



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Vamberto Oliveira de Azevedo Maia

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:
VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM
PESO AO NASCER E ÍNDICE DE
APGAR DOS CONCEPTOS**

RECIFE - PE
2005



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM PESO AO NASCER E ÍNDICE DE APGAR DOS CONCEPTOS

Vamberto Oliveira de Azevedo Maia

Dissertação aprovada pelo Colegiado do
Curso de Mestrado em Tocoginecologia
da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade de Pernambuco para
obtenção do título de Mestre

Orientador: Prof. Dr. Cícero Ferreira Fernandes Costa

Co-orientador: Prof. Dr. Rivaldo Mendes de Albuquerque

RECIFE - PE

618.2 Maia, Vamberto Oliveira de Azevedo

Influência da gravidez na adolescência sobre peso ao nascer e índice de Apgar dos conceptos. / Vamberto Oliveira de Azevedo Maia. Recife: [s.n.] 2005.

XII, 78 p. il.

Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade de Pernambuco.

1. Saúde da adolescente 2. Gravidez na adolescência 3. Peso ao nascer 4. Índice de Apgar I. Título.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM
PESO AO NASCER E ÍNDICE DE APGAR DOS CONCEPTOS**

Mestrando: Vamberto Oliveira de Azevedo Maia

Orientador: Prof. Dr. Cícero Ferreira Fernandes Costa

Co-orientador: Prof. Dr. Rivaldo Mendes de Albuquerque

Dissertação apresentada em: 17 de março de 2005

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof. Dr. Aurélio Molina da Costa

Prof. Dr. Petrus Augusto Dornelas Câmara

Prof. Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho

EPÍGRAFE

Tese não é o trabalho para uma só
pessoa, nem para uma só época.

Prof. Dr. Cícero Ferreira Fernandes Costa

"Quando você trabalha, você é uma flauta
através de cujo âmago o murmurar das horas se
transforma em música. Amar a vida através do
trabalho é conhecer o segredo mais profundo da
vida. Todo o trabalho é vazio a não ser que haja
amor, porque o trabalho é o amor tornado visível"

Kahlil Gibran

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus e Senhor que esteve sempre presente na minha vida, primordialmente nos momentos difíceis, nos quais mais precisava de sua ajuda me mostrando que nossa fé e nossa esperança precisam ser mais fortes que os fatos: este é o ponto crucial. Se acreditarmos em Deus com todas as forças, não somente nós, mas todos que nos cercam irão se beneficiar.

A Josane, esposa, amiga, companheira sempre ao meu lado em todas as situações, inclusive no preparo dessa monografia que o fez com perene ternura e interminável paciência, do início ao término. Como verdadeira alma gêmea que o é, me permite assegurar que é a razão maior do meu crescimento profissional, cristão e como pessoa.

Dedico aos filhos de quem nos orgulhamos e a quem agradecemos por existirem em nossa vida.

Vamberto Filho, filho querido e colega médico a quem temos dedicado a vida e os feitos, por nos permitir trocar o orgulho de ser seu pai por suas palavras de motivação e apoio, sempre nos encorajando, mesmo nos momentos mais difíceis de insegurança e de incertezas.

Alessandra, a doçura feita filha, a amiga feita médica, por ser a razão de nosso viver e incentivo de luta constante e infindável, por ter creditado tanta confiança em nosso trabalho, que dele participou na coleta de dados.

Heloisa Maia *in memoriam*, nossa amada mãe sempre lembrada, por ter ocupado também o espaço de pai indicando-nos os caminhos da honestidade, humildade, dignidade e, sobretudo, da nossa formação como pessoa e cristão. Temos convicção do seu orgulho por nos ver ultrapassar mais um obstáculo.

Reginaldo Ferreira *in memoriam*, colega, amigo e irmão, sempre foi e será nossa referência no aspecto médico, ético e cristão. Onde você estiver, tenha certeza, jamais vos esqueceremos.

Aos nossos irmãos, Cleide, Roberto *in memoriam* e Vera, pelo apoio, incentivo e o poder ter certeza da importância de uma família.

