approaches applied to research studies whose narrative abstracts should be limited to 150 words.

Original research articles should have the following conventional structure: Introduction, Methods, Results and Discussion. But other formats may be accepted. Introduction should be brief, define the subject studied, summarize its relevance and highlight the gaps in the knowledge that will be addressed in the article. Methods should include a comprehensive and thorough but concise description of study population, sources of information, sampling and selection criteria, and analytical procedures, among others. Results should include only the results found without any interpretations or comparisons. The text content should add to, but not repeat, what is presented in tables and figures. Discussion should include authors' appreciation on the study limitations, confrontation of the results to other studies, authors' interpretation of outcomes and their main implications, and eventual suggestion of new lines of research. Qualitative research studies can combine *Results* and *Discussion*, or even have them named differently but following the accepted structuring of scientific articles.

Brief communications – They include brief reports of findings relevant to public health, but do not contain comprehensive analysis and robust discussion.

Additional information:

- They should have a maximum of *1,500 words* (excluding abstracts, tables, figures and references), one *table or figure* and no more than 5 references.
- Its format follows the same guidelines of original articles, except for the abstract, which is non-structured and should have a maximum of *100 words*.

REVIEW ARTICLES

Systematic review and meta-analysis – By summarizing results of original, quantitative or qualitative studies, these articles intend to answer to a specific question relevant to public health. They detail the search of original studies, selection criteria for studies included in the review and the summary of results obtained from the studies reviewed (which may be or not **meta-analysis** approaches).

Narrative review/critical review – A narrative or critical review has a descriptive-discursive content focusing on comprehensive presentation and discussion of scientific issues in public health. They should include a clear presentation of the scientific object of interest, logic argumentation, theoretical-methodological review of studies and a conclusion summary. They should be produced by experts in the area of interest or renowned specialists.

Additional information:

- They should have a maximum of *4,000 words*.
- The abstract should have a narrative format with a maximum of 150 words. Or either a structured format, with no more than 300 words.
- There is no limited number of references.

COMMENTARY

Their purpose is to instigate the consideration, stimulate discussion and "fuel" controversies about major public health issues. The text content should be divided into topics or subtopics and Introduction should present the subject and its relevance. References should support the main issues addressed in the article.

Additional information:

- They should have a maximum of *2,000 words*, excluding abstracts, tables, figures and references
- Abstract should have a narrative format, up to a maximum of 150 words.
- References should not be over 25.

Letter to the Editor, limited to a maximum of 600 words and 5 references, are also published.

Authorship

The concept of authorship is related to the significant contribution of each one of the persons listed as authors to the research project development, data analysis and interpretation, manuscript writing and critical review. Each author's contribution should be explicit in a certificate for this purpose (see [model](#) form). The inclusion of authors whose contribution does not meet the above mentioned criteria is not justified. The list of authors, included below the title, should be *limited to 12; if this is exceeded, authors will be listed in the footnote*.

All published manuscripts become the property of Revista and may not be reproduced, either partially or wholly, in other printed journals. Abstracts or summaries of published articles may be published in other journals' websites with links to the full text, under permission of RSP editors. The publication of manuscript translation into other languages in international journals, in both printed or electronic formats, is allowed with the permission of the Revista's Scientific Editor only, with proper credit acknowledged. All submitted manuscripts should be accompanied by a Copyright Transfer Statement. A model form is available at the Revista's website.

Peer review process

All submitted manuscripts that follow the "Instructions for Authors" and are in accordance with the editorial guidelines are sent to peer review.

To be published, a manuscript has to be approved in all three steps:

Pre-evaluation: Scientific Editors evaluate manuscripts according to their originality, application, academic quality and relevance in public health.

Peer reviews: manuscripts selected in the pre-evaluation are sent to external consultants for peer review. Reviews are examined by the Editors who will recommend or not the manuscript's approval by the Scientific Editor.

Writing/Style: technical reading and compliance to Revista's style complete the review process.

Identities are kept confidential throughout the entire peer review

process.

Rejected manuscripts that can potentially be reworked can be resubmitted as a new article and will undergo a new peer review process.

Manuscript preparation

All manuscripts should be prepared in accordance with the "Instructions for Authors".

They should be typed in Word, txt, rtf format, Arial font, size 12, A-4 page setup, including abstracts, acknowledgments, references and tables.

