

MARISOL COSTA VIEGAS MUNIZ

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES EM CÁCERES –
MT**

BRASÍLIA

2010

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

MARISOL COSTA VIEGAS MUNIZ

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES EM CÁCERES –
MT**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

**BRASÍLIA
2010**

MARISOL COSTA VIEGAS MUNIZ

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES EM CÁCERES –
MT**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em dezembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro
Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a Valéria Bertonha Machado
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho
Ao divino espírito santo que me guia e fortalece;
À Adriana pelo incentivo, paciência e companheirismo;
Aos meus pais pela minha formação;
Às minhas irmãs e sobrinhos pelo carinho

AGRADECIMENTOS

Aos professores Dr. Elioenai Dornelles Alves e Dr. Pedro Sadi Monteiro e Dr^a Valéria Bertonha Machado pela paciência, dedicação e conhecimento;

Ao meu afilhado Sander pela contribuição valorosa, apoio e carinho;

À Fernanda pela dedicação e competência na coleta de dados;

À Janaina pela contribuição na análise estatística deste trabalho;

Aos diretores e funcionários dos Hospitais São Luiz e Regional Dr. Antonio Fontes em Cáceres – MT;

A todas as parturientes adolescentes que contribuíram para este estudo;

A todos os amigos que torceram por mim.

*Para ser grande, sê inteiro:
Nada teu exagera ou exclui.*

Sê todo em cada coisa.

Põe quanto és

No mínimo que fazes.

Assim em cada lago a lua toda brilha,

Porque alta vive.

(Fernando Pessoa)

RESUMO

A adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta caracterizada por instabilidade emocional, mudanças corporais e sociais. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), um período da vida situado entre 10 e 19 anos, dividido em dois subperíodos: de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. A gravidez na adolescência é hoje um problema de saúde pública mundial e implica em conseqüências sociais principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil. O objetivo deste trabalho é analisar o perfil epidemiológico da gestação na adolescência no município de Cáceres – MT. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, exclusivamente com puérperas adolescentes internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foram entrevistadas 174 puérperas adolescentes, mas para análise foi excluída uma. Os dados foram digitados e processados com a utilização do programa Epi Info e a análise estatística descritiva, por meio de medidas de freqüências, de tendência central e de dispersão, utilizando-se do Microsoft Office. Os principais resultados obtidos demonstram que 209(23,7%) dos partos ocorridos no município de Cáceres no período de 30/9/2009 a 31/03/2010 foram feitos em adolescentes; 11(6,4%) estavam na adolescência precoce e 162(93,7%) na adolescência tardia; 153(88,4%) são de Mato Grosso, 110(63,6%) são do município de Cáceres; 110(63,6%) declararam-se pardas, 129(74,6%) foram criadas na religião católica; 99(57,2%) têm ensino fundamental, 70(40,5%) ensino médio e 4(2,3%) estão no ensino superior, 115(66,5%) das entrevistadas relataram que não estavam estudando, 164(94,8%) que não possuem trabalho; 97(56,1%) disseram que tiveram a primeira relação entre quinze e dezenove anos e 73(42,2%) entre dez e quatorze anos; 111(64,2%) disseram que “o sexo é uma prova de amor”; 104(60,1%) disseram que a homossexualidade é opção de cada um; 167(96,5%) relataram ter feito o pré-natal; 142(82,1%) tiveram seus partos a termo; 90(52%) foram partos normais, 80(46,2%) cesarianas. Concluiu-se que, a gravidez na adolescência no município de Cáceres é um problema importante de saúde pública, distanciando as jovens de uma melhor escolaridade e conseqüentemente de sua ascensão social.

Palavras-chave: gravidez na adolescência; perfil de saúde; período pós-parto.

ABSTRACT

Adolescence is a transition period between childhood and manhood characterized by emotional instability, body and social changes. To World Health Organization (WHO), a period situated between 10 years old and 19 years old, which is divided in two sub periods: from 10 years old to 14 years old and from 15 years old to 19 years old. Pregnancy in adolescence it's a worldwide health concern and causes social consequences mainly in developing countries like Brazil. The objective of this work is to analyze the epidemiological profile of pregnancy in adolescence in Cáceres – MT. It's a descriptive and transversal study, exclusively with the teen puerperals interned in the public health system (SUS). 174 puerperal teens were interviewed but one was excluded in the analysis. Data were processed using the program Epi Info and the descriptive statistic analysis using the frequency measures of central tendency and dispersion using Microsoft Office. The results show that 209(23,7%) of the deliveries that took place in Cáceres between 9/30/2009 and 3/31/2010 were in adolescents;11 (6,4%) were in early-term adolescence and 162(93,7%) were in late-term adolescence;153(88,4%) are from Mato Grosso,110(63,6%) are from Cáceres – MT; 110(63,6%) are self-declared brown, 129(74,6%) were raised in Catholicism and 97(56,6%) still on it today; 99(57,2%) have basic education,70(40,5%) high school and 4(2,3%) are in college.115(66,5%) of the interviewed said that weren't studying, 164(94,8%) were unemployed ;97(56,1%) said that had sex for the first time between 15 years old and 19 years old,73,2(42,2%) had sex for the first time between 10 and 19 years old;111(64,2%) said "sex is a proof of love to the partner"; 142(82,1%) had term delivery;90(52%) were natural childbirths, 80(46%) were Caesarean section (C-section). 104(60,1%) said that homosexuality is each one's choice. Pregnancy in adolescence in Cáceres – MT is a serious public health problem, keeping the teen moms away from a better education and from social ascendancy.

Key words: pregnancy in adolescence; health profile; pos-labor period.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição por idade, das puérperas atendidas pelo SUS, em Cáceres-MT (31/09/2009 a 30/03/2010).....	33
Tabela 2- Distribuição por origem, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde, em Cáceres- MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	34
Tabela 3 - Distribuição por cidade, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	35
Tabela 4 - Distribuição por cor, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010).....	36
Tabela 5 - Distribuição por filiação e prática religiosa das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010) .	37
Tabela 6 - Distribuição das informações paternas das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010) .	38
Tabela 7 - Distribuição das informações maternas das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010) .	40
Tabela 8 - Distribuição por situação domiciliar, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	42
Tabela 9 - Distribuição por renda familiar das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres-MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	45
Tabela 10 - Distribuição por trajetória de estudo das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres - MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	46
Tabela 11 - Distribuição por trajetória de trabalho, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	48
Tabela 12 - Distribuição por menarca, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	50
Tabela 13 - Distribuição de como obteve conhecimento sobre determinado assunto, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	52
Tabela 14 - Distribuição por idade do primeiro namoro, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	53

Tabela 15 - Distribuição segundo o histórico da primeira relação_1, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	55
Tabela 16 - Distribuição segundo histórico da primeira relação_2, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	57
Tabela 17 - Distribuição sobre o histórico da primeira relação_3, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	58
Tabela 18 - Distribuição segundo a melhor opinião sobre sexo, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	59
Tabela 19 - Distribuição segundo a necessidade de sexo, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	60
Tabela 20 - Distribuição segundo a opinião sobre homens que transam com homens, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	60
Tabela 21 - Distribuição segundo a opinião sobre mulheres que transam com mulheres, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	62
Tabela 22 - Distribuição segundo opiniões sobre uso da camisinha, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	63
Tabela 23 - Distribuição segundo método contraceptivo, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	65
Tabela 24 - Distribuição por gravidez e desdobramentos, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	67
Tabela 25 - Distribuição segundo informações da primeira gravidez (1ª parte), das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	69

Tabela 26 - Distribuição segundo informações da primeira gravidez (2ª parte) das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	71
Tabela 27 - Distribuição segundo o pré-natal, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	73
Tabela 28 - Distribuição segundo o nascimento, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)	75
Tabela 29 - Distribuição segundo informações sobre estudo ou não, das puérperas adolescentes que já tem filho(s) de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010).....	76
Tabela 30 - Distribuição por trabalho ou não, das puérperas adolescentes que já tem filho(s) de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	77
Tabela 31 - Distribuição por responsável pelo sustento, das puérperas adolescentes que já tem filho(s) de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010).....	78
Tabela 32 - Distribuição por com quem o filho vive, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	79
Tabela 33 - Distribuição segundo a participação do pai ou da família dele no sustento da criança das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	79
Tabela 34 - Distribuição segundo a opinião sobre o questionário, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	80
Tabela 35 - Distribuição segundo o local da aplicação do questionário, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010).....	81
Tabela 36 - Distribuição segundo a cooperação das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	81
Tabela 37 - Distribuição segundo a dificuldade de compreensão das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	82

Tabela 38 - Distribuição segundo o nível de interesse das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	82
Tabela 39 - Distribuição segundo a sinceridade das respostas das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	- <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ANEP	- Associação Nacional de Empresas de Pesquisa
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	- Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
ERS/Cáceres	- Escritório Regional de Saúde de Cáceres – MT
GA	- Gravidez na Adolescência
GRAVAD	- Gravidez na Adolescência
HIV	- <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PROAGRO	- Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia
PSF	- Programa de Saúde da Família
SINASC	- Sistema Nacional de Nascidos Vivos
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNEMAT	- Universidade do Estado de Mato Grosso
UNIC	- Universidade de Cuiabá

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	27
2.1 GERAL	27
2.2 ESPECÍFICOS	27
3 MATERIAIS E MÉTODOS	28
3.1 TIPO DE ESTUDO	28
3.2 LOCAL DA PESQUISA	28
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	28
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	29
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	29
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	29
3.7 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS.....	30
3.8 VARIÁVEIS SELECIONADAS.....	30
3.8.1 Sócio-Demográficas	30
3.8.2 Trajetória de Estudo e Trabalho	30
3.8.3 Iniciação Sexual	31
3.8.4 Atitudes e Valores Sobre Sexualidade	31
3.8.5 Gravidez e Desdobramentos	31
3.8.6 Avaliação	32
3.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 TRAJETÓRIA DE ESTUDO E TRABALHO.....	45
4.2 INICIAÇÃO SEXUAL.....	49
4.3 ATITUDES E VALORES SOBRE SEXUALIDADE.....	59
4.4 GRAVIDEZ E DESDOBRAMENTOS	66
4.5 MÓDULO DE ENCERRAMENTO	80
4.6 PERGUNTAS A SEREM RESPONDIDAS PELO ENTREVISTADOR	81
5 CONCLUSÃO	84
6 SUGESTÕES	86
ANEXO A – QUESTIONÁRIO GRAVAD ADEQUADO	94

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE CUIABÁ	121
---	------------

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta caracterizada por instabilidade emocional, mudanças corporais e sociais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1965 definiu adolescência como o período da vida situado entre 10 e 19 anos, dividido em dois subperíodos: de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, e a juventude na faixa etária de 15 a 25 anos, o que compreende uma parte da adolescência.

A maioria dos jovens chega à maturidade sexual antes de atingir a maturidade social, emocional ou a independência econômica¹. A erotização do adolescente promovido pela mídia estimula a iniciação sexual precoce que, na ausência de domínio das práticas contraceptivas, pode resultar em gravidez não desejada².

No quinto relatório anual do *State of The World's Mothers*, publicado em 2004, com dados coletados entre 1995 e 2002, destacou-se que 13 milhões de nascimentos (1/4) de todos os nascimentos do mundo são de mulheres com menos de 20 anos e mais de 90% em países em desenvolvimento. Essa porcentagem varia entre 8% na Ásia até 55% na África. O documento alertou que a gravidez e o parto foram as principais causas de morte em mulheres de 15 a 19 anos nos países em desenvolvimento³.

A gravidez na adolescência foi considerada, na década de 80, o primeiro problema de saúde pública norte-americano. Durante os anos 90, as taxas de gravidez e de nascimentos tiveram considerável declínio. Porém, os nascimentos entre “*teenagers*” americanas continuaram mais expressivos nos países desenvolvidos⁴.

O Instituto Brasileiro de Geografia e de Estatística (IBGE) constatou uma população entre 36 e 38 milhões de adolescentes para o período de 2005, ou seja, um quinto da população total do país. Em nenhum momento anterior da história demográfica brasileira constatou-se uma subpopulação de tal magnitude para essa faixa etária. Nesse contexto, o fenômeno brasileiro possui o contingente mais visível devido a sua histórica exuberância demográfica⁵.

A cada ano, mais de 14 milhões de adolescentes dão à luz no mundo. A proporção entre os países, muito variada, vai de 1% no Japão até 53% na Nigéria.⁴

Uma cuidadosa revisão da literatura feita por Brandão ⁶ identificou diferentes argumentos na abordagem em questão. São elas: situação de risco na gravidez precoce e conseqüências a incapacidade psíquica dos jovens para criar os filhos, os nexos com situações de marginalidade social e econômica, como também as estratégias de inserção social de ou no mundo dos adultos.

O fenômeno gravidez na adolescência não é um evento isolado, devendo ser analisado dentro de um contexto maior. Nesse sentido, Kirby ⁷ propõe uma vasta revisão da literatura norte-americana sobre o tema, compilando os antecedentes do comportamento sexual e contraceptivo, da gravidez e maternidade na adolescência. Ele enumera 13 possíveis grupos que indicam a falta de contracepção nas relações sexuais, a gravidez e a maternidade. São eles: desvantagens comunitárias e desorganização; vínculo e sucesso na escola; vínculo a instituições religiosas; estrutura e condição econômica das famílias dos adolescentes; vínculo e dinâmica familiares; comunicação e crenças dos pais sobre sexualidade e contracepção; atitudes e comportamento dos pares; presença de um parceiro e as características do parceiro; abuso sexual; antecedentes biológicos; condição étnica; engajamento em outros comportamentos de risco e perturbação emocional; antecedentes psicossociais sexuais.

No que tange a contracepção, Le Van ⁸, outro estudioso no assunto, refere-se ao conceito francês, definindo esse termo como uma norma social plenamente aprendida que resume os argumentos médicos e psicológicos comumente invocados para a gravidez na adolescência. Enfatiza-se nesse trabalho a preferência do adolescente pelo instantâneo, pela espontaneidade, pelo risco e pela crença mágica em sua invulnerabilidade.

As resistências à contracepção adviriam do perfil psicológico do adolescente, da necessidade de constatação da fertilidade, da acepção do método contraceptivo como um artifício técnico no ato amoroso e da recusa em subordinar a liberdade sexual à dependência médica. Por fim, o desejo inconsciente dos jovens de engravidar ou de ter um filho⁸.

Um estudo realizado com 161 adolescentes grávidas, entre janeiro de 2000 e dezembro de 2003 na Maternidade Julio Diniz em Portugal ⁹, apontou resultados epidemiológicos expressivos. Entre eles: As adolescentes têm idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos (média de 16,06 anos) em mais de um quarto da amostra ambos os pais são adolescentes (31,9%); na maior parte das

vezes a grávida (78,3%) ou o companheiro (71,8%) não têm a escolaridade obrigatória; embora muitos companheiros estejam empregados (73,8%) a maioria das grávidas está desempregada (66,5%); quase todas as adolescentes (95,2%) e companheiros (92,7%) com profissões de baixa qualificação, a maior parte das adolescentes vive com a família (78,2%), um número elevado coabita com o companheiro (57,2%), sendo a situação mais comum viver com a família sem o companheiro (41,6%). Assim, muitas adolescentes vivem com a família e o companheiro (36,6%) ou só com o companheiro (20,6%).

Em Cuba, durante os anos de 2001 a 2008, pesquisadores¹⁰ investigaram no Hospital Materno Infantil Ana Betancourt de Mora, na cidade de Camagüey o comportamento do aborto em adolescentes e o seu significado como problema social. O estudo apresentou um acompanhamento de 31.876 casos de abortamentos, sendo que 9.952 (31,2%) em adolescentes o que determinou a amostra do estudo.

Os principais resultados apontados foram:

- a) a idade da primeira relação sexual entre 14 e 17 anos;
- b) a infecção vaginal foi o fator de risco mais freqüente (6.478 casos);
- c) o esquecimento e o excesso de confiança foram os motivos apontados pelas adolescentes para não usarem métodos contraceptivos (5.639 casos);
- d) as complicações mais freqüentes foram as endometrites e os restos ovulares com 265 e 73 casos respectivamente;
- e) as principais fontes de educação sexual segundo as adolescentes pesquisadas são os pais, amigos e programas escolares.

No Chile, Baeza et al¹¹ destacaram que nascem aproximadamente 40.000 crianças de mães adolescentes a cada ano. Esses nascimentos habitualmente decorrem de gravidezes não planejadas e têm como conseqüência a deserção escolar, multiparidade, desemprego, perpetuação do ciclo da pobreza e “feminização” da miséria.

Esse trabalho teve como objetivo compreender os fatores de risco associados à gravidez não planejada a partir de adolescentes nulíparas de uma escola com alto índice de gestação nessa faixa etária, na cidade de Temuco e que deram à luz no Hospital Hernán Henríquez Aravena.

Os resultados apontados na dimensão individual destacam a crença no “amor romântico”, baixa auto-estima, irresponsabilidade masculina e falta de conhecimento da sexualidade. Na dimensão familiar os fatores foram: negligência paterna, limite familiar estreito e família pouco acolhedora. Em relação ao uso de contraceptivos, observa-se o difícil acesso, vergonha para solicitá-los e temor em aumentar de peso.

Nos Estados Unidos, Rosengard et al ¹², em um estudo longitudinal com 354 adolescentes femininas sexualmente experientes, objetivou analisar os diferentes métodos de avaliação da intenção da gravidez, identificar as diferenças psicossociais entre as jovens que indicam as intenções de gravidez e as que não e examinar a relação entre as intenções de engravidar e as gravidezes subseqüentes aos seis meses, em pacientes que não estavam grávidas no início, e sexualmente experientes.

Os autores concluíram que para reduzir a gravidez na adolescência, deve-se levar em consideração as intenções das mulheres em engravidar. A informação e a educação por parte das adolescentes podem favorecer aquelas sexualmente experientes que possuem relatos inconsistentes sobre a intenção de gravidez.

Outro estudo desenvolvido por pesquisadores americanos foi o de Santelli et al ¹³ com o propósito de analisar as contribuições da diminuição da atividade sexual e uma melhor utilização de contraceptivos para o declínio recente das taxas de gravidez na adolescência nos Estados Unidos. Foram utilizados os dados coletados no período de 1995 a 2002 em mulheres de 15 a 19 anos de idade.

A pesquisa concluiu que a diminuição das taxas de gravidez em adolescentes americanas parece estar seguindo os padrões observados em outros países desenvolvidos em que a utilização do contraceptivo tem sido o principal determinante para o sucesso desse processo.

No Brasil podemos destacar os estudos de Brandão e Heilborn¹⁴, que apontam a alteração do percurso entre a infância e a idade adulta nas sociedades ocidentais modernas nas últimas décadas. Os autores recordam que a extensão da escolarização, as dificuldades de inserção e a permanência no mercado de trabalho acentuam a dependência dos jovens em relação aos pais. No entanto, a continuidade da dependência familiar não se torna impeditiva para o exercício da autonomia nessa fase da vida, na qual a sexualidade tem grande relevância. Destacam-se a distinção entre duas dimensões constitutivas do processo de

individualização, comumente tomadas como equivalentes: a autonomia, compreendida como autodeterminação pessoal e a independência, concebida como auto-suficiência econômica. Para as gerações jovens atuais, a conquista da independência se coloca cada vez mais tardia, o que não impede que a autonomia seja uma aspiração cada vez mais precoce. Nas gerações passadas, tal autonomia estava fortemente condicionada à emancipação financeira e residencial dos pais.