Dr. Walter Sodré França *in memoriam*, eterno mestre, aquele que nos ensinou os primeiros passos da vida acadêmica, com carinho e dedicação, sempre presente no momento mais difícil da nossa vida profissional, o início. Ao senhor, nosso mais ardoroso reconhecimento.

AGRADECIMENTOS

Prof. Dr. Rivaldo Mendes, missão difícil de expressar em palavras nossos sentimentos por este professor e pesquisador, cuja maneira afável, dedicação e incentivo sempre presentes tornaram possível a construção desse trabalho. Nosso imensurável reconhecimento, nossa eterna gratidão.

Prof. Dr. Cícero Ferreira Fernandes Costa, o grande referencial da toco-ginecologia da nossa geração, incentivador e responsável pela iniciação das nossas atividades docentes, a quem devemos agradecer pela orientação na execução desta dissertação, bem como pela condição de ter conseguido fundamentos, que ainda hoje nos servem como alicerce para a vida profissional.

Prof. Dr. Aurélio Molina, pelo inesquecível estímulo em realizar o mestrado e pela confiança e amizade fraterna que sempre nortearam o nosso convívio.

Prof^a. Dr^a Maria Helena Kovacs, pela grandiosa solicitude e prestabilidade não só profissional, mas, principalmente, como pessoa humana, pelo incentivo constante à pesquisa científica, através do mestrado.

Prof. Dr. Antonio Figueira Filho, pela amizade e extrema compreensão, dando-nos sempre todo o apoio possível para a conclusão desta dissertação.

Prof. Dr. Álvaro Vieira de Melo, pelo amparo efetivo e irrestrito que nos deram condições para alcançar nossos objetivos.

Dr^a Cristina Guazelli, professora da Escola Paulista de Medicina, que nos instigou a vencer o desafio de um mestrado, apontando as agruras e a beleza desse feito.

A Direção do Hospital Agamenon Magalhães, nas pessoas de Helenice Negromonte, Assunção Santos e Alexandre Guerra, entre outros, na nossa liberação das atividades funcionais. Sem isto, com certeza, teria sido extremamente difícil terminar esse trabalho.

Aos colegas Tânia Caldas, Fátima Queiroga, Josemir Brito, Carlos Mesquita e Djalmira Macedo, que ficaram sobrecarregados em suas funções devido ao nosso afastamento e nunca tiveram uma palavra de crítica. Meu muito obrigado por vossas palavras de motivação.

Aline Brandão, médica, que nos ajudou a realizar a pesquisa de campo no Hospital das Clínicas da UFPE inclusive nos finais de semana, meus agradecimentos em virtude de seus méritos, por concorrer para concretização deste nosso sonho.

Laís Vieira, pela contribuição inestimável na orientação estatística e pesquisa de referências bibliográficas, sempre com palavras de incentivo, paciência, procurando sempre a atualização e modernidade, encarnando o verdadeiro espírito da pesquisa.

Maria Heloisa Campos, pela presteza infinita, sempre afável e atenciosa nas idas e vindas das digitações, dando a impressão de um trabalho interminável.

Valdênio Caboclo, nossos agradecimentos pela organização no setor de informatização.

Vera Sena, amizade iniciada no mestrado, no qual somamos sonhos e dividimos angústias e dificuldades, nosso reconhecimento em ver você como uma pessoa digna, competente e cristã. Dentre as coisas do mestrado, tive o legado da sua convivência. Obrigado a Deus por tê-la como amiga.

José Henrique Moura, colega e amigo dedicado que sempre nos ajudou tanto com palavras encorajadoras como no fornecimento de trabalhos científicos, que contribuíram de forma significativa na confecção de nossa pesquisa.

Luis Lippo, jovem colega, já mestre, que muito cooperou com nosso trabalho com sugestões proveitosas e ponderações coerentes e, sobretudo, pelo ser humano e grande amigo que nele encontramos.