All pages should be numbered.

Indiscriminate use of acronyms should be avoided, except for the most well-known ones.

Research ethics principles should be followed. All authors should state in Methods that the study followed the Declaration of Helsinki set of principles and was approved by the Research Review Board of the institution where the study was carried out.

Language

Manuscripts either in Portuguese, Spanish or English are accepted. For manuscripts submitted in Portuguese, the option of translating them into English is offered, as well as the publication of this version online. Regardless of the language, all manuscripts should have two abstracts, one in Portuguese and the other in English. When a manuscript is submitted in Spanish, a third abstract in Spanish should be included.

Identification information

- a)** Title of the article – It should be thorough and concise, up to a maximum of 93 characters with spaces. A **Portuguese** title should be included.
- b)** Short title – up to a maximum of 45 characters, for headers and footers in print pages.
- c)** Name and last name of each author as they are indexed in the literature.

d) All authors' institutional affiliations and their addresses (one institutional affiliation per author).

e) Name and address of the corresponding author.

f) If it is a supported project, name the type of support, funding agency and process number.

g) If it is based on a thesis, name the author, title, year and institution of submission.

h) If it was presented at a scientific meeting, name the event, place and date.

Descriptors – They should include 3 to 10 terms obtained from "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS) for abstracts in Portuguese, and from [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#) for abstracts in English. When there are no descriptors available for the manuscript's subject, known terms or expression may be used.

Acknowledgments – Those who collaborated intellectually may be named unless they meet authorship requirements. Authors should obtain [explicit authorization](#) to include the name of the individuals (see Responsibility for Acknowledgments document). The name of institutions providing funding or logistic support may also be included in the Acknowledgments section.

References – References should be alphabetically ordered, numbered and normalized in accordance with Vancouver style. Journal's titles should be cited in an abbreviated form in accordance with Index Medicus and italicized. In publications with six authors all authors' names are cited; when there are more than six, the first six authors are cited followed by the Latin term "et al".

Examples:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass;

2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

For additional examples, please refer to "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Personal communication is not considered a bibliographic reference. When necessary, they can be cited and detailed in the footnote. Citation of non-indexed scientific literature with limited access to external readers, available only within an institution, event or other, should be avoided. When necessary, they should be cited in the footnote. Similarly, information cited in the text obtained from electronic documents, but not permanently available in websites, should not be included in the list of references, but can be cited in the footnote.

Text citation: The number corresponding to the listed reference should be **superscripted**, placed after the punctuation mark when applicable. Parentheses, brackets and similar marks should not be used. Citation number may include or not authors' names and year of publication. When there are two authors' names, they should be joined with an "and"; when there are more than three authors' names, the first author's name is cited followed by "et al".

Examples:

According to Lima et al⁹ (2006), the prevalence of mental disorders in medical students is higher than in the general population.

Failure of community health seems evident, artificial and distant from the prevailing health care system.^{12,15}

Authors are responsible for the accuracy and completeness of their references and for correct text citation.

Tables – They should be presented separate, numbered with Arabic numerals in the order of their citation in the text, and include a short title without any horizontal or vertical marks. Explanatory notes should be placed at the table's bottom (not in

the heading or title). When a table is obtained from a published article, the authors should obtain written permission for reproduction from the publishing journal. This permission should be sent along with the submitted manuscript.

Charts are identified as Tables and follow the same numbering in the text.

Figures – Illustrations (photographs, pictures, graphs, etc.) should be cited as Figures in the order of their citation in the text using Arabic numerals. They should include a number and a short title; legends should be at the bottom of figures and illustrations should be of sufficient quality for reproduction, with a minimum resolution of 300 dpi. Figures representing the same data displayed in Tables are not accepted. Grid line graphs are not accepted and their elements (bars, circles) cannot be three-dimensional (3-D). Color figures are only exceptionally published. Symbols, arrows, numbers, letters and other signs in Figure legends should be identified and explained. When a figure is obtained from a published article, the authors should obtain written permission for reproduction from the publishing journal. This permission should be sent along with the submitted manuscript.