Outro estudo que destacamos é o “Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil” originalmente elaborado por Heilborn et al ¹⁵, e publicado em 2008, que permitiu, por meio de um inquérito domiciliar, conhecer aspectos sociais de jovens e adolescentes em três capitais brasileiras, quais sejam, Salvador, Porto Alegre e Rio de Janeiro. Em um dos aspectos descritos por esse estudo, Aquino et al ¹⁶, estimaram a prevalência de gravidez na adolescência (GA), em Salvador Rio de Janeiro e Porto Alegre, analisando-se o perfil de quem engravida e seus parceiros e os resultados da gestação.

Trata-se de inquérito domiciliar, com entrevistas de uma amostra estratificada de homens e mulheres entre 18 e 24 anos, para a avaliação retrospectiva da GA. Foram entrevistados 4.634 jovens (85,2% dos elegíveis); 21,4% dos homens e 29,5% das mulheres com 20 anos e mais referiram GA, mas poucas se deram antes dos 15 anos (0,6% e 1,6%). A gravidez entre adolescentes foi relatada por 55,1% dos homens e 27,9% das mulheres; a maioria dessas teve a GA em relacionamento estável com parceiro mais velho (79,8%). A ocorrência de GA variou inversamente com a escolaridade e a renda. A primeira GA foi levada a termo por 72,2% das mulheres e 34,5% dos homens, estes com maior percentual de relato de aborto provocado (41,3% contra 15,3% das moças). Com o nascimento de um filho antes dos 20 anos, parte das moças parou os estudos temporários (25,0%) ou definitivamente (17,3%), mas 42,1% já se encontravam fora da escola.

Simões et al ¹⁷ descreveram as características da gravidez na adolescência em São Luís – MA em um estudo cuja amostra de 2.429 partos de mulheres residentes na cidade e que abrangeu 94% dos nascimentos hospitalares. As mulheres foram separadas em seis grupos: abaixo de 18 anos, 18 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29, 30 a 34 e 35 e mais. Os principais resultados desse estudo foram: das 2.429 mulheres, 714 eram adolescentes (29,4%). Seu coeficiente específico de fecundidade, 72,2 por mil, foi mais elevado que em outras regiões do País. As

adolescentes apresentaram piores condições socioeconômicas e reprodutivas que as demais mulheres, maior proporção de pré-natal inadequado (39,2%) e muitas não tinham companheiro (34,5%). Por outro lado, tiveram menor proporção de parto cesáreo (23,0%) e de fumantes (3,5%). Os autores concluíram que apesar da situação socioeconômica igualmente desfavorável, as adolescentes de 18 a 19 anos apresentaram resultados perinatais semelhantes às mulheres de 25 a 29 anos. Já os menores de 18 anos tiveram maiores proporções de filhos com baixo peso ao nascer, prematuros e com maior risco de mortalidade infantil. Isto sugere que a imaturidade biológica possa estar associada a maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil.

Em Montes Claros – MG, o estudo de Goldenberg et al¹⁸, teve como propósito dimensionar a ocorrência de partos de adolescentes na rede hospitalar de Montes Claros, MG, Brasil. Num universo de 7.672 Declarações de Nascidos Vivos do ano 2001, a proporção estimada de nascidos vivos de mães adolescentes foi de 21,5%. Ao lado da reduzida presença de adequada freqüência ao pré-natal, particularmente na faixa de 10 a 14 anos de idade (12,0%), o estudo apontou para um crescimento da ocorrência de complicações, inversamente relacionada com a idade, sendo estas diferenças significativas no tocante à prematuridade e baixo peso ao nascer, o que não aconteceu com o Apgar no quinto minuto.

Confirmando a hipótese de maior chance de ocorrência dessas complicações na vigência de um número inadequado de consultas ao pré-natal, os resultados também sinalizaram para a existência de um risco associado à idade, particularmente na adolescência precoce (10 a 14 anos). Ao lado dos indicativos de aumento da gravidez na adolescência, na região (período de 1997 a 2001), esses resultados apontaram para a consideração da gravidez na adolescência como problema de saúde pública.

Rocha et al¹⁹ ressaltam que, com o aumento de gestantes adolescentes, surgem grandes desafios na perinatologia, em face dos resultados neonatais adversos encontrados em recém nascidos de primíparas adolescentes. Na literatura se verifica maior incidência de partos pré-termos e de recém-nascidos de baixo peso nesse grupo de gestantes, principalmente entre aquelas com menos de 16 anos. Esses fatores são importantes marcadores de morbidade e mortalidade neonatal e infantil. A prematuridade é responsável por 70% da taxa de mortalidade Peri natal no Brasil.

Com relação à taxa de fecundidade das mulheres jovens, um estudo mostrou que no Brasil, a questão ganha relevância em razão da queda dessa taxa nas últimas décadas, chegando a 2,5 filhos por mulher em 1996²⁰⁻²¹. Contudo, essa mudança não foi acompanhada por um adiantamento da idade de entrada na vida reprodutiva²¹⁻²²⁻²³⁻²⁴.

Para Dias e Aquino²⁵, nos últimos vinte anos no Brasil, houve um aumento da taxa específica de fecundidade e uma elevação relativa de nascimento entre mulheres de 15 a 19 anos de idade, em contraste com a tendência revelada em outros grupos etários. Foi possível observar esse fato em alguns países da América Latina reforçando o argumento da gravidez na adolescência como “problema social”. Esses estudos relatam que a emancipação da mulher na sociedade brasileira enseja novas expectativas sociais para as adolescentes e jovens, o que contribui para explicar a inquietação pública com a gravidez na adolescência.

Para Rickert et al²⁶, aos 19 anos, mais de 70% das adolescentes já tiveram pelo menos um coito iniciando em média aos 16 anos. Cerca de um quinto das meninas e um terço dos meninos de 15 anos já tiveram o primeiro coito. Segundo Anarney e Hendee²⁷ aproximadamente 5 a 10% das adolescentes ficam grávidas. As meninas, geralmente começam o relacionamento sexual, sem o aconselhamento prévio ou uma anticoncepção eficiente, segura e regular, e levam cerca de 12 a 18 meses para procurar orientação médica adequada. Algumas querem inconscientemente engravidar para testar sua fertilidade.

Chapie-Dubrit²⁸ esclarece que existem algumas razões que levam a adolescente a não praticar a contracepção. São elas: utilização incorreta dos períodos de abstinência, dificuldades para obter métodos contraceptivos, estimativa incorreta do risco de gravidez, crença de que o prazer diminui com a contracepção, contracepção é antinatural, caráter não planejado das relações sexuais.

O autor enumera que os principais riscos da falta de métodos contraceptivos na adolescência são: a gravidez indesejada, aborto, problemas de crianças educadas por mulher muito jovem, formação profissional incompleta, casamento forçado com risco de 60% para o divórcio, doenças sexualmente transmissíveis, recidiva de gravidez indesejada (10-15% no ano seguinte). Mais ainda, alguns fatores que levam a relações sexuais precoces como menarca precoce, fracasso escolar, conflito, separação ou divórcio dos pais, doença prolongada ou morte na família e relação tensa com os pais.

Para Santos Júnior ²⁹, vivenciar situações de perigo é um desafio característico da adolescência, a possibilidade de descobrir o novo, de testar os próprios limites e de “experimentar emoções inusitadas”. O apoio dos pais, da estrutura escolar, principalmente pelos professores é fundamental para evitar condutas discriminatórias com adolescentes grávidas e para estimular a permanência delas na escola.

Estudo de Chalem et al ³⁰ em São Paulo teve como objetivo identificar o perfil sócio-demográfico e comportamental de gestantes adolescentes, em que foram entrevistadas mil adolescentes, admitidas entre 24 de julho de 2001 e 27 de novembro de 2002 em um hospital municipal. Entre os principais resultados destacamos que, nesses quatrocentos e noventa e dois dias consecutivos, ocorreram 4.108 internações no centro obstétrico do hospital para parturição ou curetagem pós-abortamento, das quais 1.002 (24,4%) eram adolescentes. Em duas destas não se conseguiu aplicar o questionário, sendo incluídas no estudo mil adolescentes.

Das mil adolescentes, 70 (7%) foram admitidas para curetagem e 930 (93%) para parturição, sendo os conceitos 10 (1%) óbitos fetais e 928 nascidos vivos (oito gemelares). A média de idade das participantes foi de 17,0 anos, variando de 11 a 19 anos; 17% tinham até 15 anos. Apenas 7,2% eram casadas legalmente, mas 62,7% referiam viver com um companheiro. Do total, 42,3% viviam exclusivamente com o companheiro e/ou filhos constituindo um núcleo familiar independente, ao passo que as demais (57,7%) continuavam morando também com outros familiares (15,1% com outros filhos, 42,9% com a mãe, 25,8% com os pais, 43% com irmãos). Conviviam na mesma casa em média três pessoas; em 22,6% dos casos, mais de cinco pessoas.

Em relação à classe econômica, segundo a classificação da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP), utilizando-se de critérios de classificação econômica no Brasil, 88,2% das participantes pertenciam às classes C e D, sendo que 68% referiam renda familiar mensal de até quatro salários mínimos. A principal fonte de sustento provinha do companheiro e/ou pais da adolescente. No que se refere à inserção social, a média de anos freqüentados de escola referidos foi de oito anos. Considerando-se a média de idade encontrada (17 anos) a defasagem entre o esperado e o efetivamente cursado foi de 2,4 anos. Destaca-se que 67,3% das adolescentes não estavam mais estudando no momento da entrevista; 60,2%

associavam o abandono da escola com a gravidez e 65,4% haviam abandonado durante o ano letivo.

Em relação ao comportamento sexual, a média de idade de início de atividade sexual foi de 15 anos, variando de 10 a 19 anos. Os autores concluíram que a gestação na adolescência é um fenômeno com repercussões significativas para o indivíduo e para a sociedade. Para a adolescente, pode marcar e alterar toda a sua vida resultando em baixos níveis educacionais e um impacto negativo para a ascensão econômica dessas jovens e que a gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, associado à grande número de fatores, tais como, econômicos, educacionais e comportamentais, precipitando problemas e desvantagens decorrentes da maternidade precoce.

Vilella e Doreto³¹ estudando a experiência sexual dos jovens sublinham o fato de que os jovens não se percebem em risco para o HIV, parte dos jovens que engravidam nessa faixa etária vive em condições sociais, econômicas e culturais semelhantes aos que se infectam pelo HIV. A aproximação entre a prevenção da gravidez e a da infecção pelo HIV continua sendo um desafio a ser enfrentado.

O estudo de Saito³² sobre gravidez na adolescência abordando a dimensão do problema “gravidez precoce” em todo o mundo nos últimos anos, coincide com a existência da maior coorte de adolescentes de todos os tempos. Uma em cada cinco pessoas no mundo está na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, a maioria vivendo em países em desenvolvimento, e expressiva maioria, em condições de vulnerabilidade.

Cataño³³ em sua pesquisa para dissertação de mestrado analisou o estado nutricional, os resultados obstétricos e os parâmetros clínicos dos recém-nascidos de mães adolescentes na maternidade do complexo do Aeroporto em São Paulo (MATER) em 2005. Concluiu que a idade materna, de forma isolada não determina o comportamento obstétrico, ressaltando que orientação nutricional é um aspecto determinante para o desenvolvimento satisfatório da mãe e da criança.

Dib³⁴ investigou o conhecimento dos métodos anticoncepcionais por alunos de escolas públicas de São Paulo. A autora conclui sua pesquisa dizendo que o conhecimento de tais métodos não garante o seu uso. Contudo, a disponibilidade de maior número de serviços e orientações sobre esses métodos podem favorecer a mudança de atitude dos jovens no que se refere à prática de uso eficiente e preventivo em relação aos métodos contraceptivos.

Já na Bahia, Almeida³⁵ investigou a gravidez na adolescência em jovens de três capitais brasileiras. A saber, Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre. A autora conclui que a gravidez na adolescência e, principalmente, a maternidade e paternidade para a maioria dos jovens das camadas mais populares resultam de processos sociais complexos que também os expulsam da escola, ou pelo menos não favorecem seus avanços em termos educacionais. A autora enfatiza a importância da inclusão dos homens na atenção a saúde reprodutiva. É necessário o acolhimento e cuidado nos casos de gravidez confirmada, o que implica assegurar assistência pré-natal e ao parto, mas também, a atenção humana e de qualidade para jovens e seus parceiros quando a gravidez é interrompida.

O evento gravidez pressupõe envolvimento entre parceiros, apesar de que na literatura sobre o tema não contemple os homens. É ainda sobre as mulheres que recaem as principais atribuições e responsabilidades com os filhos.

O município de Cáceres com 84.175 habitantes está localizado estrategicamente em uma região rica em recursos naturais. Faz parte do Pantanal mato-grossense às margens do Rio Paraguai. É uma cidade portuária, faz fronteira com a Bolívia e por ela passa uma rodovia federal⁵⁻³⁶. Foi alvo de investigação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito em 2004, na investigação sobre a prostituição infantil no Brasil, sendo apontada como roteiro de turismo sexual. Descobriu-se empresários, autoridades e grupos de aliciadores formando uma rede de exploração sexual cujas principais vítimas eram adolescentes jovens entre 12 e 18 anos, pobres e sem perspectiva de vida.

Nota-se nos ambulatórios da rede municipal que prestam assistência pré-natal uma demanda crescente de jovens grávidas e pouco comprometidas com uso de contraceptivos, bem como com o futuro que elas e seus filhos terão. Nos Hospitais que fazem atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) diariamente nascem crianças de mães adolescentes e esse quadro vem se agravando sem que as autoridades sequer conheçam o problema.

O planejamento familiar e a assistência pré-natal no município são precários, que tem uma cobertura de assistência do Programa de Saúde da Família (PSF) de apenas 10 equipes, atendendo menos de 50% da população do município³⁷. Os principais motivos são: a constante rotatividade e despreparo de profissionais envolvidos nesse programa, dificuldade de acessibilidade a métodos contraceptivos, bem como deficiência de políticas públicas voltadas ao planejamento familiar.

A proposta desta pesquisa foi conhecer de fato a problemática da gestação na adolescência no município de Cáceres-MT, subsidiando implementação de futuras ações públicas em saúde, mobilizando a sociedade civil organizada para esse grave problema da nossa sociedade.

No artigo "Estudos sobre gravidez na adolescência: a constatação de um problema social",¹ esse tema é amplamente abordado e reafirma a gravidez nessa faixa etária como preocupação mundial.

Alves ED, Muniz MCV, Teles CCGD / UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde. 2010;12(3):49-56 ¹.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o perfil epidemiológico das puérperas adolescentes nos Hospitais São Luiz e Regional Dr. Antônio Fontes no município de Cáceres, Estado de Mato Grosso no período de outubro de 2009 a março de 2010.

2.2 ESPECÍFICOS

Este estudo teve como objetivos específicos conhecer:

- o perfil sócio demográfico das puérperas adolescentes;
- a trajetória de estudo e trabalho das puérperas adolescentes;
- sobre a iniciação sexual das puérperas adolescentes;
- atitudes e valores sobre a sexualidade das puérperas adolescentes;
- sobre a gravidez e seus desdobramentos nas puérperas adolescentes.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, cuja característica é a identificação dos grupos de interesse após a análise final dos dados, de cunho descritivo, cujo objetivo foi de informar a distribuição do evento gravidez na adolescência em termos quantitativos.³⁸

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas dependências do Hospital São Luiz e no Hospital Regional de Cáceres- MT Dr. Antonio Fontes exclusivamente com puérperas adolescentes internadas pelo SUS. O Hospital São Luiz é privado e credenciado pelo SUS e nele são atendidas todas as gestantes de baixo risco. O Hospital Regional Dr. Antônio Fontes é público estadual e referência regional do Sudoeste do Estado de Mato Grosso em diversas especialidades, incluindo às gestações de alto risco, atendendo a demanda de 22 municípios da região.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no puerpério imediato (até 48h pós-parto) com todas as adolescentes (menores de 20 anos), que internaram no município para darem à luz.

3.4 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA:

A amostra foi de conveniência³⁸ e não aleatória, uma vez que foram selecionadas as puérperas adolescentes dos dois hospitais que atendem ao SUS no

município e com base em levantamento prévio de outros estudos com características semelhantes. No período de 31 de setembro de 2009 a 30 de março de 2010, 186 adolescentes deram a luz no município. Dessas, 12 se recusaram a participar da pesquisa e uma foi excluída por ter sido vítima de violência doméstica, não prestando informações de interesse da pesquisa, apesar de ter concordado em participar. Foram utilizados para análise final 173 questionários.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas todas as adolescentes que após apresentação, leitura e esclarecimentos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordaram em fazer parte da pesquisa e que deram à luz no Hospital São Luiz e Regional. Termo esse assinado pelas entrevistadas e pelos pais e ou responsáveis legais.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas da entrevista, puérperas acima de 20 anos, as que não concordaram e ou seus responsáveis, bem como as que apresentaram qualquer restrição física, mental ou psíquica que dificultassem a entrevista.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral da Universidade de Cuiabá (UNIC) atendendo ao disposto da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado em 25 de setembro de 2009 sob o registro de N°129 CEP/UNIC/2009 – protocolo N° 2009-139. A pesquisa com os sujeitos foi iniciada somente após aprovação do CEP.

3.7 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

O principal instrumento de produção de dados foi um questionário padronizado, a Gravidez na Adolescência (GRAVAD) de 2002 (ANEXO A) adequado para atender os objetivos específicos do estudo, semi-estruturado, por meio de entrevistas face a face, realizado em salas individuais previamente organizadas para essas entrevistas de forma a garantir privacidade e confidencialidade das informações prestadas. As entrevistadoras foram duas: a pesquisadora e uma aluna do curso de enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) previamente selecionada e treinada.

3.8 VARIÁVEIS SELECIONADAS

3.8.1 Sócio-Demográficas

Idade, origem, naturalidade, cor ou raça, religião, informações paternas e maternas (ocupação, escolaridade, estado marital), tipo de habitação, escolaridade e renda familiar.

3.8.2 Trajetória de Estudo e Trabalho

Frequência escolar, última série concluída, interrupção do estudo e motivos, trabalho, remuneração, ocupação, interferência do trabalho nos estudos, remuneração atual.

3.8.3 Iniciação Sexual

Menarca, orientação materna sobre a menarca, informações sobre relação sexual, gravidez, métodos contraceptivos, DST e AIDS, idade do início do namoro, homossexualidade, idade da primeira relação sexual, parceiro da primeira relação sexual, idade do parceiro na primeira relação sexual, local onde ocorreu, motivação para a primeira relação, quais os cuidados tomaram para evitar a gravidez na primeira relação.

3.8.4 Atitudes e Valores Sobre Sexualidade

Opinião sobre sexo, controle sobre a vontade de ter sexo, necessidade de sexo, relações homossexuais, opiniões sobre camisinha, responsabilidades quanto ao uso dos métodos contraceptivos, idade escolhida para ter o primeiro filho.

3.8.5 Gravidez e Desdobramentos

Gravidez anterior, número de parceiros, número de filhos, idade da primeira gravidez, uso de métodos contraceptivos quando da gravidez, reação ao descobrir a gravidez, atitude do parceiro, resultado da gravidez, informações sobre pré-natal, tempo de gestação, tipo de parto, mudanças na vida após o nascimento do primeiro filho, responsável pelo sustento da criança, com quem vive o filho(a).

3.8.6 Avaliação

Opinião das entrevistadas e das entrevistadoras sobre o questionário, tempo, local, cooperação, dificuldades, grau de interesse e dúvidas sobre a sinceridade das respostas.