Fábio Queiroga, futuro colega, que teve o dom de mesclar o estímulo constante e inestimável pilar de amizade, nossos mais sinceros agradecimentos.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a influência das características sócio-demográficas, obstétricas e as repercussões emocionais maternas, do parceiro e da família sobre os resultados perinatais de puérperas atendidas em Hospital Universitário. **Sujeitos e Método:** Em estudo observacional, de corte transversal e comparativo, foram analisados os resultados perinatais de 720 puérperas com idade entre 10 e 19 anos (média = $17,2 \pm 1,5$ anos), que pariram na Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, no período de janeiro a dezembro de 2001, excluídas aquelas com conceito natimorto ou ausência de informação de peso ao nascer ou índice de Apgar. Os dados foram coletados por meio de pesquisa ao prontuário da puérpera e do recém-nascido, além de entrevista utilizando questionário estruturado com perguntas pré-codificadas e pré-testadas, de respostas fechadas, realizada no local de internação, durante o puerpério mediato. **Resultados:** As adolescentes caracterizaram-se por: não haver completado o ensino de primeiro grau (68,5%), habitar com companheiro (72,6%), proceder de família com renda mensal entre dois e três salários mínimos (67,9%), ter idade média à menarca, à sexarca e ao primeiro parto igual a $12,8 \pm 5,4$ anos, $15,2 \pm 4,6$ anos e $16,2 \pm 1,8$ anos, respectivamente. Mais freqüentemente eram primíparas (74,4%), com pré-natal completo (50,8%), tendo parido entre 37^a e 41^a semanas gestacionais (85,6%). Os companheiros das puérperas adolescentes tinham idade média igual a $23,2 \pm 7,4$ anos e a maioria não havia completado o ensino de primeiro grau (61,2%). O baixo peso ao nascer e o índice de Apgar < 7 foram mais freqüentes nas adolescentes: com idade ≤ 16 anos, com nível de escolaridade $\leq 1^{\circ}$ grau, casadas habitando com o companheiro, diferenças sem significância estatística. Os conceitos das adolescentes com pré-natal incompleto e prematuros nasceram com peso significativamente mais baixo, mais deprimidos, e tiveram recuperação significativamente menor ao quinto minuto de vida. Embora sem significância estatística, identificou-se que os conceitos de adolescentes que não planejaram ou não aceitaram a gravidez e experimentaram sentimentos de rejeição por parte do companheiro, nasceram com baixo peso e deprimidos. Entre as puérperas adolescentes que sofreram rejeição por parte da família foi estatisticamente mais freqüente o nascimento de conceitos de muito baixo peso. **Conclusões:** Esses resultados pareceram indicar a necessidade de valorizar o nível de escolaridade, o estado marital e os sentimentos da adolescente, de seu companheiro e de sua família em relação à gravidez, nas consultas de pré-natal, para se obterem melhores resultados obstétricos.

Descritores: 1. Saúde da adolescente 2. Gravidez na adolescência 3. Peso ao nascer 4. Índice de Apgar