Online submission

Manuscripts should be submitted online via Revista's website (www.fsp.usp.br/rsp). In the home page, on the left-hand menu, select the option "article submission". For manuscript submission, the corresponding author is required to sign in. After signing in, then select the option "article submission" and complete the boxes with manuscript information. You can keep track of the review process by checking the manuscript's status at "check/changes in submitted manuscripts" option. There are a total of eight different status options:

- **Missing documentation:** In case of any errors or missing documents, including those attached and signed, the editorial office will contact the author. The review process will initiate only after all Revista's requirements are met.
- **Under review in pre-evaluation:** From this point on, the author cannot make any changes to the submitted manuscript. At this step, the Editor may either reject the manuscript or send it for external peer review.
- **Under review by peer reviewers:** The manuscript is being reviewed by external peer reviewers who will send their review reports to the Editor.
- **Under evaluation by the Editor's Board:** The Editor is examining all review reports and will send the final decision to the author.

- **Manuscript with the author:** The author receives a communication from Revista asking for manuscript reworking and resubmission of a new version.
- **Reworking:** The Editor is evaluating the new version and may ask for further clarifications from the author.
- **Approved**
- **Not approved**

In addition to keep tracking of the review process in the page “check/changes in submitted articles,” the author can have access to the following features:

“View”: You can have access to the submitted manuscript but cannot make changes.

“Change”: You may add missing information or make the changes requested by the Revista’s editorial office. This option is active only when the manuscript’s status is “Missing documentation”.

“Reviews/comments”: You can have access the Revista’s final decision about the manuscript.

“Reworking”: You can send the corrected manuscript with a note explaining each correction required in the previous option.

Checklist of manuscript submission requirements:

1. Author’s names and institutional affiliations, including e-mails and telephone numbers.
2. Manuscript’s title in Portuguese and English, up to a maximum of 93 characters with spaces.
3. Short title with 45 characters, for headers/footers in all print pages.
4. Text in Arial font, size 12, Word or similar format (doc, txt, rtf).
5. Name of the funding agency and process numbers.
6. For articles based on thesis/dissertation, name the institution and year of submission.
7. Structured abstracts for original research studies in Portuguese and English and, when applicable, in Spanish as well.
8. Narrative abstracts for original manuscripts other than research studies in Portuguese and English and, when applicable, in

Spanish as well.

9. "Authorship responsibility" certificate form signed by each author.
10. Certificate form signed by the first author regarding the consent of individuals named in the Acknowledgments section.
11. A certificate of research approval by the Research Ethics Committee of the institution when applicable. Tables numbered in a sequential order with title and notes, and with a maximum of 12 columns.
12. Figure in PDF, tif, jpeg or bmp format with a minimum resolution of 300 dpi. Graphs should be in grey palette, with no grid line and no 3-D.
13. Tables and figures should not exceed five altogether.
14. Editors' permission for reproduction of published figures and tables.
15. References normalized in accordance with Vancouver style, alphabetically ordered by the first authors and numbered. Make sure they are all cited in the text.

Supplements

Major public health issues can be subjects of supplements. Revista publishes up to a maximum of two supplements per issue a year, under request.

Supplements are coordinated by at least three editors: one is necessarily a Revista's editor appointed by the Scientific Editor and the other two are invited-editors who can be designated by the part proposing the supplement.

All articles submitted for publication in the Supplement will be reviewed by external peer reviewers designated by the Supplement's editors. The final decision on the publication of each article will be made by the Revista's Editor appointed to the Supplement.

The Supplement may include original articles (including theory assays, review, and brief communications) and commentaries.

Authors should submit their manuscripts in accordance with the

“Instructions for Authors” available at Revista’s website.

To be indexed, both the authors of the Supplement’s articles and the Supplement’s editors should clarify any potential conflicts of interest for its publication. Each article as well as the Revista’s back cover should include any information on conflicts of interest involving authors, editors and funding agencies.

Conflicts of interest

Readers’ confidence in the peer review process and the credibility of published articles are in part build up on how conflicts of interest are managed during manuscript writing, peer review and decision making by editors.

Conflicts of interest can arise when authors, reviewers and editors have interests that, evident or not, may affect manuscript composing or evaluation. Conflicts of interest can be personal, commercial, political, academic or financial.

When submitting a manuscript for publication, authors are responsible for recognizing and disclosing financial conflicts or any other conflict that might bias their work. They should acknowledge all financial support and other personal or financial connections to their work. Reviewers should disclose to the editors any conflicts of interest that could bias their opinions on the manuscript and, when appropriate, they should disqualify themselves from reviewing specific manuscripts.