3.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados e processados com a utilização do programa Epi Info (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta EUA*), versão 3.5.1 de Agosto de 2008 considerando todas as variáveis levantadas durante a investigação.

Foi realizada análise estatística descritiva, por meio de medidas de frequências, de tendência central (médias) e de dispersão (desvio padrão).

As análises descritivas do trabalho foram feitas no Microsoft Office Excel 2007 e as análises estatísticas no programa Minitab 14 e Epi Info 3.5.1.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

1.13 INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

As perguntas relacionadas com informações sócio-demográficas tiveram como objetivo saber a inserção social das jovens utilizando-se de indicadores de idade, origem, naturalidade, cor, religião, informações familiares e domésticas, renda e moradia. As respostas seguem abaixo nas Tabelas de 1 a 9.

Tabela 1 - Distribuição por idade, das puérperas atendidas pelo SUS, em Cáceres-MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Idade	n	%	% acumulado
13 anos	2	1,2%	1,2%
14 anos	9	5,2%	6,4%
15 anos	18	10,4%	16,8%
16 anos	25	14,5%	31,2%
17 anos	37	21,4%	52,6%
18 anos	45	26,0%	78,6%
19 anos	37	21,4%	100,0%
Total	173	100,0%	-

FONTE: Pesquisa GRAVAD adequado, 2009/2010

Na Tabela 1, observamos a distribuição por idade das 173 adolescentes entrevistadas, na qual 11 (6,4%) estavam na adolescência precoce (10-14 anos) e 162 (93,7%) na adolescência tardia (15-19 anos). A média da idade foi de 17,1, a mediana 17, o desvio de 1,5, a idade mínima de 13 anos e a máxima de 19.

Simões et al¹⁷ em estudo realizado em São Luís – MA, abrangendo 94% dos nascimentos hospitalares, mostraram que 29,4% foram feitos em adolescentes. Aquino et al¹⁶ em estudo que estimou a prevalência da gravidez na adolescência em Salvador, Porto Alegre e Rio de Janeiro, constatou que 27,9% das mulheres entrevistadas relataram gravidez antes dos vinte anos de idade. Carniel et al³⁹ em estudo transversal que analisou os nascimentos de crianças ocorridos em Campinas descreveu que 17,8% eram mães adolescentes.

Neste estudo os resultados dos índices de gravidez na adolescência foram abaixo 209(23,7%) dos índices citados nos dois estudos acima¹⁶⁻¹⁷ e superior ao outro³⁸.

Em 2006, de um total de 1.807 nascimentos, no município de Cáceres – MT, 478 (26,4%) foram de mães adolescentes; Em 2007, de 1.765 nascimentos, 430 (24,3%)³⁹. O número total de partos ocorridos no município de Cáceres no período da pesquisa apresentada neste trabalho foi de 881, sendo 209 em adolescentes (23,7%)⁴⁰, tendo, portanto uma discreta queda, porém acima do nível nacional que em 2006 foi de 21,5% e em 2007 de 21,11%⁴⁰.

No Estado de Mato Grosso essa média em 2006 foi de 25,22% e em 2007 de 24,38%. Se analisarmos ainda esta região em relação aos nascimentos de filhos de mães abaixo de vinte anos, com a região Sul (2006:19, 29%; 2007:18, 86%), Sudeste (2006:17, 8%; 2007:17, 5%), Nordeste (2006:24, 6%; 2007:24, 16%), veremos que a região apresenta índices superiores e só equiparáveis à Região Norte (2006:24, 02%%; 2007:27, 7%)⁴⁰.

Tabela 2- Distribuição por origem, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde, em Cáceres- MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Origem (nascimento)	n	%	% acumulado
MT	153	88,4%	88,4%
BO	5	2,9%	91,3%
RO	5	2,9%	94,2%
AC	2	1,2%	95,4%
MS	2	1,2%	96,5%
Outros*	6	3,5%	100,0%
Total	173	100,0%	-

FONTE: GRAVAD adequada, (2009/2010)

NOTA: *AL, MA, PB, PR, RS, SP

Na Tabela 2 observamos que das 173 entrevistadas, 153 (88,4%) são de Mato Grosso, 5 (2,9%) da Bolívia e 15 (8,7%) de outros estados brasileiros.

Tabela 3 - Distribuição por cidade, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Cidade	n	%	% acumulado
Cáceres	110	63,6%	63,6%
Mirassol D'Oeste	9	5,2%	68,8%
Rio Branco	5	2,9%	71,7%
Cuiabá	4	2,3%	74,0%
Pontes e Lacerda	4	2,3%	76,3%
São José dos Quatro Marcos	3	1,7%	78,0%
Várzea Grande	2	1,2%	79,2%
San Matias	2	1,2%	80,3%
Barra do Bugres	2	1,2%	81,5%
Vilhena	2	1,2%	82,7%
Curvelândia	2	1,2%	83,8%
Araputanga	2	1,2%	85,0%
Outros*	26	15,0%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

NOTA: *1 caso cada: Ariquemes; Cacoal; Campo Novo do Parecis; Clarinópolis; Comodoro; Diamantina; Figueirópolis D'Oeste; Gloria D'Oeste; Gloria de Dourados; Horizonte D'Oeste; Imperatriz do Maranhão; Nova Olímpia; Novo Horizonte do Norte; Pedro Gomes; Pimenta Bueno; Porto Esperidião; Posoni (província de San Doval); Princesa Isabel; Salto do Céu; San Juan (província de San Doval); Santa Cruz de La Sierra; Santa Maria; São Miguel dos Campos; São Paulo e Umuarama.

Na Tabela 3 podemos observar que das 173 entrevistadas, 110 (63,6%) são do município de Cáceres, 9 (5,2%) de Mirassol D'Oeste, 5 (2,9%) de Rio Branco, 4 (2,3%) de Cuiabá, 4 (2,3%) de Pontes e Lacerda, 3 (1,7%) de São José dos Quatro Marcos e 12 (7,2%), duas de cada município, de Várzea Grande, San Matias, Barra do Bugres, Vilhena, Curvelândia e Araputanga. Outras 26 (15%) relataram ser cada uma de outras cidades.

Em relação à origem das entrevistadas constatou-se que a maioria (cento e dez) era de Mato Grosso e da cidade de Cáceres, porém, sessenta e três eram de municípios da região ou de outros locais do país, e cinco da Bolívia, o que nos faz supor que essa demanda se deve ao município de Cáceres ser referencia regional em serviços de saúde do oeste de MT, bem como de fazer fronteira com a Bolívia distante oitenta quilômetros.

Tabela 4- Distribuição por cor, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Cor	n	%	% acumulado
Parda	110	63,6%	63,6%
Branca	28	16,2%	79,8%
Preta	27	15,6%	95,4%
Indígena	4	2,3%	97,7%
Não sabe	4	2,3%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

Na Tabela 4 observa-se que, das 173 entrevistadas, 110 (63,6%) declararam-se pardas, 28 (16,2%) brancas, 27 (15,6%) pretas, 4 (2,3%) indígenas e 4 (2,3%) não souberam responder.

Borges et al ⁴² em um estudo transversal em uma área da zona leste de São Paulo, aponta que das 203 adolescentes do sexo feminino, 55,7% declararam-se negras (agrupadas em pardas e negras).

Sabroza et al ⁴³ em um estudo realizado com puérperas adolescentes no Rio de Janeiro, descreveu que das 320 entrevistadas entre 12-16 anos, 58,4% declararam-se de pele parda ou negra e entre as 908 puérperas entre 17-19 anos, 57,2%.

No presente estudo foi possível observar o predomínio de puérperas que se declararam de cor parda. Essas associadas às que se declararam pretas representaram 79% da amostra. Ressaltamos a importância dessa variável, uma vez que segundo análise do senso de 2000 feito pelo IBGE ⁵ o rendimento de brancos é quase o dobro do de pretos e pardos, assim como se destaca a diferença na ocupação, fator social que interfere diretamente na dificuldade de ascensão social.

Tabela 5- Distribuição por filiação e prática religiosa das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Religião	n	%	% acumulado
Filiação religiosa	173		
Católica	129	74,6%	74,6%
Pentecostal	31	17,9%	92,5%
Protestante	4	2,3%	94,8%
NSA	3	7%	96,5%
Sem religião	6	3,5%	100,0%
Prática religiosa	173		
Católica	98	56,6%	56,6%
Pentecostal	27	15,6%	72,3%
Protestante	5	2,9%	75,1%
Sem religião	43	24,9%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 5 observamos que das 173 entrevistadas, 129 (74,6%) foram criadas na religião católica e nessa religião encontram-se hoje 98 (56,6%) das entrevistadas; 31 (17,9%) criaram-se na pentecostal e 27 (15,6%) das entrevistadas freqüentam atualmente essa religião; 4 (2,3%) criaram-se na religião protestante e 5 entrevistadas atualmente praticam essa religião; 3 (1,7%) não souberam responder em qual religião foram criadas e 6 (3,5%) declararam-se criadas sem religião e atualmente 43 (24,9%) encontram-se sem freqüentar qualquer igreja.

No estudo de Borges et al⁴², a religião predominante entre as adolescentes do sexo feminino foi a católica, com 61,6%, evangélicas e outras, 26,6% e 11,8% declararam-se sem religião. Aquino et al¹⁶, estudaram a heterogeneidade dos perfis sociais entre indivíduos situados na faixa de 18-24 anos em Salvador, Porto Alegre e Rio de Janeiro por meio de um inquérito domiciliar e no que se refere à religião, 21,5% das entrevistadas do sexo feminino declararam-se católicas, 30% pentecostais, 28% de outras religiões e 33,6% disseram não ter nenhuma.

Nesta pesquisa salientamos o fato de a religião católica ser praticada pela maioria de nossas entrevistadas. Outro fato que vale ressaltar é o trânsito das adolescentes entre as religiões, bem como o distanciamento da prática religiosa e

um número considerável (24,9%) de adolescentes sem religião. Este último fato nos chamou atenção, pois Cuyabano ⁴⁴ em sua dissertação de mestrado relatou que em 2000, no município de Cáceres – MT 77,44% da população era católica, 14,84% evangélicos e apenas 4,76% declararam-se sem religião. Essa diferença de informação entre a nossa pesquisa e a supracitada pode ser explicada pela diferença de metodologia, bem como dos sujeitos entrevistados. Apontamos aí uma possível lacuna para aprofundamento da pesquisa em estudos futuros.

Tabela 6- Distribuição das informações paternas das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Informações paternas	n	%	% acumulado
Pai vive?	173		
Sim	147	85,0%	85,0%
Não	16	9,2%	94,2%
Não o conheceu + Não sabe/Perdeu contato	10	5,8%	100,0%
Idade pai	173		
30 a 39 anos	23	13,3%	13,3%
40 a 49 anos	67	38,7%	52,0%
50 a 59 anos	26	15,0%	67,1%
60 anos ou mais	10	5,8%	72,8%
Não sabe + NSA	47	27,2%	100,0%
Escolaridade pai	173		
Nunca frequentou escola	16	9,2%	9,2%
Fundamental incompleto	61	35,3%	44,5%
Fund. completo + Médio incompleto	16	9,2%	53,8%
Médio completo + Superior incompleto	15	8,7%	62,4%
Superior completo	4	2,3%	64,7%
Não sabe/Não lembra + NSA	61	35,3%	100,0%
Idade da puérpera quando pai sumiu	26		
Menos de 10 anos	9	34,6%	34,6%
10 anos ou mais	6	23,1%	57,7%
NSA	11	42,3%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 6 observa-se que das 173 entrevistadas, 147 (85,0%) tem pais vivos, 16 (9,2%) os pais já morreram, 10 (5,8%) não conheceram, não souberam avaliar ou perderam contato com seus pais. No que diz respeito à faixa etária paterna destacamos que 50% encontram-se entre 30-49 anos, 20,8% acima de 50 anos e 27,2% não sabiam a idade paterna ou não souberam avaliar. Em relação à escolaridade paterna das entrevistadas, 61 (35,3%) tem ensino fundamental incompleto, 16 (9,2%) fundamental completo e médio incompleto, 16 (9,2%) nunca freqüentaram a escola, 15 (8,7%) médio completo e superior incompleto, 4 (2,3%) superior completo e 61 (35,3%) não souberam responder sobre a escolaridade paterna. Das 173 entrevistadas, 26 informaram que os pais sumiram, e dessas 11 (42,3%) não souberam precisar quando, 9 (34%) quando elas tinham menos de 10 anos e 6 (42,3%) quando elas tinham mais de 10 anos.

Tabela 7- Distribuição das informações maternas das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Informações maternas	n	%	% acumulado
Mãe vive?	173		
Sim	167	96,5%	96,5%
Não	4	2,3%	98,8%
Não sabe/Perdeu contato	2	1,2%	100,0%
Idade mãe	173		
Menos de 30 anos	2	1,2%	1,2%
30 a 39 anos	77	44,5%	45,7%
40 a 49 anos	62	35,8%	81,5%
Mais de 49 anos	16	9,2%	90,8%
Não sabe + NSA	16	9,2%	100,0%
Escolaridade mãe	169		
Nunca frequentou escola	21	12,4%	12,4%
Fundamental incompleto	82	48,5%	60,9%
Fund. completo + Médio incompleto	20	11,8%	72,8%
Médio completo + Superior incompleto	20	11,8%	84,6%
Superior completo	7	4,1%	88,8%
Não sabe/Não lembra + NSA	19	11,2%	100,0%
Idade da puérpera quando mãe sumiu	6		
1 ano	2	33,3%	33,3%
7 anos	1	16,7%	50,0%
15 anos	2	33,3%	83,3%
NSA	1	16,7%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

Na Tabela 7 são observamos que das mães das 173 entrevistadas, 167 (96,5%) estão vivas, 4 (2,3%) já faleceram e apenas 2 (1,2%) não souberam informar ou perderam o contato com as mães. Em relação à idade materna, 139 (80,3%) estão na faixa etária entre 30 a 50 anos incompletos, 16 (9,2%) acima de 50 anos, 16 (9,2%) não souberam a idade da mãe e 2 (1,2%) relataram a idade da mãe abaixo de 29 anos.

Destacamos o nível de escolaridade da mãe para situar o meio social da família das jovens entrevistadas por se tratar de uma variável simples e de fácil declaração, uma vez que em razão das separações familiares freqüentemente os filhos são afastados dos pais e constatamos nesta pesquisa essa afirmação.

Das 173 entrevistadas 23 (13,3%) não sabiam a escolaridade materna, 82 (48,5%) informaram que as mães têm ensino fundamental incompleto, 20 (11,8%) fundamental completo e médio incompleto, 20 (11,8%) ensino médio completo e superior incompleto, 7 (4,1%) superior completo, 21 (12,1%) declararam que as suas mães nunca freqüentaram a escola e 19 (11,2%) não souberam relatar. Apenas 6 entrevistadas disseram ter perdido contato com suas mães.

Belo e Silva ⁴⁵ relataram em um estudo realizado com 156 adolescentes grávidas em Campinas – SP que 48,7% dos pais e 59,6% das mães dessas adolescentes tinham apenas o primeiro grau incompleto. Borges et al ⁴², num estudo onde tiveram como objetivo descrever os aspectos individuais e familiares associados ao início da vida sexual de adolescentes de ambos os sexos de 15 a 19 anos em São Paulo, relataram que 61,7% das mães e 41,7% dos pais dos adolescentes do sexo masculino tinham apenas ensino fundamental incompleto. Já a escolaridade dos pais das adolescentes do sexo feminino, a maioria (54,7%) das mães e 37,9% dos pais também só possuíam ensino fundamental incompleto.

Nesta pesquisa os resultados foram semelhantes em relação à baixa escolaridade paterna e materna, tendo como resultado o relato de que 61(35,3%) dos pais e 82(48,5%) das mães possuem apenas o ensino fundamental incompleto.

A média de irmãos de nossas entrevistadas foi de 3,8 irmãos, sendo o mínimo de 0 e o máximo de 21, com desvio de 2,8. Não houve diferença de gênero entre os irmãos, com média de 1,9 para ambos os sexos.

Tabela 8- Distribuição por situação domiciliar, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Situação domiciliar	n	%	% acumulado
Companhia na moradia	173		
Não mora com os pais ou responsáveis	103	59,5%	59,5%
Com a mãe	30	17,3%	76,9%
Com ambos os pais	21	12,1%	89,0%
Com outros responsáveis	11	6,4%	95,4%
Com o pai	6	3,5%	98,8%
Com o pai e a parceira dele + NSA	2	1,2%	100,0%
Tipo de habitação	173		
Casa	164	94,8%	94,8%
Cômodo	7	4,0%	98,8%
Apartamento	2	1,2%	100,0%
Domicílio é...	173		
Próprio	121	69,9%	69,9%
Alugado	38	22,0%	91,9%
Cedido	10	5,8%	97,7%
Outros*	4	2,3%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

NOTA: * Casa da fazenda onde trabalham, Casa onde a sogra trabalha e NSA

Na Tabela 8 são mostrados que das 173 entrevistadas, 103 (59,5%) não moram com os pais ou responsáveis. Das outras 70 (40,5%), 30 (17,3%) moram com as mães, 6 (3,5%) com os pais, 21 (12,1%) com o pai e a mãe, 11 (6,4%) com outros responsáveis e 2 (1,2%) com o pai e a parceira dele ou não souberam avaliar. Em relação ao tipo de moradia, 164 (94,8%) relataram morar em casa, 7 (4,0%) em cômodo e 2 (1,2%) em apartamento. Desses, 121 (69,9%) relataram morar em domicílio próprio, 38 (22%) alugado e 14 (8,1%) em domicílio cedido ou não souberam avaliar.

No estudo de Borges et al⁴², 61,1% dos adolescentes do sexo masculino relataram morar com ambos os pais, 30% somente com as mães, 4,4% somente com os pais e 4,4% com nenhum dos pais; Já entre as adolescentes do sexo feminino, 70,9% coabitavam com ambos os pais, 18,2% somente com as mães, 2,5% somente com os pais e 8,4% com nenhum dos pais. No de Aquino et al¹⁶

descreveram que dos homens e mulheres que foram pais antes dos 20 anos, 74,2% das mulheres e 86,6% dos homens moravam com as famílias de origem, 15,8% das mulheres e 6,4% dos homens com o parceiro ou parceira, 6,1% das mulheres e 1,4% dos homens com parceiro(a) e familiares e 3,9% das mulheres e 5,7% dos homens com outras pessoas.

Neste estudo observamos que a maioria 103 (59,5%) não morava com os pais ou responsáveis, 17,3% com as mães, 3,5% com os pais e 12,1% com ambos os pais. Esses dados diferem substancialmente dos estudos acima citados. Fato esse que pode ser explicado pelas diferenças sociais, geográficas, culturais e demográficas onde as pesquisas foram realizadas.

Com relação à quantidade de moradores na mesma habitação encontramos a média de 4,8 moradores. Destacando o mínimo de 2 e o máximo de 12 por habitação, com desvio de 1,9 e mediana 4. Borges et al ⁴² descreveram em seus estudos que as adolescentes relataram morar em média com 5,2 moradores em suas habitações. Esses resultados são semelhantes aos encontrados neste estudo, contudo estamos acima da média nacional e da região centro-oeste que em 2001 era de 3,3 pessoas por família e 1,5 filhos. ⁵

O número de cômodos nas habitações relatados pelas entrevistadas foi em média 4,8 cômodos, sendo de no mínimo 1 e o máximo de 12, com desvio de 1,8 e mediana 5. No estudo de Borges et al ⁴² as adolescentes relataram morar em habitações em média com 5,1 cômodos, resultado esse semelhante ao do nosso estudo.