ABSTRACT

Objective: To investigate influence of socio-demographic, obstetric characteristics and also the emotional repercussions of the adolescent, her partner and her family on perinatal results of pregnant adolescents attempted at an University Hospital. **Subjects and Method:** Within an observational, transversal, comparative study, 720 pregnant adolescents, aging from 10 to 19 years old (mean = $17,2 \pm 1,5$ years), who gave birth at the Maternity of Hospital das Clínicas – Federal University of Pernambuco – Brazil, from January to December 2001, excluded those whose concept died intra-uterus, as well as those adolescents for whom birth weight or Apgar score were omitted from medical registration. Data have been collected from medical registration of the adolescent and her newborn, and also by an structured interview with pre-codified and pre-tested questions for closed answers, that took place at the internment room during mediate puerperium. **Results:** Characteristics were: first degree scholarship uncompleted (68,5%); co-habitation with a partner (72,6%), monthly familial income raising up to two or three minimal salaries (67,9%), aging at menarca, first intercourse and first pregnancy $12,8 \pm 5,4$ years old, $15,2 \pm 4,6$ years old and $16,2 \pm 1,8$ years old, respectively. More frequently the adolescents were primiparous (74,4%), had complete pre-natal (50,8%), and delivered within 37th and 41st gestational weeks (85,6%). Mean age of their partner was equal to $23,2 \pm 7,4$ years old and most of them did not complete first degree scholarship (61,2%). Low birth weight and Apgar score < 7 were more frequent for adolescents aging ≤ 16 years old, with scholarship $\leq 1^{\text{st}}$ degree, who inhabited with a partner, with no statistical difference to those with normal birth weight and Apgar scores. Concepts, whose mother did not complete pre-natal, as well as these prematures were born with significant lower birth weight, minor Apgar score at first minute and recuperation significantly smaller at fifth minute. Although there was no significant statistical difference, the author identified that adolescents who did not plan or accepted pregnancy and experienced rejection feelings from their partner gave birth to concepts with low birth weight and depressed. Within those adolescents who were rejected by their family, concepts had significant lowest birth weight. **Conclusion:** These results seem to indicate that one must increase the value of scholarship, marital condition and feelings related to pregnancy of the adolescent, her partner and her family, at pre-natal consultations, to get better obstetric results.

Key-words: 1. Adolescent Health 2. Pregnancy i adolescence 3. Birth weight
4. Apgar score

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das 720 puérperas segundo características sócio-demográficas – Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001	46
Tabela 2 – Distribuição das 720 puérperas segundo características obstétricas – Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001.....	47
Tabela 3 – Distribuição das 720 puérperas segundo características de idade e escolaridade do companheiro – Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001	49
Tabela 4 – Distribuição das características sócio-demográficas e obstétricas das puérperas adolescentes segundo peso ao nascer de seus conceitos - Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001	50
Tabela 5 – Distribuição das características sócio-demográficas e obstétricas das puérperas adolescentes segundo índice de Apgar no 1º minuto e no 5º minuto - Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001.....	52
Tabela 6 – Distribuição dos sentimentos pessoais e familiares desencadeados pela gestação de puérperas adolescentes segundo peso ao nascer dos conceitos - Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001	53
Tabela 7 – Distribuição dos sentimentos pessoais e familiares desencadeados pela gestação de puérperas adolescentes segundo índice de Apgar dos conceitos - Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Características das três etapas da adolescência	22
Quadro 2 – Classificação do peso ao nascer	41

SUMÁRIO

<i>EPÍGRAFE</i>	V
<i>DEDICATÓRIA</i>	VI
<i>AGRADECIMENTOS</i>	VIII
<i>RESUMO</i>	X
<i>ABSTRACT</i>	XI
<i>LISTA DE TABELAS</i>	XII
<i>LISTA DE QUADROS</i>	XII
INTRODUÇÃO	14
<i>Justificativa</i>	17
OBJETIVOS	19
<i>Geral</i>	19
<i>Específicos</i>	19
REVISÃO DA LITERATURA	20
<i>Conceito de adolescência</i>	21
<i>A gravidez na adolescência</i>	23
SUJEITOS E MÉTODO	36
<i>Tipo de estudo</i>	36
<i>Local de estudo</i>	36
<i>Sujeitos da pesquisa</i>	37
<i>Critérios de inclusão</i>	37
<i>Critérios de exclusão</i>	37
<i>Amostragem</i>	38
<i>Conceitos e variáveis</i>	38
<i>Coleta de dados</i>	42
<i>Aspectos éticos</i>	43
<i>Processamento e análise dos dados</i>	44
RESULTADOS	45
<i>Características sócio-demográficas das adolescentes</i>	45
<i>Características obstétricas das adolescentes</i>	45
<i>Relação entre as características das adolescentes e de seu parceiro e as condições de nascimento dos conceitos</i>	47
<i>Características sócio-demográficas do companheiro das adolescentes</i>	47
<i>Características demográficas e obstétricas das adolescentes segundo peso ao nascer dos conceitos</i>	49