If authors are not sure whether there is or not a potential conflict of interest, please contact the Revista’s editorial office for help.

Documents

All authors should read, sign and annex the following documents: Certificate of Responsibility and Copyright Transfer Agreement form (to be sent upon approval only). Certificate of Responsibility for Acknowledgments should be signed by the first (corresponding) author only.

Documents that should be annexed to the manuscript at the time of submission:

1. Certificate of Responsibility form
2. Acknowledgments form

Document that should be sent to Revista's editorial office upon manuscript's approval for publication:

3. Copyright Transfer Agreement form

1. Certificate of Responsibility

Based on the International Committee of Medical Journal Editors authorship criteria, authors should fulfill the following: (1) significantly contributed to the study design and planning or data analyses and interpretation; (2) significantly contributed to the manuscript draft or critical review of its contents; and (3) be involved in the approval of the manuscript's final version.

When an article is developed by a large or multi-center group, researchers should identify the individuals who take direct responsibility for the manuscript. These individuals should fulfill all authorship criteria defined above and they will be asked by the editors to sign the required certificates upon manuscript submission. The corresponding author should clearly indicate the preferred citation format for the group's name and identify the group members. They will be often listed in the footnote in the article's cover page.

Financing, data collection and overall supervision of the research project are not authorship criteria.

All individuals listed as authors should sign a Certificate of Responsibility.

MODEL

I, (full name), certify that I was involved in the authorship of the manuscript entitled (title) in the following terms:

"I certify that I was involved with the research article to an extent to make public my responsibility for its contents."

"I certify that the manuscript is an original research article and that neither the manuscript, in part or in whole, nor any other article with a substantially similar content, of my authorship has been published or submitted for publication in any other journal, either in print or electronically."

"I certify that, under request, I'll either provide or work together to gather and deliver data based on what the manuscript was developed for the editors' review."

Contribution:

Place, date

Signature

2. Certificate of Responsibility for Acknowledgments

Authors should obtain written authorization from all individuals cited in the Acknowledgments, as readers may assume their endorsement of data and conclusions. The corresponding author should sign a certificate (see model below).

MODEL

I, (full name), corresponding author for the manuscript entitled (title):

I certify that all individuals who have substantially contributed to this manuscript, but who did not fulfill authorship criteria, are named along with their specific contributions in the manuscript's Acknowledgments.

I certify that all individuals cited in the Acknowledgments have given their written permission for that.

I certify that, if an Acknowledgments section was not included, no one have made any substantial contributions to this manuscript.

Place, Date

Signature

3. Copyright Transfer Agreement

Please send a **signed agreement by all authors** upon manuscript approval.

Revista de Saúde Pública SP does not authorize any reproduction of published articles, except in special cases. Abstract may be republished in other print publication provided that due credit is explicitly acknowledged and a reference of the original article included. All such requests, as well as requests for the inclusion of links in sites for RSP articles published in SciELO, should be sent to Revista de Saúde Pública's Scientific Editor.

MODEL

"I certify that, upon the article's approval by Revista de Saúde Pública, I agree that all related copyrights will become exclusive property of Faculdade de Saúde Pública, and they may not be reproduced, in part or in whole, in any other part or media, print or electronic, without their prior authorization and, in that case, I will make sure to include the proper acknowledgment to

Faculdade de Saúde Pública and due credit."

Authors:

Title:

Place, date

Signature

Place, date

Signature

Anexo H – Press Release

Gravidez na adolescência e qualidade de vida

Compreender como a influência do grau de percepção das adolescentes sobre sua qualidade de vida e sua relação com o nascimento de seu filho pode permitir transcender o ponto de vista epidemiológico, "Puérperas adolescentes do Recife: qualidade de vida e perfil social com base nos indicadores de risco" é o tema de dissertação de mestrado que será apresentada no dia 09 de junho de 2009, das 9 às 12 horas, na Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco em Camaragibe sob orientação da Dra. Kalina Vanderlei da Faculdade de Formação de Professores de Nazaré da Mata.

*Maiores informações entre em contato com a responsável pela pesquisa: Janaina Santos: Tels: 3XXX-XXXX.
e-mail: janainasantos_fop@yahoo.com.br*