Interrogadas sobre situação conjugal, das 173 entrevistadas, 124 (71,7%) estão casadas ou vivem com alguém e 49 (28,3%) não estão casadas ou vivem com alguém. No estudo de Simões et al ¹⁷, das adolescentes menores de dezoito anos, 14,1% estavam casadas, 48,3% moravam junto com seus companheiros e 37,6% estavam sem companheiros. Na faixa etária entre 18-19 anos, 19,8% estavam casadas, 48,4% moravam juntas com os companheiros e 31,9% estavam sem companheiros.

Chalem et al ³⁰ relataram que 62,7% das grávidas adolescentes internadas em São Paulo na sua área de pesquisa tinham uma união conjugal, 36,4% estavam sem união e 0,9% eram viúvas ou estavam separadas. Belo e Silva ⁴⁵ descreveram que 42,3% das adolescentes em seu estudo eram solteiras, 48,1% viviam em união consensual e 0,9% estavam casadas.

Rocha et al ¹⁹, num estudo realizado em Vitória – ES, cujo objetivo foi o de comparar a incidência de partos pré- termos e de recém nascidos de baixo peso entre adolescentes primíparas das duas faixas etárias (10-14 e 15-19 anos) verificaram que 100% das adolescentes precoces eram solteiras e 65,3% das adolescentes tardias tinham uma união consensual.

Nesta pesquisa 124(71,7%) das puérperas adolescentes relataram estar casadas ou viver com alguém, números semelhantes aos trabalhos acima citados, mas destacamos que um número significativo 49 (28,3%) das adolescentes que deram a luz no município de Cáceres estavam solteiras no período puerperal.

Tabela 9 - Distribuição por renda familiar das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres-MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Renda familiar (mensal)	n	%	% acumulado
Menos que 1 SM	20	11,6%	11,6%
Entre 1 SM e 2 SM	33	19,1%	30,6%
Entre 2 SM e 4 SM	18	10,4%	41,0%
Mais que 4 SM	5	2,9%	43,9%
NSA	97	56,1%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

Na Tabela 9 observamos que 97 (56,1%) das entrevistadas não souberam informar ao certo a renda familiar, 20 (11%) declararam renda menor que um salário mínimo, 33 (19,1%) renda entre um e dois salários mínimos, 18 (10,4%) entre dois e quatro salários mínimos e 5 (2,9%) mais que quatro salários mínimos.

Na pesquisa de Rocha et al¹⁹, 65,7% das entrevistadas declararam renda familiar menor ou igual a dois salários mínimos. No estudo de Chalem et al³⁰, 68% relataram renda inferior a quatro salários mínimos.

Nesta pesquisa observamos resultados semelhantes aos dos estudos acima citados, onde 20(11,6%) relataram renda inferior a um salário mínimo e 51(29,5%) entre um e quatro salários mínimos. Destacamos que 97(56,1%) das entrevistadas não souberam informar a renda familiar, e isso pode estar ligado à falta de trabalho no período da entrevista, à informalidade e ou à dependência familiar direta.

4.1 TRAJETÓRIA DE ESTUDO E TRABALHO

Em relação à trajetória de estudo e trabalho, objetivamos conhecer a escolaridade das puérperas, bem como analisar a influência e inter-relações com o trabalho e a gravidez. As Tabelas 10 e 11 mostram os resultados obtidos.

Tabela 10 - Distribuição por trajetória de estudo das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres - MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Trajetória de Estudo	n	%
Freqüente escola	173	
Não, freqüentou e interrompeu	115	66,5%
Sim, rede pública	36	20,8%
Sim, rede particular	2	1,2%
Não, já concluiu os estudos	20	11,6%
Precisou interromper/parar estudo	173	
Sim	128	74,0%
Não	45	26,0%
Escolaridade	173	
Ensino Fundamental ou Primeiro Grau	99	57,2%
Ensino Médio ou Segundo Grau	70	40,5%
Superior – Graduação	4	2,3%
Justificativa para interromper	173	
Ficou grávida	65	37,6%
Não precisou interromper	45	26,0%
Não gostava de escola/estudar	37	21,4%
Precisava trabalhar	4	2,3%
Tinha de cuidar do(s) filho(s)	3	1,7%
Outro motivo	19	11,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 10 são mostrados a trajetória de estudos das entrevistadas, destacando que no período da entrevista, 115 (66,5%) das entrevistadas não estavam estudando, 36 (20,8%) estavam na rede pública de ensino, 2 (1,2%) na rede particular e 20 (11,6%) declararam não estarem estudando por já terem concluído os estudos. Perguntadas se precisaram interromper ou parar os estudos, 128 (74%) responderam que sim e 45 (26%) que não. Quanto à justificativa para a interrupção destacamos que 65 (37,6%) tiveram como principal motivo a gravidez, 37 (21,4%) não gostavam de escola ou de estudar, 4 (2,3%) precisavam trabalhar, 3 (1,7%) tinham que cuidar de filhos e 19 (11,0%) alegaram outros motivos. Das 173 entrevistadas, 45 (26%) relataram não terem precisado interromper os estudos. Outra pergunta foi sobre a escolaridade das puérperas entrevistadas cujos

resultados foram que 99 (57,2%) declararam ter ensino fundamental, 70 (40,5%) ensino médio e 4 (2,3%) ensino superior.

Borges et al ⁴², relataram que dos adolescentes do sexo masculino, 22,2% não estavam estudando no momento da entrevista, e 77,8% estavam na escola. Já as do sexo feminino, 20,2% não estavam freqüentando a escola e 79,8% sim. Aquino et al ¹⁶ afirmaram em seus estudos que 42,4% de mulheres que tiveram filhos antes de vinte anos não estavam estudando e permaneceram sem estudar, 14,1% continuaram estudando, 25% pararam de estudar por um período, 17,3% pararam de estudar completamente. Chalem et al ³⁰, descreveram um alto índice (67,3%) de evasão escolar entre grávidas adolescentes. No estudo de Belo e Silva ⁴⁵, 51,9% não freqüentavam a escola e das que freqüentavam (48,1%), 45,3% estavam no primeiro grau e 54,7% cursavam o segundo grau.

O grau de escolaridade atingido pelas adolescentes, avaliados pelos números reais de anos de escolaridade é um indicador importante de hierarquia social e em nosso estudo constatamos que apesar de 115(66,5%) das entrevistadas não estarem freqüentando a escola no momento da entrevista, 99(57,2%) delas tinham ensino fundamental, ou seja, freqüentaram nove anos de escola e 70(40,5%) delas tinham ensino médio, ou seja, freqüentaram a escola efetivamente durante 12 anos.

Tabela 11 - Distribuição por trajetória de trabalho, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Trajетória de Trabalho	n	%	% acumulado
Possui estágio/trabalho	173		
Não	164	94,8%	94,8%
Sim	9	5,2%	100,0%
Já possuiu atividade remunerada	173		
Sim	106	61,3%	61,3%
Não	66	38,2%	99,4%
NSA	1	0,6%	100,0%
Tipo de emprego	173		
Empregada s/ carteira assinada/ s/ contrato	92	53,2%	53,2%
Empregada c/ carteira assinada/ c/ contrato	11	6,4%	59,5%
Autônoma/Conta própria	4	2,3%	61,8%
NSA	66	38,2%	100,0%
Trabalho interfere(iu) nos estudos?	173		
Não, continuo estudando	19	11,0%	11,0%
Não, já tinha parado de estudar	18	10,4%	21,4%
Sim, teve que parar de estudar	8	4,6%	26,0%
Sim, teve que mudar de turno	3	1,7%	27,7%
Não sabe + NSA	125	72,3%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 11 observamos que de 173 puérperas entrevistadas, 164 (94,8%) não possuem trabalho ou estágio, restando apenas 9 (5,2%) com emprego ou estágio. Quando perguntadas se já exerceram alguma atividade remunerada 106 (61,3%) informaram que sim, 66 (38,2%) que não e 1 (0,6%) não soube avaliar. Em relação ao tipo de emprego 92 (53,2%) responderam que estiveram empregadas sem carteira assinada e sem contrato de trabalho, 11 (6,4%) disseram que foram empregadas com carteira de trabalho e com contrato, 4 (2,3%) relatam terem trabalhado como autônomas e 66 (38,2%) não souberam avaliar. Perguntadas se o trabalho interferiu nos estudos, 19 (11%) responderam que não e que continuam estudando, 18 (10,4%) responderam que não, pois já haviam parado os estudos, 8 (4,6%) responderam que tiveram que parar os estudos para trabalhar, 3 (1,7%) disse que tiveram que mudar de turno na escola para trabalhar e 125 (72,3%) não souberam avaliar.

No estudo de Aquino et al ¹⁶ afirmaram que 62,6% de mulheres que tiveram filhos antes de vinte anos não estavam trabalhando e permaneceram sem trabalhar, 6,6% pararam de trabalhar, 13,7% já trabalhavam e continuaram trabalhando quando da gestação, e 16,7% começaram a trabalhar. Borges et al ⁴² descreveram que 84,2% das adolescentes do sexo feminino não possuíam trabalho no momento da pesquisa e 15,8% estavam trabalhando. Chalem et al ³⁰, relataram que de um total de 1.000 adolescentes entrevistadas, apenas 9,7% referiram estar trabalhando.

Neste estudo destacamos que os resultados foram semelhantes aos trabalhos acima citados no que diz respeito ao alto índice 164 (94,8%) de gestantes adolescentes desempregadas, o que certamente contribui para o aumento da dependência familiar e social. Dentre as entrevistadas 66 (38,2%) não souberam avaliar sua ocupação quando tiveram uma ou não tinham uma no momento da entrevista, 41 (23,7%) trabalhavam como prestadoras de serviços gerais e ou secretárias, 34 (19,7%) como babás, 28 (16,2%) como atendentes de diversos setores e 4 (2,3%) disseram ser autônomas.

4.2 INICIAÇÃO SEXUAL

Em relação à iniciação sexual, a proposta foi conhecer como se deram os primeiros conhecimentos sobre eventos fisiológicos e a influência da família, da escola, da mídia e de outros veículos ou pessoas envolvidas nesse aprendizado. Os resultados encontram-se nas Tabelas de 12 a 17.

Tabela 12 - Distribuição por menarca, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Menarca	n	%	% acumulado
Idade da menarca	173		
9 anos	3	1,7%	1,7%
10 anos	12	6,9%	8,7%
11 anos	46	26,6%	35,3%
12 anos	49	28,3%	63,6%
13 anos	33	19,1%	82,7%
14 anos	16	9,2%	91,9%
15 anos	8	4,6%	96,5%
16 anos	2	1,2%	97,7%
Não sabe/Não lembra	4	2,3%	100,0%
Orientação materna	173		
Sim, antes da primeira menstruação	76	43,9%	43,9%
Não, nunca conversou	74	42,8%	86,7%
Sim, só depois que aconteceu	22	12,7%	99,4%
Não sabe/Não lembra	1	0,6%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 12 mostra a idade da primeira menstruação das entrevistadas, bem como se as mesmas tiveram orientação materna desse fato que ocorreria. Das entrevistadas, a menarca ocorreu em 3 (1,7%) quando as mesmas tinham nove anos, em 156 (90,1%) quando estavam na adolescência precoce (10-14 anos), em 10 (5,8%) entre quinze e dezesseis anos e 4 (2,3%) disseram não saber ou não se lembrar. Perguntadas se receberam orientação materna, 73 (43,9%) disseram que sim, e antes da primeira menstruação, 74 (42,8%) que não e que nunca conversaram com suas mães sobre isso, 22 (12,7%) responderam que sim, receberam orientação só depois que aconteceu a menarca e 1 (0,6%) disse que não se lembra.

Ximenes Neto et al ⁴⁶, num estudo descritivo em uma microrregião de Acaraú – CE, de aproximadamente 164.461 habitantes, onde entrevistaram 216 grávidas adolescentes, relataram que a maioria (69,9%) teve a primeira menstruação entre 11 e 14 anos de idade. Belo e Silva ⁴⁵ relataram que a média da idade da primeira menstruação foi de 12,2 anos.

Neste estudo 144(83,2%) das adolescentes tiveram a primeira menstruação entre 11 e 14 anos de idade, sendo que a média foi de 12,1, a mediana de 12 anos, a idade mínima da menarca foi de 9 anos e máxima de 16 anos com desvio de 1,4, resultados esses semelhantes aos outros estudos acima citados.

Tabela 13- Distribuição de como obteve conhecimento sobre determinado assunto, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Obteve as primeiras informações sobre	DST	Contracepção	Relação Sexual	Total	
Com	%	%	%	%	% acum.
Professores/escola	60,7%	42,8%	42,8%	48,7%	48,7%
Mãe	15,0%	29,5%	18,5%	21,0%	69,7%
Amigos/colegas	4,0%	4,0%	12,1%	6,7%	76,5%
Televisão	5,2%	5,8%	6,9%	6,0%	82,5%
Irmãs	2,3%	4,0%	5,2%	3,9%	86,3%
Parceiro	-	4,6%	2,3%	2,3%	88,6%
Tia	1,2%	2,9%	2,3%	2,1%	90,8%
Médicos/Serv. de saúde	4,6%	1,2%	-	1,9%	92,7%
Pai	1,2%	1,7%	1,7%	1,5%	94,2%
Madrasta	0,6%	1,2%	0,6%	0,8%	95,0%
Avó	0,6%	-	1,7%	0,8%	95,8%
Livros	0,6%	-	1,7%	0,8%	96,5%
Madrinha	-	0,6%	1,2%	0,6%	97,1%
Revistas fem./masc.	1,2%	-	0,6%	0,6%	97,7%
Programa PETI	1,7%	-	-	0,6%	98,3%
Sogra	-	1,2%	-	0,4%	98,7%
Palestras	0,6%	0,6%	-	0,4%	99,0%
Não tem conhecimento	0,6%	-	-	0,2%	99,2%
NSA	-	-	1,7%	0,6%	99,8%
Recusou resposta	-	-	0,6%	0,2%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 13 traz os resultados quando as entrevistadas foram questionadas sobre como tiveram conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis, contracepção e relação sexual, e destacamos que em relação às DST a escola e professores ficaram como primeira opção de resposta revelada pelas entrevistadas informando 105(60,7%) de nossas adolescentes, seguidos das mães 26(15%). Destacamos aqui os médicos e serviços de saúde que com 8(4,6%) de citações nos sugere participação aquém do esperado para esse importante tema ligado diretamente a eles. No conhecimento sobre contracepção a escola e professores também aparecem como primeira fonte de conhecimento lembrada pelas entrevistadas com 74(42,8%), seguida das orientações maternas com 51(29,5%) e

apenas 2(1,2%) citaram médicos e serviços de saúde. Quando perguntadas sobre relação sexual novamente a escola e professores são apontados com 74(42,8%) como orientadores mais lembrados seguidos das mães 32(18,5%) e amigos 21(12,1%). Outras fontes de informações foram citadas como fonte de orientação, porém em menor proporção conforme observamos na tabela, quais sejam, televisão, irmãs, parceiros, tia, pai, madrasta, avós, livros, madrinhas, revistas femininas ou masculinas, programa PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – Governo Federal), sogras e palestras.

Romero et al⁴⁷ em estudo realizado em Guararema – SP com 453 estudantes do sexo feminino com idade entre 10 e 16 anos, que teve como objetivo avaliar o conhecimento sobre sexualidade, métodos contraceptivos e DST entre as adolescentes da zona rural e as da zona urbana, relataram que 39,13% disseram ter buscado informações sobre sexualidade com os pais e 26,63% com amigas; Entre os métodos contraceptivos a camisinha foi a mais conhecida tanto para as adolescentes da área urbana (45%), quanto pelas da zona rural (44%), seguidos pelos anticoncepcionais (34% na zona rural e 31% na urbana). Dentre as DST a mais conhecida e citada foi a SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), relatada respectivamente por adolescentes da zona rural (43%) e 39% pelas da zona urbana.

Tabela 14- Distribuição por idade do primeiro namoro, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Idade primeiro namoro	n	%	% acumulado
Menos de 10 anos	11	6,4%	6,4%
Entre 10 e 11 anos	21	12,1%	18,5%
Entre 12 e 13 anos	70	40,5%	59,0%
14 anos ou mais	60	34,7%	93,6%
NSA	11	6,4%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 14 observamos que quando perguntadas sobre quantos anos tinham no primeiro namoro, 91 (52,6%) relataram entre dez e treze anos, 60 (34,7%) quatorze anos ou mais, 11 (6,4%) menos de dez anos e 11 (6,4%) não souberam

avaliar. A média da idade foi de 12,6, mediana 13, mínimo de 5 anos e máximo de 16 anos, com desvio de 2,1.

Gonçalves e Gigante⁴⁸ verificaram em seus estudos que “ter tido o primeiro namorado e a primeira relação sexual até os 13 anos de idade aumenta as chances de paridade juvenil de 10 e 20 vezes na OR (Odds Ratio), respectivamente”. Borges et al⁴² relataram que o primeiro namoro ocorreu aos 13,8 anos de idade e com indivíduos com 16,9 anos de idade.

Neste estudo a maioria das entrevistadas 102(59%) relatou o primeiro namoro até os 13 anos, sendo a média de 12,6, mediana 17, desvio de 1,5, idade mínima de 13 e máxima de 19 anos, resultados esses semelhantes aos dos estudos citados.

Quando perguntadas se tiveram relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, 171 (98,8%) responderam que não e 2 (1,2%), que sim.

Tabela 15 - Distribuição segundo o histórico da primeira relação_1, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Histórico da primeira relação_1	n	%	% acumulado
Idade	173		
Entre 10 e 14 anos	73	42,2%	42,2%
Entre 15 e 19 anos	97	56,1%	98,3%
Não sabe/Não lembra	3	1,7%	100,0%
A pessoa era...	173		
Namorado	127	73,4%	73,4%
Pessoa com quem ela "ficou"	37	21,4%	94,8%
Marido ou companheiro	9	5,2%	100,0%
Idade da pessoa	173		
13 a 15 anos	12	6,9%	6,9%
16 a 18 anos	55	31,8%	38,7%
19 a 21 anos	45	26,0%	64,7%
22 a 24 anos	26	15,0%	79,8%
25 anos ou mais	24	13,9%	93,6%
Não sabe/Não lembra + NSA	11	6,4%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 15 são mostrados o histórico da primeira relação sexual das nossas entrevistadas. Foram questionadas a respeito de que idade tinha, quem foram os parceiros e a idade dos mesmos na época da primeira relação. Das 173 entrevistadas, 97 (56,1%) disseram que quando tiveram a primeira relação estavam entre quinze e dezenove anos, 73 (42,2%) entre dez e quatorze anos e 3 (1,7%) não souberam responder ou não se lembravam. Em relação aos parceiros, 127 (73,4%) disseram que eram seus namorados, 37 (21,4%) com uma pessoa com quem ficou e 9 (5,2%) seus maridos ou companheiros. Segundo as entrevistadas, 67 (38,7%) de seus parceiros tinham entre treze e dezoito anos, 71 (41%) entre dezenove e vinte e quatro anos, 24 (13,9%) acima de vinte e cinco anos e 11 (6,4%) não souberam avaliar ou não se lembravam.

No estudo de Borges et al⁴², a primeira relação foi em média aos 15,3 anos, com parceiros que tinham em média, 19,6 anos de idade. Chalem et al³⁰ apontam que foi de 15 anos a idade média da primeira relação na pesquisa realizada por eles,

sendo que a idade média dos companheiros foi de 21 anos. A média de diferença de idade entre as adolescentes e os parceiros foi de 4 anos.