Características demográficas e obstétricas das adolescentes segundo índices de Apgar dos conceptos	51
<i>Sentimentos pessoais e familiares desencadeados pela gestação</i>	<i>52</i>
DISCUSSÃO	55
CONCLUSÕES	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS	72
<i>ANEXO 1 – Protocolo de coleta de dados.....</i>	<i>73</i>
<i>ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	<i>76</i>
<i>ANEXO 3 – Folha de rosto do Projeto Principal apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco</i>	<i>77</i>
<i>ANEXO 4 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.....</i>	<i>78</i>
<i>ANEXO 5 – Solicitação e autorização de prorrogação do prazo de coleta de dados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco</i>	<i>79</i>

INTRODUÇÃO

A incidência da gravidez na adolescência segundo estatísticas de vários países tem aumentado, daí o assunto ser objeto de discussão, nos meios acadêmicos e na sociedade em geral, dada sua importância dos pontos de vista biológico, psicológico, social e econômico (DE LA GARZA et al., 1997; GONZÁLES et al., 1997; ADELUSI et al., 2000; AKINBAMI et al., 2000; ALVES, 2001; AZEVEDO et al., 2002).

Segundo o *United Kindom National Center for Health Statistics* (NCHS), em 2002, nos Estados Unidos, adolescentes de 15 a 19 anos tornaram-se mães de 431.988 crianças, correspondendo a uma taxa de 45:100.000 nascimentos dos quais 42% eram indesejáveis.

No Brasil, de cada 100 recém-natos, vinte são de mães menores de 20 anos (VITALLE, 2001). Em Recife, de acordo com a Secretaria de Saúde da Prefeitura, em 1995, 23% de todas as mulheres que tiveram filhos vivos na cidade, tinham menos de 20 anos e, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, no mesmo ano, foi observada frequência de 26,1% de puérperas adolescentes, das quais 15% eram menores de 15 anos. Neste grupo de 10 a 14 anos, houve uma proporção de crianças com baixo peso ao nascer significativamente maior, quando comparadas a outras faixas etárias (LIMA et al., 1996).

A gravidez na adolescência é preocupante, pois essa é uma fase de extrema transformação fisiológica, psicológica, social, constituindo-se num período de grandes desafios e mudanças próprias, no qual muitos adolescentes podem incorrer em comportamentos de risco, dentre os quais estão a gestação e o aborto. Outras repercussões da gestação na adolescência incluem aspectos obstétricos, psicológicos, socioeconômicos e educacionais. A decisão de engravidar ou de permanecer grávida se dá, para a maioria das adolescentes, sem o entendimento das implicações da

maternidade e das limitações que uma criança trará a suas vidas (SILVA; NOGUEIRA, 1998).

Do ponto de vista socioeconômico, ainda que em alguns casos a maternidade na adolescência ocorra em condições que não alteram significativamente a qualidade de vida da mulher, na maioria das vezes a estigmatiza, prejudica sua relação afetiva com o pai da criança, interrompe suas relações grupais e retarda seu desenvolvimento pessoal, determinando duradouras desvantagens sociais, acadêmicas e econômicas, não só para a adolescente como também para o parceiro e o filho (CORREA; COATES, 1991; 1993; MONTEIRO et al., 1995; TIBURCIO et al., 1995).

Em pesquisa sobre o perfil da adolescente no ciclo grávido-puerperal, ao se identificar que a maioria das jovens mães apresentava baixa escolaridade, metade afirmava ter tido gravidez inesperada e 80% não estavam utilizando nenhum método contraceptivo, admitiu-se que o início precoce da atividade sexual, aliado a um nível socioeconômico baixo e à falta de acesso aos meios contraceptivos, explicariam grande parte das gestações nessa faixa etária, assim como recém-nascidos com baixo peso ao nascer e com baixo índice de Apgar (FRAZÃO; MARTINS, 1997).