Merece destaque neste estudo que a maioria, 127 (73,4%) teve sua primeira relação com seus namorados, possivelmente pela afetividade e romantismo intrínsecos na personalidade das adolescentes. A média de idade das adolescentes na primeira relação foi de 14,6 anos, a mediana de 15, sendo a mínima de 10 anos e a máxima de 19 anos, com desvio de 1,5. A média da idade dos companheiros foi de 20,4 anos, mediana de 19, sendo o mínimo de 13 e o máximo de 45 anos com desvio de 4,6.

Tabela 16 - Distribuição segundo histórico da primeira relação_2, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Histórico da primeira relação_2	n	%	% acumulado
Local	173		
Na casa do seu parceiro	116	67,1%	67,1%
Na sua casa	27	15,6%	82,7%
Casa de amigos/conhecidos	11	6,4%	89,0%
Motel/Hotel	9	5,2%	94,2%
Festa/Baile	2	1,2%	95,4%
Outros*	5	2,9%	98,3%
Não sabe/Não lembra + NSA	3	1,7%	100,0%
Motivo	173		
Amor	87	50,3%	50,3%
Curiosidade	65	37,6%	87,9%
Medo de perder o companheiro	7	4,0%	91,9%
Tesão	6	3,5%	95,4%
Outros**	6	3,5%	98,8%
Não sabe/Não lembra	2	1,2%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

NOTAS:

*1 caso cada: Casa da irmã; Rua/Lugares públicos; Sítio da tia do namorado; Casa abandonada e Casa da avó do parceiro

**1 caso cada: Vontade de perder logo a virgindade; Incentivo de uma amiga; Recusou-se a responder; Ameaçava matar a mãe; Impulso e Mistura das alternativas..

Na Tabela 16 observamos as respostas de outras perguntas feitas sobre a primeira relação sexual. Foi perguntado onde ocorreu e qual o motivo. Das entrevistadas, 116 (67,1%) responderam que tiveram a primeira relação na casa de seus parceiros, 27 (15,6%) nas suas próprias casas, 11 (6,4%) na casa de amigos ou conhecidos, 9 (5,2%) em motéis ou hotéis, 5 (2,9%) em outros lugares, 2 (1,2%) em festas ou bailes 3 (1,7%) não souberam responder ou não se lembravam. Questionadas sobre o motivo que as levou a ter a primeira relação, 87 (50,3%) disseram que foi por amor, 65 (37,6%) por curiosidade, 7 (4%) por medo de perderem os companheiros, 6 (3,5%) por tesão, 6 (3,5%) por outros motivos e 2 (1,2%) não souberam responder ou não se lembravam.

Gonçalves e Gigante⁴⁸ relataram que as moças que engravidam antes dos 19 anos têm uma perspectiva romântica do namoro e de sua participação nele.

Neste trabalho podemos observar que a maioria das primeiras relações 143 (82,7%) ocorreu em ambiente familiar e metade das entrevistadas relatou que o motivo que as levou à relação sexual foi o amor, reafirmando a citação anterior. Outro fato de destaque foi que o segundo motivo mais citado pelas adolescentes 65 (37,6%) como motivo para a primeira relação, a curiosidade.

Tabela 17 - Distribuição sobre o histórico da primeira relação_3, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Histórico da primeira relação_3	n	%	% acumulado
Tomou cuidado	173		
Sim	132	76,3%	76,3%
Não	37	21,4%	97,7%
Não sabe/Não lembra	4	2,3%	100,0%
Tipo de cuidado	173		
Camisinha/Preservativo	126	72,8%	72,8%
Pílula anticoncepcional	6	3,5%	76,3%
Não sabe/Não lembra	3	1,7%	78,0%
NSA	38	22,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 17 traz as respostas das entrevistadas sobre os cuidados que tiveram na primeira relação e se tiveram. Perguntadas se tomaram algum cuidado na primeira relação, 132 (76,3%) disseram que sim, 37 (21,4%) que não e 4 (2,3%) não souberam informar ou não se lembravam. Quanto ao tipo de cuidado, 126 (72,8%) disseram ter usado a camisinha, 6 (3,5%) pílula anticoncepcional, 3 (1,7%) não souberam informar ou não se lembravam e 38 (22%) não souberam avaliar.

Carvalho et al ⁴⁹, realizaram um estudo de coorte transversal com 200 adolescentes primigestas em Indaiatuba – SP, cujo objetivo foi o de verificar o conhecimento delas sobre alguns aspectos do aparelho genital feminino, da fisiologia da reprodução e sua associação com características sócio demográficas e “escolhas” reprodutivas em adolescentes gestantes. Quanto ao uso de métodos contraceptivos, 68,5% referiram ter utilizado na primeira relação, sendo a camisinha usada por 91,2% delas.

Neste estudo a maioria 132 (76,3%) das adolescentes relatou ter tomado cuidado contraceptivo, o que nos leva a considerar a possibilidade de autonomia em relação à anticoncepção. O preservativo masculino foi o método mais utilizado 126 (72,8%).

4.3 ATITUDES E VALORES SOBRE SEXUALIDADE

As opiniões acerca da sexualidade como um todo, objetivaram no conhecimento sobre os valores morais e culturais das adolescentes entrevistadas, cujos resultados estão nas Tabelas de 18 a 23, incluindo o Gráfico 1.

Tabela 18 - Distribuição segundo a melhor opinião sobre sexo, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Melhor opinião sobre sexo	n	%	% acumulado
O sexo é uma prova de amor pelo parceiro	111	64,2%	64,2%
O sexo é uma fonte de prazer e de satisfação pessoal	46	26,6%	90,8%
O sexo é uma necessidade física, como a fome e a sede	9	5,2%	96,0%
Não sabe	7	4,0%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 18 observamos as respostas das entrevistadas quando foram perguntadas sobre o que seria a melhor opinião sobre sexo. Das 173 entrevistadas, 111 (64,2%) disseram que “o sexo é uma prova de amor pelo parceiro”, 46 (26,6%) que “o sexo é uma fonte de prazer e de satisfação pessoal”, 9 (5,2%) que “o sexo é uma necessidade física, como a fome e a sede”, e 7 (4%) não souberam responder.

Quando perguntado se era possível controlar a vontade de ter sexo, 78 (45,1%) responderam que sim, por muito tempo, 57 (32,9%) que sim, por pouco tempo e 38 (22%) que não, não era possível.

Tabela 19 - Distribuição segundo a necessidade de sexo, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Necessidade de sexo	n	%	% acumulado
Homens têm muito mais necessidade que as mulheres	119	68,8%	68,8%
Homens têm um pouco mais necessidade	29	16,8%	85,5%
Homens e mulheres têm a mesma necessidade	20	11,6%	97,1%
As mulheres têm muito mais necessidade que os homens	2	1,2%	98,3%
Não sabe	3	1,7%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010).

A Tabela 19 são mostrados as respostas quanto à necessidade de sexo, e 119 (68,8%) das entrevistadas relataram que homens têm muito mais necessidade que as mulheres, 29 (16,8%) que homens têm um pouco mais de necessidade, 20 (11,6%) que homens e mulheres tem a mesma necessidade, 2 (1,2%) que as mulheres tem mais necessidade que os homens e 3 (1,7%) não souberam responder.

Nas Tabelas 18 e 19 podemos observar que as adolescentes fazem sexo por amor e prazer e estão divididas quanto à possibilidade de controlar seus desejos sexuais, apesar da maioria achar que homens tem mais necessidades de sexo que as mulheres, talvez por essa afirmativa ter uma raiz cultural ao longo das civilizações.

Tabela 20 - Distribuição segundo a opinião sobre homens que transam com homens, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Quanto a homens que transam com homens	n	%	% acumulado
Essas pessoas podem transar com quem desejam	104	60,1%	60,1%
Essas pessoas são doentes	15	8,7%	68,8%
Essas pessoas não têm vergonha	10	5,8%	74,6%
Pessoas fora de si	1	0,6%	75,1%
Traumas na infância	1	0,6%	75,7%
Não sabe	41	23,7%	99,4%
Não concorda com isso	1	0,6%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 20 observamos os resultados obtidos das entrevistadas quando questionadas sobre o que pensavam de homens que transam com homens. Do total das entrevistadas, 104 (60,1%) responderam que essas pessoas podem transar com quem desejam, 41 (23,7%) não souberam opinar, 15 (8,7%) disseram que essas pessoas são doentes, 10 (5,8%) que essas pessoas não têm vergonha e 3 (1,8%) que essas pessoas estão fora de si, que tiveram trauma na infância e que não concordam com isso.

Tabela 21 - Distribuição segundo a opinião sobre mulheres que transam com mulheres, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Quanto a mulheres que transam com mulheres	n	%	% acumulado
Essas pessoas podem transar com quem desejam	104	60,1%	60,1%
Essas pessoas não têm vergonha	13	7,5%	67,6%
Essas pessoas são doentes	12	6,9%	74,6%
Pessoas fora de si	1	0,6%	75,1%
Traumas na infância	1	0,6%	75,7%
Não sabe	41	23,7%	99,4%
Não concorda com isso	1	0,6%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 21 observamos as respostas das opiniões sobre o que pensam das mulheres que transam com mulheres. Das 173 entrevistadas, 104 (60,1%) responderam que essas pessoas podem transar com quem desejam, 41 (23,7%) não souberam responder o que pensam a esse respeito, 13 (7,5%) disseram que essas pessoas não têm vergonha, 12 (6,9%) que são doentes, 3 (1,8%) que são pessoas fora de si, traumas de infância e que não concordam com isso.

Heilborn et al ¹⁵ descreveram em seu estudo multicêntrico que observaram uma maior tolerância das mulheres frente à homossexualidade, seja masculina ou feminina, cerca de dois terços, em contraposição à metade dos homens.

Neste estudo entrevistamos apenas adolescentes do sexo feminino e 104(60,1%) delas relataram tolerância à homossexualidade independente se do sexo feminino ou masculino, resultado este semelhante ao estudo acima citado.

Tabela 22 - Distribuição segundo opiniões sobre uso da camisinha, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Camisinha	n	%	% acumulado
Pode ser erótica/excitante	173		
Sim	71	41,0%	41,0%
Não	88	50,9%	91,9%
Não sabe	14	8,1%	100,0%
Corta o clima da relação	173		
Sim	74	42,8%	42,8%
Não	95	54,9%	97,7%
Não sabe	4	2,3%	100,0%
Usar demonstra respeito	173		
Sim	167	96,5%	96,5%
Não	5	2,9%	99,4%
Não sabe	1	0,6%	100,0%
Sempre necessária	173		
Sim	158	91,3%	91,3%
Não	15	8,7%	100,0%
Muito cara para ser usada sempre	173		
Sim	4	2,3%	2,3%
Não	167	96,5%	98,8%
Não sabe	2	1,2%	100,0%
Provoca desconfiança	173		
Sim	46	26,6%	26,6%
Não	116	67,1%	93,6%
Não sabe	11	6,4%	100,0%
Diminui prazer dos homens	173		
Sim	98	56,6%	56,6%
Não	54	31,2%	87,9%
Não sabe	21	12,1%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 22 traz os resultados obtidos sobre questionamentos feitos sobre a camisinha. Se a camisinha pode ser erótica, 88 (50,9%) disseram que não, 71 (41%) disseram que sim e 14 (8,1%) não souberam opinar; Se a camisinha corta o clima da relação, 95 (54,9%) disseram que não, 74 (42,8%) que sim e 4 (2,3%) não souberam opinar; Se usar camisinha demonstra respeito, 167 (96,5%) disseram que sim, 5 (2,9%) que não e 1 (0,6%) não soube opinar; Se a camisinha é sempre necessária, 158 (91,3%) disseram que sim e 15 (8,7%) que não; Se a camisinha é muito cara para ser usada sempre, 167 (96,5%) disseram que não, 4 (2,3%) que sim e 2 (1,2%) não souberam opinar; Se a camisinha provoca desconfiança, 116 (67,1%) responderam que não, 46 (26,6%) que sim e 11 (6,4%) não souberam opinar e finalmente se a camisinha diminui o prazer dos homens, 98 (56,6%) disseram que sim, 54 (31,2%) que não e 21 (12,1%) não souberam opinar.

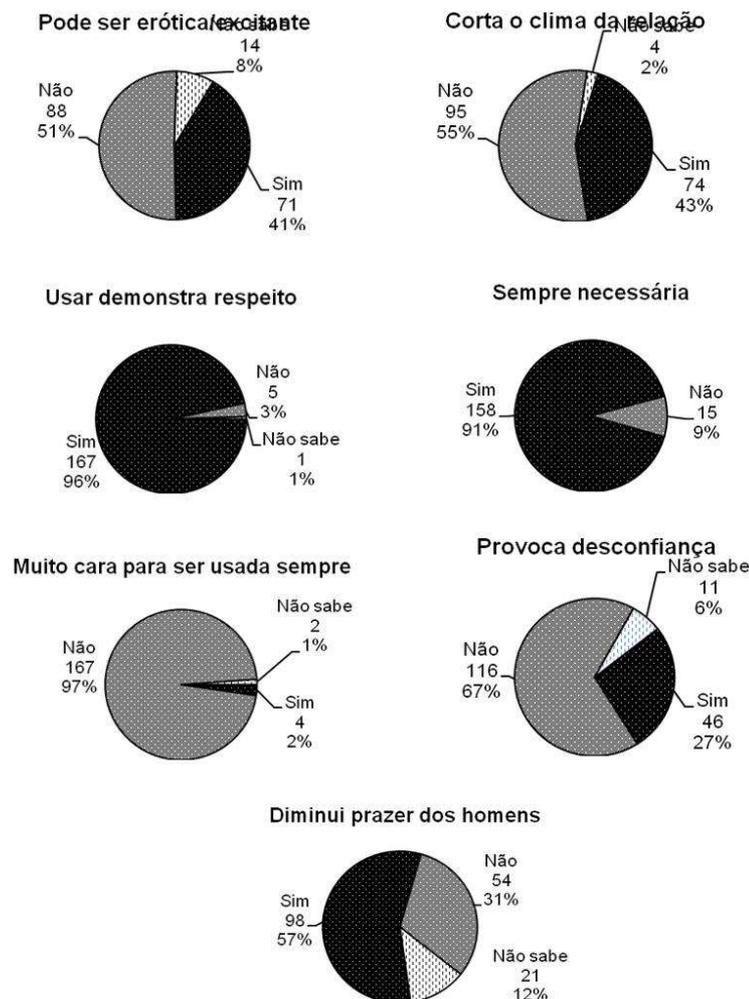


Figura 1 - Gráficos de distribuição das opiniões sobre uso de camisinha, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres-MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Interessante destacar que neste estudo três questionamentos foram feitos sobre a camisinha e as respostas foram contrárias ao que diz o senso comum, quais sejam: a maioria de nossas entrevistadas não acha a camisinha cara, diz que o uso pelos parceiros não traduz desconfiança e usar demonstra respeito. Outras opiniões parecem estar de acordo com o que diz o senso comum, quais sejam: diminuição do prazer dos homens no ato sexual, não são excitantes e para 74(42,8%) “corta o clima da relação.”

Tabela 23 - Distribuição segundo método contraceptivo, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Método contraceptivo	n	%	% acumulado
É de responsabilidade só da mulher	173		
Sim	6	3,5%	3,5%
Não	167	96,5%	100,0%
O homem deve ser o responsável	173		
Sim	120	69,4%	69,4%
Não	48	27,7%	97,1%
Não sabe	5	2,9%	100,0%
O homem é tão responsável quanto à mulher	173		
Sim	89	51,4%	51,4%
Não	82	47,4%	98,8%
Não sabe	2	1,2%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

Na Tabela 23 são mostrados os resultados das respostas obtidas quanto ao uso de método contraceptivo. Perguntadas se é de responsabilidade só da mulher, 167 (96,5%) responderam que não e 6 (3,5%) que sim; Se o homem deve ser responsável, 120 (69,4%) responderam que sim, 48 (27,7%) que não e 5 (2,9%) não souberam opinar. Se o homem é tão responsável quanto à mulher, 89 (51,4%) disseram que sim, 82 (47,4%) que não e 2 (1,2%) não souberam opinar. Observou-

se, portanto que as opiniões dessas adolescentes estão divididas em relação à responsabilidade pelo uso de métodos contraceptivos.

Outro questionamento feito às entrevistadas foi sobre qual a idade, se pudessem escolher, gostariam de ter o primeiro filho. A idade média escolhida pelas entrevistadas foi de 21,7 anos, a mediana de 21 sendo a mínima escolhida de 14 anos e a máxima de 30 anos com desvio de 3,4. Resultado semelhante a esse questionamento observou-se no estudo de Carvacho et al⁴⁹, onde a média de idade das adolescentes grávidas foi de 17 anos, 72% disseram não terem programado a gravidez e aproximadamente 40% delas preferiam ter esperado entre mais 1 a 4 anos.

4.4 GRAVIDEZ E DESDOBRAMENTOS

Procuramos por meio das perguntas, conhecer a experiência sexual e reprodutiva das jovens entrevistadas, bem como suas conseqüências. Os resultados encontram-se nas tabelas de 24 a 33.

Tabela 24 - Distribuição por gravidez e desdobramentos, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Gravidez e desdobramentos	n	%	% acumulado
Já esteve grávida antes? Quantas?	50		
Sim, 1 vez	38	76,0%	76,0%
Sim, 2 vezes	9	18,0%	94,0%
Sim, 3 vezes	2	4,0%	98,0%
Sim, 4 vezes	1	2,0%	100,0%
Parceiros* que já engravidou	173		
1 parceiro	152	87,9%	87,9%
2 parceiros	19	11,0%	98,8%
3 parceiros	1	0,6%	99,4%
4 parceiros	1	0,6%	100,0%
Número de filhos*	173		
1 filho	131	75,7%	75,7%
2 filhos	35	20,2%	96,0%
3 filhos	6	3,5%	99,4%
4 filhos	1	0,6%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

NOTA: *Foi considerado o parceiro da atual gravidez e o filho recém nascido na distribuição

Na Tabela 24 são mostrados os resultados obtidos quando perguntadas sobre a gravidez e seus desdobramentos. Questionadas se já estiveram grávidas antes, cinqüenta responderam que sim. Dessas, 38 (76%) disseram que uma vez, 9 (18%) que duas vezes, 2 (4%) que três vezes e 1 (2%) quatro vezes; Quanto ao número de parceiros dos quais engravidaram, foram considerados os parceiros da gravidez atual e das 173 entrevistadas e 152 (87,9%) responderam que ficaram grávidas de apenas um parceiro, 19 (11%) de dois parceiros, 1 (0,6%) de três parceiros e 1 (0,6%) de quatro parceiros. Quanto ao número de filhos, foram considerados os recém nascidos e das 173, 131 (75,7%) disseram ter um filho, 35 (20,2%) dois filhos, 6 (3,5%) três filhos e 1 (0,6%) quatro filhos.

A média do número de vezes que estiveram grávidas foi de 0,4, sendo no mínimo 0 e no máximo 4, mediana o com desvio de 0,7. Quanto ao número de parceiros a média foi de 1,1, mediana de 1, sendo o mínimo de 1 parceiro e o máximo de 4 parceiros, com desvio de 0,4. Quanto ao número de filhos, a média foi de 1,3, a mediana de 1, sendo o mínimo 1 e o máximo 4 filhos.