Analisando a gestação de adolescentes do ponto de vista sociológico, identificou-se estreita a relação entre baixo nível de escolaridade, casamento e maternidade precoces, assim como prejuízo para a sociedade em geral. Parece haver uma pérfida associação entre um processo educativo atrasado ou interrompido e precocidade sexual, com conseqüente desperdício gestacional, já que são gravidezes que não trazem nenhum benefício ou vantagem para a adolescente nem para o seu meio social. Em relação ao aspecto econômico, é inegável a conexão entre pobreza feminina e maternidade precoce, que além da dificuldade em conciliar o trabalho com a assistência materna da criança, diminui consideravelmente a oferta de empregos. Em se tratando de mães adolescentes, economicamente carentes, tende a aumentar o contingente populacional que precisa de recursos da ação social e econômica do governo (PINTO e SILVA, 1998).

Dentre os aspectos socioeconômicos, estudando-se especificamente a escolaridade materna, a partir de 3.843 declarações de nascidos vivos, relativas a partos hospitalares e nascimentos únicos, ocorridos no ano de 1998, identifica-se associação estatisticamente significativa entre menor escolaridade e ocorrência de baixo peso ao nascer, podendo-se considerar que o nível de instrução materno é um marcador obstétrico de risco para a gestante e o recém-nascido (HAIDAR et al., 2001).

O aspecto socioeconômico relativo a gestação na adolescência é tão importante que também pode ser considerado como doença social, devido ao maior risco de gestação pré-termo. Assim sendo a maternidade na adolescência, em relação a que sua realidade socioeconômica deve, necessariamente, ser considerada fator de risco para baixo peso (SNYDER, 2004).

Outro aspecto relevante da gravidez precoce em adolescentes são as repercussões emocionais. Kiernan (1997), analisando incidência de gravidez entre adolescentes acompanhadas por 15 anos na Inglaterra, identifica como prejuízos a maior tendência a problemas emocionais dessas jovens, ainda na fase de adolescência, e à baixa escolaridade, opinião que não é corroborada por Hofferth et al. (2001), nos Estados Unidos, ao identificarem que políticas educacionais podem reduzir esse impacto, se voltadas para atender as mães adolescentes.

Embora se reconheça a importância dos sentimentos maternos, distintos da satisfação, para com seus conceitos, tais comportamentos não interferem no desenvolvimento desses recém-nascidos, mesmo porque o apoio familiar atenua os prováveis prejuízos (JOYCE et al., 2000). Uma pesquisa com 1.228 adolescentes, na cidade do Rio de Janeiro, que pariram entre 1999 e 2001, concluiu que independentemente da condição social de origem, o suporte familiar é o principal fator minimizador das repercussões emocionais negativas da gestação na adolescência (SABROZA et al., 2004).

O suporte psicológico da família para as adolescentes, embora reduza os riscos, não dispensa a assistência pré-natal, a qual permite a detecção e o tratamento de

eventuais doenças associadas ou complicadas pela gestação (HAIDAR et al., 2001). Todavia é no grupo de adolescentes que se tem observado o comparecimento a menos de seis consultas médicas do pré-natal (GOLDANI et al., 2000), ou o início tardio dessa assistência, após a 12ª semana gestacional (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003).

Os prejuízos da gravidez na adolescência têm sido tema polêmico, ora considerada como fruto da inconseqüência característica dessa fase do desenvolvimento, ora uma experiência gratificante (SABROSA et al., 2004).

Entrevistando 309 gestantes com idade entre 11 e 19 anos e seu parceiro, para investigar a aceitação e a intencionalidade da gravidez atual, concluiu-se que a gestação na adolescência não é invariavelmente fruto da falha na contracepção ou na orientação anticoncepcional, principalmente para as adolescentes grávidas do primeiro parceiro sexual e para aquelas que moravam junto com ele (ABECHE; CAPP, 2003). Investigando a relação entre maternidade não desejada na adolescência de 10 a 14 anos de idade e o problema de saúde pública do abortamento e de conceitos de baixo peso, em 20 adolescentes usuárias de unidades públicas de saúde do Município do Rio de Janeiro, concluiu-se que, embora a maternidade na adolescência não seja uma boa ou a melhor opção para a adolescente, pode representar uma experiência de vida plena de significados positivos e de conceitos sadios, ou seja, com peso ao nascer normal e índice de Apgar maior que sete (SANTOS; SCHOR, 2003).