No estudo de Sabroza et al ⁴³ a proporção de adolescentes cuja primeira gravidez ocorreu antes dos 15 anos foi maior nas mais jovens (12-16 anos) com 39,4% e 7,7% nas de 17-19 anos. Ele descreveu ainda que quase a metade (45,9%) dos pais das puérperas mais jovens era também adolescente e entre as mais velhas esse percentual foi de 19,9%. Já no de Carniel et al ³⁹ verificou-se que a maioria das adolescentes era primípara (78,4%) e 21,6% já tinham um ou mais filhos. No presente estudo observamos também uma maior proporção (71,1%) de primiparidade entre as adolescentes e 28,9% já tinham um ou mais filhos.

Tabela 25 - Distribuição segundo informações da primeira gravidez (1ª parte), das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Primeira gravidez_1	n	%	% acumulado
Idade	173		
12 anos	4	2,3%	2,3%
13 anos	6	3,5%	5,8%
14 anos	27	15,6%	21,4%
15 anos	33	19,1%	40,5%
16 anos	41	23,7%	64,2%
17 anos	33	19,1%	83,2%
18 anos	18	10,4%	93,6%
19 anos	11	6,4%	100,0%
Antes de saber da gravidez...	173		
Não havia pensando no assunto	69	39,9%	39,9%
Não queria engravidar	53	30,6%	70,5%
Estava tentando engravidar	28	16,2%	86,7%
Queria engravidar, porém mais tarde	23	13,7%	100 %
Usava método contraceptivo?	173		
Não, não estava usando nada	124	71,7%	71,7%
Pílula anticoncepcional	32	18,5%	90,2%
Camisinha/Preservativo	13	7,5%	97,7%
Injeção/Implante	4	2,3%	100,0%
A gravidez resultou em...	173		
Filho	167	96,5%	96,5%
Aborto espontâneo	3	1,7%	98,3%
NSA	3	1,7%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

Na Tabela 25 são mostrados as respostas das entrevistadas em relação à idade da primeira gravidez, o que pensavam antes de saberem que estavam grávidas, se usavam métodos contraceptivos qual o resultado da gravidez. Das 173 entrevistadas, 37 (22,4%) ficaram grávidas pela primeira vez quando estavam entre doze e quatorze anos de idade e 136 (78,7%) quando estavam entre quinze e dezenove anos de idade. Antes de saberem da gravidez, 69 (39,9%) relataram que

não tinham pensado no assunto, 53 (30,6%) que não queriam engravidar, 28 (16,2%) que estavam tentando engravidar e 23 (13,7%) disseram que queriam engravidar, porém mais tarde. Questionadas se usavam métodos contraceptivos quando engravidaram, 124 (71,7%) disseram que não, 32 (18,5%) relataram que estavam usando pílula anticoncepcional, 13 (7,5%) preservativos e 4 (2,3%) injeções e ou implantes. Quanto ao resultado da gravidez, 167 (96,5%) responderam que a gravidez resultou em filhos, 3 (1,7%) em abortos espontâneos e 3 (1,7%) não souberam avaliar.

Neste estudo a idade média da primeira gravidez foi de 15,9 anos, a mediana 16, a idade mínima 12 anos e a máxima 19 anos, com desvio de 1,6. No de Sabroza et al ⁴³, ultrapassou 60% as puérperas que relataram não ter desejado a gravidez e neste, 30,6% relataram que não desejavam a gravidez.

Tabela 26 - Distribuição segundo informações da primeira gravidez (2ª parte) das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Primeira gravidez_2	n	%	% acumulado
Atitude quando soube da gravidez	173		
Aceitou e pediu apoio de seus familiares para ter o bebê	68	39,3%	39,3%
Quis casar/morar com o parceiro	37	21,4%	60,7%
Já estava casada, aceitou e pediu apoio do parceiro	24	13,9%	74,6%
Aceitou, mas não quis casar/morar com o parceiro	12	6,9%	81,5%
Já estava casada, estava tentando engravidar	10	5,8%	87,3%
Aceitou, mas não pediu apoio a seus familiares para ter o bebê	7	4,0%	91,3%
Tentou fazer um aborto	5	2,9%	94,2%
Escondeu o que pode	5	2,9%	97,1%
Queria fazer um aborto	3	1,7%	98,8%
Ficou triste, pois não tinha planejado	1	0,6%	99,4%
Já estava casada e queria um filho	1	0,6%	100,0%
Atitude do parceiro quando soube da gravidez	173		
Ele ficou contente	123	71,1%	71,1%
Ele não ligou muito	18	10,4%	81,5%
Sumiu quando soube da gravidez	9	5,2%	86,7%
Quis casar	7	4,0%	90,8%
Assumi, simplesmente	6	3,5%	94,2%
Não ficou sabendo da gravidez	4	2,3%	96,5%
Queria que fizesse um aborto	3	1,7%	98,3%
Assustado, mas aceitou	2	1,2%	99,4%
Não acreditou que o filho era dele	1	0,6%	100%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010).

Na Tabela 26 observamos os resultados de atitudes tomadas pelas entrevistadas e pelos parceiros das entrevistadas quando souberam da primeira gravidez. Questionadas sobre sua atitude, 68 (39,3%) disseram que aceitaram e pediram apoio de seus familiares para terem o bebê, 37 (21,4%) quiseram casar ou morar com os parceiros, 12 (6,9%) aceitaram, mas não quiseram casar com os parceiros, 10 (5,8%) já estavam casadas e tentando engravidar, 7 (4%) aceitaram, mas não pediram apoio de seus familiares para ter os bebês, 5 (2,9%) tentaram

fazer um aborto, 5 (2,9%) escondeu o que pode, 3 (1,7%) queriam fazer um aborto, 1 (0,6%) ficou triste e 1 (0,6%) já estava casada e queria um filho. Em relação às atitudes dos parceiros, 123 (71,1%) responderam que os parceiros ficaram contentes, 18 (10,4%) que eles não ligaram muito, 9 (5,2%) que eles sumiram quando souberam da gravidez, 7 (4%) quiseram casar, 6 (3,5%) assumiram simplesmente, 4 (2,3%) relataram que os parceiros não ficaram sabendo da gravidez, 3 (1,7%) queriam que as entrevistadas fizessem um aborto, 2 (1,2%) ficaram assustados, mas aceitaram e 1 (0,6%) não acreditou que o filho fosse dele.

No estudo de Sabroza et al⁴³, a reação negativa do pai do bebê em relação à gestação foi de 18,8% entre as puérperas de 12-16 anos e 13,3% nas de 17-19 anos. No presente estudo, a reação negativa por parte dos companheiros foi de 31(17,9%). Se considerarmos as atitudes negativas das mães verificou-se uma queda abaixo da metade 14 (8,1%) em comparação aos companheiros.

Tabela 27 - Distribuição segundo o pré-natal, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Pré-natal	n	%	% acumulado
Realizou pré-natal	173		
Sim	167	96,5%	96,5%
Não	6	3,5%	100,0%
Em que mês	167		
Primeiro mês	21	12,6%	12,6%
Segundo mês	33	19,8%	32,3%
Terceiro mês	45	26,9%	59,3%
Quarto mês	26	15,6%	74,9%
Quinto mês	22	13,2%	88,0%
Sexto mês	12	7,2%	95,2%
Sétimo mês	2	1,2%	94,6%
Oitavo mês	1	0,6%	97,0%
Não sabe/Não lembra	5	3,0%	100,0%
Local	167		
Posto/Centro de Saúde	147	88,0%	88,0%
Hospital/Clínica Particular	15	9,0%	97,0%
Hospital/Maternidade Pública	3	1,8%	98,8%
Consultório médico particular	2	1,2%	100%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 27 traz os resultados obtidos quando questionadas sobre o pré-natal. Das 173 entrevistadas, 167 (96,5%) relataram que fizeram e 6 (3,5%) que não fizeram. Das que fizeram, 99 (59,3%) iniciaram a frequentar o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, 60 (36%) no segundo trimestre, 3 (1,8%) no terceiro trimestre e 5 (3%) não souberam responder ou não se lembravam.

No estudo de Carniel et al³⁹, 35,2% das adolescentes fizeram menos que sete consultas de pré-natal e 64,8% realizaram sete ou mais consultas. Já Mascarenhas et al⁵⁰ em estudo realizado em Piri-piri – PI para partos em todas as faixas etárias apontaram que a 83,3% das gestantes fizeram em 2002 entre 4 e 6 consultas de pré-natal e apenas 7,9% consultaram sete vezes e ou mais. Goldenberg et al¹⁶ relataram em seu estudo que 88% das adolescentes precoces (10-14 anos) não

fizeram pré-natal adequadamente, ou seja, fizeram menos que seis consultas no período gestacional. Entre as adolescentes tardias (15-19 anos) o número foi de 71% de pré-natal inadequado.

Os números encontrados neste estudo e nos acima citados mostram que além da maioria das adolescentes fazer as consultas de pré-natal, as fizeram adequadamente.

Questionadas sobre problemas de saúde na gravidez, das 173 entrevistadas, 93 (53,8%) não souberam avaliar, 50 (28,9%) responderam que tiveram anemia na gestação, 16 (9,2%) hemorragia, 8 (4,6%) hipertensão arterial, 6 (3,5%) não souberam responder ou não se lembram e 3 (1,7%) das respostas estavam em branco.

Fujimori et al ⁵¹ por meio de dosagem de ferritina sérica, transferrina sérica, hemoglobina e hematócrito, caracterizou-se o estado nutricional de ferro de 79 gestantes adolescentes de primeira consulta pré-natal (≤ 20 semanas de gestação), atendidas na Rede Básica de Saúde de um Município da Grande São Paulo e como resultado destacaram que, segundo critério da OMS, 19,0% das gestantes eram ferro-deficientes (saturação da transferrina $< 16,0\%$) e 13,9% eram anêmicas (Hemoglobina < 11 g/dl). Todos os valores hematológicos estudados foram menores entre as gestantes do segundo trimestre gestacional em relação às do primeiro, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) apenas para hemoglobina. O presente estudo não teve como objetivo a investigação de patologias na gestação, mas assim como o estudo acima citado, a anemia foi o principal problema relatado pelas puérperas durante a gestação.

Tabela 28 - Distribuição segundo o nascimento, das puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde em Cáceres – MT (31/09/2009 a 30/03/2010)

Nascimento	n	%	% acumulado
O parto foi	173		
Nove meses	142	82,1%	82,1%
Oito meses	12	6,9%	89,0%
Sete meses	11	6,4%	95,4%
Seis meses	1	0,6%	96,0%
Não sabe/Não lembra + NSA	7	4,0%	100,0%
O parto foi...	173		
"Normal"/Natural	90	52,0%	52,0%
Cesariana	80	46,2%	98,3%
NSA	3	1,7%	100,0%

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

Na Tabela 28 observamos os resultados do período de gestação em que foram realizados os partos das entrevistadas, bem como os tipos de partos realizados. Das 173 entrevistadas, 142 (82,1%) tiveram seus partos a termo, ou seja, com nove meses completos, 24 (13,9%) entre seis e oito meses, portanto, prematuros e 7 (4%) não souberam avaliar ou não se lembravam. Quanto aos tipos de partos realizados, 90 (52%) foram partos normais, 80 (46,2%) cesarianas e 3 (1,7%) não souberam avaliar.

No estudo de Carniel et al³⁹, das gestantes adolescentes, 7,5% tiveram filhos com menos de 37 semanas de gestação, 92,5% com tempo igual ou superior a 37 semanas. Quanto às vias do parto, 63,8% foram vaginais, 36,2% cesárea. No trabalho de Mascarenhas et al⁵⁰, o número de gestações abaixo de 37 semanas representou 1,3% no ano de 2002, gestações entre 37-41 semanas, 98,3%, iguais ou superiores a 42 semanas, 0,4%. Quanto ao tipo de parto, 77,5% tiveram partos normais e 22,5% cesariana.

Um estudo prospectivo, transversal realizado na Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco de janeiro a dezembro de 2001, cujo objetivo foi o de analisar a associação da via de partos consecutivos de 714 gestantes adolescentes, teve como resultados que 60,7% das primíparas tiveram partos vaginais e 39,3% cesárea. Esse estudo mostrou ainda que houve tendência

de se repetir a via de parto da gestação imediatamente antecedente, afirmação válida até a terceira gestação⁵².

No presente estudo, os resultados encontrados diferem para mais dos acima citados tanto para idade gestacional (17,9% de gestações abaixo de 37 semanas) no momento do parto, quanto em relação ao tipo de parto (52% normal e 46,2% cesarianas). Vale ressaltar que 4% das puérperas não souberam informar com quantos meses estavam e 1,7% não souberam avaliar as vias do parto.

Para as entrevistadas que já tiveram filhos, foram feitas algumas perguntas cujos resultados veremos a seguir:

Tabela 29 - Distribuição segundo informações sobre estudo ou não, das puérperas adolescentes que já tem filho(s) de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Em termos de estudo...	n	%	% acumulado
Parou completamente de estudar depois do nascimento da criança	20	51,3%	51,3%
Não estava estudando e continuo assim	6	15,4%	66,7%
Continuou estudando	5	12,8%	79,5%
Parou de estudar por um período	5	12,8%	92,3%
Parou completamente de estudar quando engravidou	1	2,6%	94,9%
Já havia concluído os estudos	1	2,6%	97,4%
Já havia parado por outras causas	1	2,6%	100,0%
Total	39	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

Na Tabela 29 observamos os resultados das perguntas feitas às puérperas que já tinham filhos em relação ao seguimento ou não de seus estudos. Perguntadas se pararam de estudar completamente após o nascimento dos filhos, das 39 que já eram mães, 20 (51,3%) disseram que sim, 6 (15,4%) disseram que não estavam estudando e continuavam ser estudar, 5 (12,8%) responderam que continuavam estudando, 5 (12,8%) que pararam de estudar por um período, 1 (2,6%) disse que parou de estudar completamente quando engravidou, 1 (2,6%) que já havia concluído os estudos e 1 (2,6%) que já havia parado por outras causas.

No estudo de Sabroza et al⁴³, 33,6% das puérperas com idade entre 12-16 anos 21,2% abandonaram os estudos em razão de gravidez e 31% entre as de 17-19 anos. Outro resultado desse estudo foi que menos da metade delas considera o

estudo como uma possibilidade de ascensão social. O resultado deste estudo foi ainda pior, tendo a metade (51,3%) das entrevistadas abandonado seus estudos após o nascimento do primeiro filho.

Tabela 30 - Distribuição por trabalho ou não, das puérperas adolescentes que já tem filho(s) de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Em termos de trabalho...	n	%	% acumulado
Não trabalhava e se manteve assim	21	53,9%	53,9%
Começou, mas parou logo	8	20,5%	74,4%
Trabalhava, mas parou	4	10,3%	84,7%
Parou de trabalhar por um período	3	7,7%	92,4%
Começou a trabalhar	2	5,1%	97,5%
Já trabalhava e continuou no mesmo serviço	1	2,5%	100%
Total	39	100%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

Na Tabela 30 verificamos os resultados obtidos quando questionadas sobre a influência de serem mães em relação ao trabalho. Perguntadas se trabalhavam quando engravidaram, das trinta e nove que já eram mães, 21 (53,9%) responderam que não trabalhavam e se mantiveram assim, 8 (20,5%) que começaram a trabalhar, mas pararam logo, 4 (10,3%) que trabalhavam, mas pararam, 3 (7,7%) que pararam de trabalhar por um período, 2 (5,1%) que começaram a trabalhar e 1 (2,5%) que já trabalhava e continuou no mesmo serviço.

Sabroza et al ⁴³ relatou que 39,8% das puérperas entre 12-16 anos não pretendiam trabalhar e 33% das de 17-19 anos apresentavam a intenção. Neste estudo, 92,4% das puérperas que estavam na segunda gestação estavam sem trabalhar.

Tabela 31 - Distribuição por responsável pelo sustento, das puérperas adolescentes que já tem filho(s) de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Principal responsável pelo sustento	n	%	% acumulado
O pai	17	43,6%	43,6%
Avós maternas	9	23,1%	66,7%
Atual marido	4	10,3%	76,9%
Avós paternas	3	7,7%	84,6%
Ela e o pai da criança	3	7,7%	92,3%
Filho(irmão) mais velho	2	5,1%	97,4%
Ela mesma	1	2,6%	100,0%
Total	39	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010).

Na Tabela 31 são mostrados os resultados obtidos quando perguntadas sobre os responsáveis pelo sustento das entrevistadas que já tinham filhos. Das 39, 17 (43,6%) disseram que os responsáveis são os pais das crianças, 12 (30,8%) os avós paternos ou maternos, 4 (10,3%) o atual marido, 3 (7,7%) elas mesmas e os pais das crianças, 2 (5,1%) o filho (irmão) mais velho e 1 (2,6%) ela mesma.

Segundo Dias e Aquino²⁵, “comumente, jovens unidos conjugalmente, residindo ou não com seus pais, mantêm uma relação de dependência afetiva e material quer seja da família de origem, quer seja da família do/a parceiro/a; em alguns casos, de ambas, especialmente nas questões de cuidado com a criança e contribuição financeira.”

No presente estudo encontramos resultados semelhantes, onde 30,8% das entrevistadas que tinham filhos relataram responsabilidade dos avós paternos/maternos com o sustento das crianças.

Tabela 32 - Distribuição por com quem o filho vive, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Seu filho vive...	n	%	% acumulado
Com você e o pai	16	41,0%	41,0%
Com você e seus familiares	7	17,9%	59,0%
Com avós maternas	7	17,9%	76,9%
Com você e o parceiro atual	5	12,8%	89,7%
Somente com o pai	2	5,1%	94,9%
Somente com você	1	2,6%	97,4%
Outro sem especificação	1	2,6%	100,0%
Total	39	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

Na Tabela 32 são mostrados os resultados quando perguntadas sobre com quem vivem seus filhos. Das 39, 16 (41%) responderam que com elas e com os pais, 7 (17,9%) com elas e seus familiares, 7 (17,9%) com os avós maternos, 5 (12,8%) com elas e os parceiros atuais, 2 (5,1%) somente com os pais, 1 (2,6%) somente com ela e 1 (2,6%) com outra pessoa sem especificação. Observou-se que 29(74,3%) dos filhos estão junto com as mães independentemente de onde e com quem elas morem, porém vale ressaltar que 10(25,7%) desses filhos não estão sendo criados pelas mães.

Tabela 33 - Distribuição segundo a participação do pai ou da família dele no sustento da criança das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Pai ou família dele contribui?	n	%	% acumulado
Não	14	35,9%	35,9%
NSA	14	35,9%	71,8%
Sim, contribui regularmente	6	15,4%	87,2%
Sim, contribui de modo irregular	3	7,7%	94,9%
Sim, paga pensão alimentícia	2	5,1%	100,0%
Total	39	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

A Tabela 33 mostra os resultados obtidos quando perguntadas se o pai ou a família dele contribuem para o sustento das crianças. Das 39 entrevistadas, 14 (35,9%) responderam que não, 14 (35,9%) não souberam avaliar, 6 (15,4%) disseram que sim, contribuem regularmente, 3 (7,7%) que sim, contribuem, mas de modo irregular e 2 (5,1%) que sim, os pais pagam pensão alimentícia. Destaca-se aqui que apenas 20,4% dos pais ou as famílias deles contribuem de modo regular para o sustento da criança.

4.5 MÓDULO DE ENCERRAMENTO

Nesse módulo o objetivo foi de analisar as opiniões das puérperas sobre o questionário, bem como a avaliação da entrevistadora em relação ao questionário e às entrevistadas. As respostas encontram-se nas tabelas de 34 a 39.

Tabela 34 - Distribuição segundo a opinião sobre o questionário, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Opinião sobre o questionário	n	%	% acumulado
Interessante	169	97,7%	97,7%
Indiscreto	2	1,2%	98,8%
Muito longo	1	0,6%	99,4%
NSA	1	0,6%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010).

A Tabela 34 traz os resultados das opiniões das entrevistadas no que diz respeito ao questionário utilizado nas entrevistas. Das 173, 169 (97,7%) responderam que o questionário era interessante, 2 (1,2%) indiscreto, 1 (0,6%) muito longo e 1 (0,6%) não soube avaliar. O tempo médio de entrevista foi de vinte e um minutos e vinte e dois segundos, a mediana de vinte e um minutos, o mínimo de nove minutos e o máximo de quarenta e três minutos, com desvio de cinco minutos e quatorze segundos.

4.6 PERGUNTAS A SEREM RESPONDIDAS PELO ENTREVISTADOR

Tabela 35 - Distribuição segundo o local da aplicação do questionário, das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Local da entrevista	n	%	% acumulado
Hospital São Luiz	146	84,4%	84,4%
Hospital Regional de Cáceres	25	14,5%	98,8%
Branco	2	1,2%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

Na Tabela 35 observamos os resultados dos locais onde foram realizadas as entrevistas, tendo o Hospital São Luiz como maternidade de baixo risco o local com maior número de entrevistadas, quais sejam 146 (84,4%), seguida pelo Hospital Regional onde são referendadas as gestações de alto risco, com 25 (14,5%) entrevistas e foram detectados 2 (1,2%) dos questionários sem a informação do local onde foi realizada a entrevista.

Tabela 36 - Distribuição segundo a cooperação das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Cooperação das entrevistadas	n	%	% acumulado
Boa	54	31,2%	31,2%
Ótima	111	64,2%	95,4%
Regular	5	2,9%	98,3%
Branco	3	1,7%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

Na Tabela 36 temos os resultados quanto à cooperação das entrevistadas no momento da entrevista, segundo a entrevistadora. Das entrevistadas, 111 (64,2%) foram avaliadas como ótimas, 54 (31,2%) boas, 5 (2,9%) como regular e 3 (1,7%) dos questionários estavam em branco.

Tabela 37 - Distribuição segundo a dificuldade de compreensão das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Dificuldade das entrevistadas	n	%	% acumulado
Não teve dificuldade	164	94,8%	94,8%
Sim, um pouco de dificuldade	4	2,3%	97,1%
Sim, muita dificuldade	2	1,2%	98,3%
Branco	3	1,7%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010).

Na Tabela 37 observam-se os resultados da dificuldade de compreensão das entrevistadas, segundo a avaliação da entrevistadora. Não tiveram dificuldades 164 (94,8%), 4 (2,3%) tiveram um pouco de dificuldade, 2 (1,2%) tiveram muita dificuldade e 3 (1,7%) dos questionários estavam em branco nessa avaliação.

Tabela 38 - Distribuição segundo o nível de interesse das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Nível de interesse das entrevistadas	n	%	% acumulado
Muito alto	81	46,8%	46,8%
Alto	75	43,4%	90,2%
Médio	12	6,9%	97,1%
Baixo	2	1,2%	98,3%
Branco	3	1,7%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

Na Tabela 38 são mostrados os resultados da avaliação do nível de interesse das entrevistadas segundo a entrevistadora, onde 81 (46,8%) foram consideradas com interesse muito alto, 75 (43,4%) alto, 12 (6,9%) médio, 2 (1,2%) baixo e 3 (1,7%) estavam em branco.

Tabela 39 - Distribuição segundo a sinceridade das respostas das puérperas adolescentes de Cáceres – MT, atendidas no Sistema Único de Saúde (31/09/2009 a 30/03/2010)

Sinceridade das respostas das entrevistadas	n	%	% acumulado
Sim	166	96,0%	96,0%
Não	3	1,7%	97,7%
NSA	1	0,6%	98,3%
Branco	3	1,7%	100,0%
Total	173	100,0%	-

Fonte: Pesquisa GRAVAD adequada (2009/2010)

Na Tabela 39 observamos os resultados da avaliação da sinceridade das respostas das entrevistadas, segundo a entrevistadora. Em 166 (96%) entrevistas as respostas foram consideradas sinceras, 3 (1,7%) não foram considerada sinceras, 1 (0,6%) a entrevistadora não soube avaliar e 3 (1,7%) dos questionários estavam em branco.

5 CONCLUSÃO

A realização deste estudo foi um trabalho pioneiro de abordagem científica no que diz respeito à gestação na adolescência no município de Cáceres – MT. Tema esse que preocupa praticamente todos os gestores públicos no mundo e em especial de países em desenvolvimento como o Brasil. Ele será certamente ponto de partida, fonte de pesquisa e seus resultados poderão servir de referência para o aprofundamento desse importante tema não só no município de Cáceres, mas também em outros da Região Oeste de MT e para o Estado.

Este estudo possibilitou uma reflexão, a partir das informações geradas por meio de dados quantitativos saber como estão vivendo as adolescentes do município e da região.

O objeto central deste estudo foi conhecer o perfil epidemiológico das puérperas adolescentes do município de Cáceres. Dessa forma utilizou-se de metodologia do tipo transversal, em que entrevistamos durante seis meses essas adolescentes, e fomos surpreendidas com 36,4% de gestantes adolescentes de outras cidades da região vinda dar à luz no município.

Os objetivos específicos foram alcançados, uma vez que demonstramos com dados quantitativos o perfil sócio-demográfico dessas adolescentes, suas trajetórias de estudo e trabalho, iniciação sexual, atitudes e valores sobre sexualidade e gravidez e seus desdobramentos.

O perfil das adolescentes que deram à luz no município de Cáceres-MT foi: a média de idade de 17 anos, a maioria do Estado de MT e do município de Cáceres, pardas, católicas, com ensino fundamental concluído, apesar de a maioria estar fora da escola naquele momento, desempregadas e com renda familiar abaixo de 4 salários mínimos.

A iniciação sexual se deu na transição entre a adolescência precoce e tardia, em média aos 14,6 anos, a maioria dos parceiros foram os namorados e constatamos neste estudo a crença do adolescente pelo amor romântico, onde a maioria afirmou que o sexo é uma prova de amor pelo parceiro.

Com relação à gravidez e seus desdobramentos verificou-se que, maioria realizou pré-natal adequadamente, ou seja, mais de seis consultas no período gestacional, os partos foram a termo, mas este estudo mostrou taxas de cesarianas superiores às recomendadas pelo Ministério da Saúde. Em decorrência dessas

taxas elevadas, as adolescentes podem estar em risco tanto pela exposição à própria cirurgia, quanto à possível restrição de prole futura.

Ao escolhermos modificar o questionário GRAVAD (Gravidez na Adolescência), instrumento validado e utilizado em outras pesquisas, optamos por adaptá-lo aos interesses da nossa, mas sem modificar a sua forma ou estrutura. Consideramos ter sido válido sua utilização, mas como trabalho descritivo nos restringimos apenas em apresentar os resultados dos dados coletados e mostrar outros estudos semelhantes sem fazer comparações mais aprofundadas, ficando assim uma lacuna a ser preenchida nas próximas pesquisas.

Um aspecto relevante que observamos foi que a maternidade, apesar de ser um desejo da maioria e elas acreditarem nas relações sexuais por amor, não era um projeto para se concretizar na adolescência e certamente se pudessem escolher teriam optado para mais tarde, uma vez que o exercício da maternidade contribui para a manutenção das desigualdades sociais e retardam ou anulam a ascensão social.

Após este estudo passamos a ver a maternidade na adolescência não como “o problema” de saúde pública tão proclamado, mas sim elegemos as desigualdades sociais onde estão inseridas essas jovens em formação como possível responsável por conseqüências sociais futuras. Esperamos que este estudo possa contribuir no levantamento dessa complexa questão que é a maternidade na adolescência e que possa subsidiar estratégias específicas em políticas públicas preventivas visando à redução de adolescentes grávidas no município.

6 SUGESTÕES

1. Divulgação oficial deste estudo pelas Secretarias Estadual de Saúde de MT e Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres.

2. Criação pela SMS de um núcleo de atenção às adolescentes voltado ao ensino e apoio à contracepção.

3. Desenvolvimento de estratégias junto aos PSFs utilizando as estruturas físicas e de recursos humanos existentes, e em especial os agentes de saúde, para educação, informação e fornecimento de métodos contraceptivos

4. Estabelecimento de parcerias com a secretaria de educação, envolvendo professores e alunos das escolas públicas.

5. Estabelecimento de parcerias entre a secretaria municipal de saúde, clubes de serviços e Organizações não governamentais para apoio logístico no que diz respeito às ações a serem implementadas.

6. Capacitação e educação continuada de recursos humanos na atenção às adolescentes, estabelecendo parcerias entre a secretaria municipal de saúde e a Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT).

REFERÊNCIAS

1. Beretta MIR, Denari FE, Pedrazzani JC. Estudo sobre incidência de partos na adolescência em um município do estado de São Paulo. *Rev. Latino-AM Enf.* 1995; 3:181-91.
2. Fujimori E, Oliveira IMV, Lima AR, Cassana LMN, Szarfac SC. Perfil socioeconômico y biológico de embarazadas adolescentes de una maternidad de beneficencia en São Paulo, Brasil. *Cuad Med Soc.* 1997; 38:97-114.
3. Mayor S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *BMJ.* 2004; 328: 1152. In: Chalem E, et. al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(1):6-22.
4. Boonstra H. The guttmacher report and public policy. New York: Guttmacher Institute; 2002. In: Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia (PROAGRO). Ciclo cinco, módulo três. Artmed / Panamericana; 2008.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2007. [internet]. [citado em: 2008 set 29]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
6. Brandão ER. Individualização e vínculo familiar em camadas médias: um olhar através da gravidez na adolescência [Tese de Doutorado]. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003
7. Kirby D. Looking for reasons why: the antecedents of adolescent sexual risk-taking, pregnancy, and chikdbearing. Washington National Campaign to prevent Teen Pregnancy; 1999. In: Heilborn ML, et. al. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz; 2006.
8. Le Van C. Les grossesses à l'a adolescence:normes sociales,realités vécues. Paris, L'Harmattan. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Gramond/Fiocruz; 2006.
9. Figueiredo B, Pacheco A, Magarinho R. Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 e 2003. *Análise Psicológica.* 2004; 3(22):551-70.

10. Leon AF, Palmira LEL, Flores DH. Interrupciones de embarazo en adolescentes. *Problemática social y humanística*. Rev Hum Med v.9 n.2 Ciudad de Camaguey Mayo-ago. 2009.
11. Baeza B, Póo AM, Vásquez O, Muñoz S, Valegos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores Del embarazo em adolescentes de La novena región. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2007; 72(2):76-81.
12. Rosengard C, Phipps MG, Adler NE, Jonathan ME. Adolescent pregnancy intentions and pregnancy outcomes: a longitudinal examination. *J Adolesc Health*. 2004;35(6):453-61.
13. Santelli JS, Lindberg LD, Finer LB, Singh S. Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: the contribution of abstinence and improved contraceptive use. *American J Public Health*. 2007;97(1):150-6.
14. Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(7):1421-30.
15. Heilborn ML, Aquino E, Bozon M, Knauth D. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz; 2006.
16. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública*. 2003:S377-S88.
17. Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saúde Pública*. 2003:559-65.
18. Goldenberg P, Figueiredo MCT e Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde*. 2005 jul-ago; 21(4):123-45.
19. Rocha R, Souza E, Guazelli CAF, Filho AC, Soares EP, Nogueira ES. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(9): 530-5.

20. Camarano AA. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas, vol.1. Brasília, CNPD. 1998 a; p.109-33.

21. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), 1999 a. Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva. Rio de Janeiro.

22. Goldani AM. O regime demográfico brasileiro nos anos noventa: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas; 1999. In: Galvão L, Días J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Dilemas e desafios. São Paulo,Hucitec/ Population Council,pp.25-69.

23. Sabóia AL, Bregman S. Perfil da mulher jovem de 15 a 24 anos: características diferenciais e desafios. População jovem no Brasil. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Sócioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE. 1999; 3: 35-53.

24. Bozon M, Enoch, E. Brésil: La transition démographique rapide d'un pays étérogène. Population et Societés. 1999; 345:1-4. In: Heilborn ML, et al. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias afetivo amorosas de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz; 2006.

25. Dias A, Aquino E. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. Cad Saúde Pública. 2006 jan;22(7).1447-58.

26. Rickert V, Jay MS, Gottlieb AA. Adolescent Willness. Med. Clin. N. Am. 1999; 74: 1135. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. 2 ed. São Paulo:Roca; 1993.

27. Mc Anarney ER, Hendee WR. Adolescent pragnancy and its consenquences. JAMA, 262: 74, 1989. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. 2 ed. São Paulo:Roca; 1993.

28. Charpie-Dubrit M. La contracepetion a l'lheure dès maladies sexuellmente transmissibles. Rev Med Suisse Romande. 111:133, 1991. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. 2 ed. São Paulo:Roca; 1993.

29. Santos Júnior JD. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: Cadernos Juventude: Saúde e Desenvolvimento.

30. Chalem E, Mitsuhiro S, Ferri C, Barros M, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(1): 50-59.
31. Vilela WV, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública*. 2006 nov; 22(11): 2467-72.
32. Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão; 2008. In: Guimarães BE. Gravidez na adolescência: fatores de risco. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p.41-6.
33. Cataño CR. Gravidez na adolescência: análise de resultados nutricionais, perinatais e neonatais [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.
34. Dib SCS. Contracepção na adolescência: conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre alunos de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto – SP [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.
35. Almeida MCC. Gravidez na adolescência e escolaridade: um estudo em três capitais brasileiras [Tese de doutorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva; 2008.
36. Vargas R. Turistas usam pesca como disfarce para a exploração sexual em MT. [internet]. *Jornal O Globo*; 2008. [citado em 2008 set 09]. Disponível em: <http://www.fnapeti.org.br>.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESNet) [internet]. 2008 [citado em: 2008 set 29]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>.
38. Pereira MG. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Brasília: Guanabara /Koogon; 2001.
39. Carniel E, Zanolli ML, Almeida C, Morcillo A. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2006; 6(4): 419-426.

40. Brasil. Ministério da Saude. DATASUS [internet]. 2010. [citado em: 2008 set 29]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
41. Brasil. Ministério da Saude. Sistema Nacional de Nascidos Vivos [internet]. 2010. [citado em: 2008 set 29]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>.
42. Borges ALV, Latorre MRDO, Schor N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(7):1583-1594.
43. Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil-1999-2001. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20 (Sup 1):112-20.
44. Cuyabano FOS. A Política da Salvação:A política e o encantamento da Igreja Universal do Reino de Deus em Cáceres – MT. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontífice Universidade Católica de São Paulo; 2009.
45. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(4): 479-87.
46. Ximenes Neto FRG, Dias MAS, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev bras enferm*. 2007; 60(3): 279-85.
47. Romero KT, kelen CTR, Élide HGRM, Maria SS. Vitalle JW. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Rev Assoc Med Bras*; 2007:14-9.
48. Gonçalves H, Gigante D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma coorte de nascimento. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(7):1459-69.
49. Carvacho I, Silva JLP, Mello MB. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. *Rev Assoc Med Bras*. 2008; 54(1): 29-35.

50. Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monte NF. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. Rev Bras. Saúde Matern. Infant. 2006; 6(2): 175-81.

51. Fujimori E, Laurenti D, Núñez De Cassana LM, Oliveira IMV, Szarfarc SC. Anemia e deficiência de ferro em gestantes adolescentes. Rev Nutr. 2000; 13(3): 177-84.

52. Maia VOA, Maia ACA, Queiroga FL, Maia Filho VOA, Araújo AB, Lippo LAM, et al. Via de Parto em Gestações Sucessivas em Adolescentes: Estudo de 714 Casos. Rev Bras Ginec Obst. 2004; 26(9):98-105.

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO GRAVAD ADEQUADO

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UNIVERSIDADE DE CUIABÁ

ANEXO A – QUESTIONÁRIO GRAVAD ADEQUADO

Controle do questionário

Nº de ordem

Data da entrevista

 / /

Horário inicial

 Horas minutos

1. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Vamos começar com algumas perguntas sobre quem é você e sobre a sua família.

1.1 Qual a sua idade ? Anos completos.

1.2 Qual a sua data de nascimento ? / /

1.3 Em que estado você nasceu ?

1.4 Em que cidade você nasceu?

1.5 Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para definir sua cor ou raça ?!

1.5.1 branca

1.5.2 preta

1.5.3 parda

1.5.4 amarela de (origem asiática)

1.5.5 indígena

1.5.6 recusou-se a responder

7 não sabe

1.6.8 Nenhuma

77 não sabe.

1.7 Atualmente, qual a religião ou culto que você freqüenta ?

1.7.1 Católica

1.7.2 Protestante(especificar)

1.7.3 Pentecostal (especificar).....

1.7.4 Espírita (especificar)

1.7.5 Umbanda, Candomblé, Batuque

1.7.6 Judaica

1.7.7 Mais de uma (especificar)

1.7.8 Nenhuma

77 Não sabe.

Vamos conversar um pouco sobre seus pais.

1.8 Seu pai está vivo ?

1.8.1 sim

1.8.2 não

1.8.3 não conheceu o pai

7 não sabe/ perdeu contato

1.9 Qual a idade dele ? anos completos (777 para quem não sabe)

1.10 Qual é/era a ocupação dele ?

(77777 se não lembra e 88888 se NSA)

1.11 Qual é/era a escolaridade dele?

1.11.1 nunca freqüentou a escola

1.11.2 1º grau incompleto

1.11.3 1º grau completo

1.11.4 2º grau incompleto

1.11.5 2º grau completo

1.11.6 superior incompleto

1.11.7 superior completo

1.11.8 pós-graduação

77 não sabe/não lembra

88 NSA

Para a entrevistada cujo pai morreu ou que perdeu contato

1.12 Quando seu pai morreu (ou quando você perdeu contato com seu pai) que idade você tinha?

Anos completos (77 para quem não sabe/não lembra e 88 para NSA)

1.13 Sua mãe está viva ?

1.13.1 sim

1.13.2 não

1.13.3 não conheceu a mãe

7 não sabe/ perdeu contato

1.14 Qual a idade dela ? anos completos (777 para quem não sabe)

1.15 Qual é/era a ocupação dela ?

(77777 se não lembra e 88888 se NSA)

1.16 Qual é/era a escolaridade dela?

1.16.1 nunca freqüentou a escola

1.16.2 1º grau incompleto

1.16.3 1º grau completo

1.16.4 2º grau incompleto

1.16.5 2º grau completo

1.16.6 superior incompleto

1.16.7 superior completo

1.16.8 pós-graduação

77 não sabe/não lembra

88 NSA

Para a entrevistada cuja mãe morreu ou que perdeu contato

1.17 Quando sua mãe morreu (ou quando você perdeu contato com sua mãe) que idade você tinha?

Anos completos (77 para quem não sabe/não lembra e 88 para NSA)

1.18 Seus pais vivem ou viviam juntos ? (seus pais viviam juntos quando seu pai/sua mãe morreu?)

1.18.1 sim

1.18.2 nunca viveram juntos

1.18.3 não, estão/estavam separados

1.18.4 não conheceu/perdeu contato com os pais

7 não sabe

Se os pais separaram

1.19 Que idade você tinha quando isso aconteceu?

Anos completos (77 para quem não sabe/não lembra e 88 para NSA)

1.20 Seu pai casou/viveu com alguém depois da separação?

1.20.1 sim

1.20.2 não

7 não sabe/não lembra

8 NSA

1.21 Seu mãe casou/viveu com alguém depois da separação?

1.21.1 sim

1.21.2 não

7 não sabe/não lembra

8 NSA

1.22 Quantos irmãos você tem? (incluindo os irmãos de criação)

Homens Mulheres (00 para nenhum e 77 para quem não sabe)

1.23 Atualmente, você mora:

1.23.1 com ambos os pais

1.23.2 apenas com a mãe

1.23.3 apenas com o pai

1.23.4 com a mãe e o padrasto

1.23.5 com o pai e a madrasta

1.23.6 com outros responsáveis

1.23.7 não mora com os pais ou responsáveis

1.24 Você, nesse momento, está casada ou vive com alguém ?

1.24.1 sim

1.24.2 não

1.25 Tem filhos?

1.25.1 sim

1.25.2 não

1.26 Que idade sua mãe tinha quando teve o primeiro filho?

Anos completos (77 para quem não sabe)

1.27 Número total de moradores (incluindo você e seus pais que moram na mesma casa)

Moradores

1.28 Tipo de habitação:

1.28.1 casa

1.28.2 apartamento

1.28.3 cômodo

1.29 Quantos cômodos/peças existem nesse domicílio ?

(incluindo banheiro e cozinha)

1.30 Esse domicílio é:

1.30.1 próprio

1.30.2 posse ou ocupação

1.30.3 alugado

1.30.4 cedido

1.30.5 outra (especificar)

7 não sabe

1.31 qual foi a renda familiar total no ultimo mês? (em reais, somando salário, aluguel, pensão, etc.) (incluir as pessoas que ajudam mesmo que não morem no domicílio)

R\$

66 recusou-se a responder

77 não sabe

2. TRAJETÓRIA DE ESTUDO E TRABALHO

Agora vamos conversar um pouco sobre estudo e trabalho.

2.1 Você está freqüentando a escola atualmente

- 2.1.1 sim, rede particular.
- 2.1.2 sim, rede pública
- 2.1.3 não, freqüentou e interrompeu
- 2.1.4 não, já concluiu os estudos
- 2.1.5 nunca freqüentou

2.2 Qual foi a última série ou semestre que você concluiu com aprovação?

- 2.2.1 alfabetização
- 2.2.2 ensino fundamental ou 1º grau. Série:
- 2.2.3 ensino médio ou 2º grau. Série :
- 2.2.4 superior – graduação. Semestre:
- 2.2.5 nenhum
- 8 NSA

2.3 alguma vez precisou interromper/parar os estudos por um ano ou mais ?

- 2.3.1 sim
- 2.3.2 não

Se interrompeu/parou os estudos

2.4 Você interrompeu/parou os estudos por que :

- 2.4.1 ficou grávida
- 2.4.2 tinha de cuidar do/s filho/s
- 2.4.3 tinha de tomar conta da casa e/ou dos irmãos
- 2.4.4 precisava trabalhar
- 2.4.5 não gostava da escola/de estudar
- 2.4.6 por falta de dinheiro para freqüentar a escola
- 2.4.7 porque o/a patrão/patroa não deixava

2.4.8 morte ou separação dos pais

2.4.9 porque concluiu os estudos

2.4.10 doença

2.4.11 outro motivo (especificar)

88 NSA

2.5 Você está trabalhando, estagiando ou exercendo alguma atividade com rendimentos?

2.5.1 sim

2.5.2 não

2.6 Você já teve atividade remunerada alguma vez?

2.6.1 sim

2.6.2 não

8 NSA

2.7 Qual é/era sua ocupação principal?

.....

(77777 se não sabe/não lembra e 88888 se NSA)

2.8 Você trabalha/va como:

2.8.1 empregada com carteira assinada/com contrato

2.8.2 empregada sem carteira assinada/sem contrato

2.8.3 autônoma/conta própria

2.8.4 empregadora

2.8.5 aprendiz ou estagiária com remuneração

7 não sabe

8 NSA

2.9 começar a trabalhar interferiu nos estudos?

2.9.1 não, continuo estudando

2.9.2 não, já tinha parado de estudar

2.9.3 sim, teve que parar de estudar

2.9.4 sim, teve que mudar de turno

2.9.5 sim, era estagiário e precisou voltar a estudar

7 não sabe

8 NSA

2.10 Quanto você ganhou no mês passado? (em reais) (incluindo total de rendimentos)

R\$

3. INICIAÇÃO SEXUAL

Agora vamos passar para algumas perguntas sobre a sua vida íntima. Todas as pessoas que estamos entrevistando estão respondendo a essas questões. Se você se sentir inibida ou não entender algum termo técnico em qualquer pergunta, sinta-se à vontade para perguntar ou não responder.

3.1 Com que idade você ficou me menstruada pela primeira vez?

Anos (77 para não sabe/não lembra)

3.2 sua mãe conversou sobre isso com você?

3.2.1 sim, antes da primeira menstruação

3.2.2 sim, só depois da primeira menstruação

3.2.3 não, nunca conversou

7 não sabe/não lembra

Através de quem ou como você obteve as primeiras informações sobre:

3.3 Sobre relação sexual?

3.3.1 sua mãe

3.3.2 seu pai

3.3.3 seu parceiro/namorado

3.3.4 seus irmãos

3.3.5 suas irmãs

3.3.6 amigos/colegas

3.3.7 professores/escola

3.3.8 médicos/serviços de saúde

3.3.9 televisão

3.3.10 revistas femininas/masculinas

3.3.11 livros

3.3.12 filmes

3.3.13 Outro (especificar).....

7 não sabe/não lembra

3.4 Gravidez/meios para evitar filhos?

3.4.1 sua mãe

3.4.2 seu pai

3.4.3 seu parceiro/namorado

3.4.4 seus irmãos

3.4.5 suas irmãs

3.4.6 amigos/colegas

3.4.7 professores/escola

3.4.8 médicos/serviços de saúde

3.4.9 televisão

3.4.10 revistas femininas/masculinas

3.4.11 livros

3.4.12 filmes

3.4.13 Outro (especificar).....

7 não sabe/não lembra

3.5 E sobre doenças sexualmente transmissíveis e AIDS?

3.5.1 sua mãe

3.5.2 seu pai

3.5.3 seu parceiro/namorado

3.5.4 seus irmãos

3.5.5 suas irmãs

3.5.6 amigos/colegas

3.5.7 professores/escola

3.5.8 médicos/serviços de saúde

3.5.9 televisão

3.5.10 revistas femininas/masculinas

3.5.11 livros

3.5.12 filmes

3.5.13 Outro (especificar).....

7 não sabe/não lembra

3.6 Que idade você tinha quando namorou pela primeira vez?

Anos (77 para não sabe/não lembra)

3.7 Você teve experiências sexuais com pessoas do mesmo sexo ?

3.7.1 sim

3.7.2 não

6 recusou-se a responder

2.8 Que idade você tinha na primeira relação sexual

Anos (77 para não sabe/não lembra)

3.9 A pessoa com quem você teve a sua primeira relação sexual, na época, era:

3.9.1 Namorado

3.9.2 pessoa com quem você "ficou"

3.9.3 marido ou companheiro

3.9.4 garoto de programa/profissional do sexo

3.9.5 outro (especificar)

6 recusou-se a responder

8 NSA

3.10 Que idade tinha essa pessoa?

Anos (77 para quem não sabe/não lembra e 88 para NSA)

3.11 Onde aconteceu a sua primeira relação sexual?

3.11.1 na sua casa

3.11.2 na casa do seu parceiro

- 3.11.3 casa de amigos/conhecidos
- 3.11.4 motel/hotel
- 3.11.5 lugar de prostituição/sauna
- 3.11.6 festa/baile
- 3.11.7 carro
- 3.11.8 praia
- 3.11.9 rua/lugares públicos
- 3.11.10 outro (especificar)
- 77 não sabe/não lembra
- 88 NSA

3.12 o principal motivo que levou você a ter sua primeira relação sexual foi:

- 3.12.1 curiosidade
- 3.12.2 tesão
- 3.12.3 amor
- 3.12.4 medo de perder o companheiro
- 3.12.5 vontade de perder logo a virgindade
- 3.12.6 outro(especificar)
- 66 recusou-se a responder
- 77 não sabe/não lembra
- 88 NSA

3.13 Nessa primeira vez, vocês tomaram algum cuidado para evitar a gravidez?

- 3.13.1 sim
- 3.13.2 não
- 7 não sabe/não lembra
- 8 NSA

3.14 Qual o cuidado que tiveram para evitar a gravidez?

- 3.14.1 pílula anticoncepcional

- 3.14.2 injeção/implante
- 3.14.3 DIU
- 3.14.4 camisinha/preservativo
- 3.14.5 diafragma
- 3.14.6 coito interrompido/gozar fora
- 3.14.7 tabela
- 3.14.8 usaram mais de um método(especificar).....
- 3.14.9 outro (especificar).....
- 77 não sabe/não lembra
- 88 NSA

4. ATITUDES E VALORES SOBRE SEXUALIDADE

Agora vou ler algumas alternativas para conhecer suas idéias sobre relações sexuais em geral.

4.1 Dentre as seguintes alternativas, qual é aquela que melhor expressa a sua opinião sobre sexo?

4.1.1 o sexo é uma necessidade física, como a fome e a sede.

4.1.2 o sexo é prova de amor pelo parceiro

4.1.3 o sexo é uma fonte de prazer e de satisfação pessoal

6 recusou-se a responder

7 não sabe

4.2 É possível controlar a vontade de ter sexo:

4.2.1 sim, por muito tempo

4.2.2 sim, por pouco tempo

4.2.3 não, não é possível

4.2.4 outro (especificar)

6 recusou-se a responder

7 não sabe

4.3 Quanto à necessidade de sexo, você acha que:

4.3.1 homens têm muito mais necessidade que as mulheres

4.3.2 homens têm um pouco mais necessidade

4.3.3 homens e mulheres têm a mesma necessidade

4.3.4 as mulheres têm um pouco mais necessidade

4.3.5 as mulheres têm muito mais necessidade que os homens

6 recusou-se a responder

7 não sabe

4.4 Quanto aos homens que transam com homens você acha que:

4.4.1 essas pessoas podem transar com quem desejam

4.4.2 essas pessoas não têm vergonha

4.4.3 essas pessoas são doentes

4.4.4 outros (especificar)

6 recusou-se a responder

7 não sabe

4.5 Quanto a mulheres que transam com mulheres você acha que:

4.4.1 essas pessoas podem transar com quem desejam

4.4.2 essas pessoas não têm vergonha

4.4.3 essas pessoas são doentes

4.4.4 outros (especificar)

6 recusou-se a responder

7 não sabe

Vamos falar agora sobre a camisinha. você acha que:

4.6 A camisinha pode ser erótica/excitante numa relação sexual?

4.6.1 sim

4.6.2 não

6 recusou-se a responder

7 não sabe

4.7 A camisinha corta o clima da relação?

4.7.1 sim

4.7.2 não

6 recusou-se a responder

7 não sabe

3.8 Usar a camisinha é demonstrar respeito pelo/a parceiro/a?

4.8.1 sim

4.8.2 não

6 recusou-se a responder

7 não sabe

4.9 A camisinha é sempre necessária?

4.9.1 sim

4.9.2 não

6 recusou-se a responder

7 não sabe

4.10 A camisinha é muito cara para ser usada em todas as relações?

4.10.1 sim

4.10.2 não

6 recusou-se a responder

7 não sabe

4.11 O uso da camisinha provoca desconfiança no casal?

4.11.1 sim

4.11.2 não

6 recusou-se a responder

7 não sabe

4.12 A camisinha diminui o prazer dos homens na relação sexual?

4.12.1 sim

4.12.2 não

6 recusou-se a responder

7 não sabe

Com relação aos métodos para evitar a gravidez você acha que:

4.13 É responsabilidade só da mulher usar métodos contraceptivos?

4.13.1 sim

4.13.2 não

6 recusou-se a responder

7 não sabe

4.14 O homem deve ser responsável por comprar os anticoncepcionais para a parceira?

4.14.1 sim

4.14.2 não

6 recusou-se a responder

7 não sabe

4.15 O homem é tão responsável quanto a mulher por evitar a gravidez?

4.15.1 sim

4.15.2 não

6 recusou-se a responder

7 não sabe

4.16 Se você pudesse escolher a idade para ter o primeiro filho, qual você escolheria?

anos (55 para tanto faz/indiferente; e 77 para não sabe)

5. GRAVIDEZ E DESDOBRAMENTOS

Vamos falar agora sobre a sua saúde.

5.1 você já esteve grávida antes ?

5.1.1 sim – Quantas vezes?

5.1.2 nunca

5.1.3 não, essa é a primeira vez

6 recusou-se a responder

8 NSA

5.2 De quantos parceiros você engravidou?

Parceiros

(66 para quem recusou-se a responder, 77 para não sabe/não lembra e 88 para NSA)

5.3 Quantos filhos você tem?

filhos (00 para nenhum e 88 para NSA)

5.4 Que idade você tinha quando engravidou pela primeira vez?

anos completos (77 para não sabe/não lembra e 88 para NSA)

5.5 Antes de saber que estava grávida, você:

5.5.1 estava tentando engravidar

5.5.2 queria engravidar, porem mais tarde

5.5.3 não queria engravidar

5.5.4 não havia pensado no assunto

7 não lembra

8 NSA

5.6 Quando você engravidou, você usava algum método para evitar gravidez?

5.6.1 não, não estava usando nada

5.6.2 pílula anticoncepcional

5.6.3 injeção/implante

5.6.4 DIU

- 5.6.5 camisinha/preservativo
- 5.6.6 diafragma
- 5.6.7 coito interrompido/gozar fora
- 5.6.8 tabela
- 5.6.9 usaram mais de um método(especificar).....
- 5.6.10 outro (especificar).....
- 77 não sabe/não lembra
- 88 NSA

5.7 O que você fez quando soube da gravidez?

- 5.7.1 quis casar/morar com o parceiro
- 5.7.2 aceitou a gravidez, mas não quis casar/morar com parceiro
- 5.7.3 aceitou a gravidez e pediu apoio de seus familiares para ter o bebê
- 5.7.4 aceitou a gravidez mas não pediu apoio a seus familiares para ter o bebê
- 5.7.5 queria fazer um aborto
- 5.7.6 tentou fazer um aborto
- 5.7.7 outro (especificar)
- 77 não sabe/ não lembra
- 88 NSA

5.8 A atitude do parceiro quando ficou sabendo da gravidez foi:

- 5.8.1 ele ficou contente
- 5.8.2 ele não ligou muito
- 5.8.3 queria que fizesse um aborto
- 5.8.4 não acreditou que o filho era dele
- 5.8.5 sumiu quando soube da gravidez
- 5.8.6 não ficou sabendo da gravidez
- 5.8.7 outro (especificar)
- 77 não sabe/não lembra

88 NSA

5.9 Essa gravidez resultou em:

5.9.1 filho

5.9.2 aborto

8 NSA

5.10 Este aborto foi:

5.10.1 espontâneo

5.10.2 provocado

6 recusou-se a responder

8 NSA

5.11 você fez pré-natal?

5.11.1 sim

5.11.2 não

7 não sabe/não lembra

8 NSA

5.12 Qual o mês de gestação que fez a primeira consulta?

Meses

(77 para não sabe/não lembra e 88 para NSA)

5.13 Em que serviço fez o pré-natal?

5.13.1 posto/centro de saúde

5.13.2 hospital/maternidade pública

5.13.3 hospital/clínica particular

5.13.4 consultório médico particular

6 outro (especificar)

7 não sabe/não lembra

8 NSA

5.14 Você apresentou/apresenta algum dos problemas abaixo na gravidez?

- 5.14.1 pressão alta
- 5.14.2 hemorragia
- 5.14.3 diabete (açúcar no sangue)
- 5.14.4 anemia
- 5.14.5 eclâmpsia
- 7 Não sabe/não lembra
- 8 NSA

5.15 Com quanto tempo de gestação a criança nasceu?

- Meses (77 para não sabe/não lembra e 88 para NSA)

5.16 O parto foi:

- 5.16.1 "normal"/natural
- 5.16.2 com fórceps
- 5.16.3 cesariana
- 7 não sabe
- 8 NSA

Para todas que tiveram filhos.

Vamos conversar um pouco sobre mudanças na sua vida até um ano depois do nascimento do seu último filho.

5.17 Em termos de estudos:

- 5.17.1 não estava estudando e continuo assim
- 5.17.2 continuou estudando
- 5.17.3 parou de estudar por um período
- 5.17.4 parou completamente de estudar depois do nascimento da criança
- 5.17.5 outro (especificar)
- 7 não sabe/não lembra
- 8 NSA

5.18 Em termos de trabalho:

- 5.18.1 não trabalhava e se manteve assim
- 5.18.2 começou a trabalhar
- 5.18.3 parou de trabalhar por um período
- 5.18.4 já trabalhava e mudou de serviço
- 5.18.5 já trabalhava e continuou no mesmo serviço
- 5.18.6 outro (especificar)
- 7 não sabe/não lembra
- 8 NSA

5.19 Quem é o principal responsável pelo sustento dessa criança

- 5.19.1 você e o pai
- 5.19.2 você
- 5.19.3 o pai
- 5.19.4 seus pais (avó/s materno/s)
- 5.19.5 pais do pai da criança (avó/s paterno/s)
- 5.19.6 outros parentes seus
- 5.19.7 outros parentes do pai
- 5.19.8 outro/s (especificar)
- 77 não sabe
- 88 NSA

5.20 Seu filho vive:

- 5.20.1 com você e o pai
- 5.20.2 somente com você
- 5.20.3 somente com o pai
- 5.20.4 com você e seus familiares
- 5.20.5 com o pai e os familiares dele
- 5.20.6 com outros parentes seus

6. MÓDULO DE ENCERRAMENTO

Acabamos agora a pesquisa. Muito obrigado pela sua participação. Sua colaboração foi muito importante.

6.1 Gostaríamos de saber o que você achou do questionário?

6.1.1 chato

6.1.2 interessante

6.1.3 indiscreto

6.1.4 muito longo

6.1.5 outros (especificar)

Horário final: horas minutos

7. PERGUNTAS A SEREM RESPONDIDAS PELO ENTREVISTADOR

(preencher logo após a entrevista)

7.1 A entrevista foi realizada:

7.1.1 no Hospital São Luiz

7.1.2 no Hospital Regional de Cáceres

7.2 A cooperação da entrevistada foi:

7.2.1 ótima

7.2.2 boa

7.2.3 regular

7.2.4 ruim

7.2.5 péssima

7.3 A entrevistada teve dificuldades de compreensão das perguntas da pesquisa?

7.3.1 sim, muita dificuldade

7.3.2 sim, um pouco de dificuldade

7.3.3 não teve dificuldade

7.4 De uma maneira geral, qual o nível de interesse da entrevistada em relação à entrevista?

7.4.1 muito alto

7.4.2 alto

7.4.3 médio

7.4.4 baixo

7.4.5 muito baixo

7.5 Você teve dúvida da sinceridade da entrevistada em alguma resposta dada por ela?

7.5.1 sim (especificar qual módulo)

7.5.2 não

8 NSA

7.6 Descreva a situação da entrevista e forneça outras informações que julgar importante.

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE CUIABÁ



HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE
E À INFÂNCIA DE CUIABÁ

Entidade Mantenedora

Registro: nº 129 CEP/UNIC/2009 – protocolo nº 2009-139

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UNIC

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o Projeto de Pesquisa: “Perfil Epidemiológico da Gravidez na Adolescência no Município de Cáceres - MT” do (a) pesquisador (a) **Marisol Costa Viegas Muniz** foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá - UNIC.

Cuiabá-MT, 25 de setembro de 2009.

Prof. Dra. Bianca Borsatto Galera
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
UNIC/HGU