Justificativa

A gravidez na adolescência é influenciada por fatores sociais, culturais, biológicos e econômicos vivenciados pela gestante. Alguns estudos associam-na a assistência pré-natal deficiente, maior incidência de doenças durante e após a gestação, maior risco de morbimortalidade para o conceito e maior risco de desajuste psicossocial (GOLDANI et al., 2000; SABROZA et al., 2004). Outros estudos questionam as

consequências negativas de um contexto social desfavorável e da idade da gestante, abordando a gravidez na adolescência como problema de saúde pública e empecilho para a adolescente cumprir sua função social, mostrando ser a mesma geralmente não desejada, não planejada, produto da falta de informação e de um contexto de desvantagem socioeconômica, interferindo sobre a qualidade do conceito (HAIDAR et al., 2001; SANTOS; SCHOR, 2003).

A demora para iniciar o acompanhamento pré-natal, seja por desconhecimento dos serviços de pré-natal, por medo de enfrentar a situação, por não aceitação da gravidez, por problemas socioeconômicos ou por dificuldade de acesso aos locais de atendimento, retarda a orientação à gestante, seu amparo social e psicológico e sua educação para o parto, o que poderia assegurar a estruturação biológica do conceito ou inversamente poderia acarretar um impacto negativo no binômio mãe e feto, representado pelo baixo peso ao nascer e pelo índice de Apgar baixo.

A identificação da influência que as características sociais e familiares exercem sobre o binômio adolescente grávida/conceito, consideradas como entorno dessa mãe, pode fornecer subsídios para que se possa melhor adequar o atendimento pré-natal à realidade social e psicológica da adolescente gestante e da família, enquanto núcleo de apoio ao processo de gravidez. Analogamente, a interação entre os fatores ambientais, as características psíquicas dessas adolescentes e a qualidade do conceito, avaliada pelo peso ao nascer e o índice de Apgar, podem enriquecer esse conhecimento, auxiliando no melhor entendimento das atitudes das adolescentes frente à maternidade e para o planejamento mais eficiente de ações na área da saúde de adolescentes.

OBJETIVOS

Geral

Estudar a influência das características sócio-demográficas, obstétricas e as repercussões emocionais da adolescente, do parceiro e da família sobre os resultados perinatais, peso ao nascer e índice de Apgar, em puérperas adolescentes que tiveram seus partos atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), no período de janeiro a dezembro de 2001.

Específicos

- Descrever as características sócio-demográficas, relativas a idade, procedência, escolaridade, estado marital, renda mensal familiar e ocupação das adolescentes que pariram no HC-UFPE.
- Descrever as características obstétricas, como idade à menarca, sexarca, idade à primeira gravidez, número de parturições, pré-natal e idade gestacional das adolescentes que pariram no HC-UFPE.
- Avaliar a influência das características demográficas e obstétricas das adolescentes e de seu parceiro nos resultados perinatais, referentes ao peso ao nascer e ao índice de Apgar.
- Avaliar a influência do planejamento da gestação atual e das reações iniciais do parceiro e da família, segundo a percepção da adolescente, sobre os resultados perinatais, relativos ao peso ao nascer e ao índice de Apgar.

REVISÃO DA LITERATURA

A gravidez na adolescência tem sido objeto de estudo nas últimas três décadas, tanto nos meios acadêmicos como nos meios de comunicação de massa. pois se considera a maternidade nessa faixa etária como problema de saúde pública (KURAUCHI et al., 2003).

O aumento na incidência de gestações em adolescentes, até 1990, fez com que fossem desenvolvidas políticas, em consonância com os Ministérios e as Secretarias de Saúde de todos os países, com o objetivo de minimizar os efeitos deletérios advindos da gestação e do parto em adolescentes e suas implicações biológicas, psicológicas, sociais e econômicas (WHO, 1997). No período de 1990 a 2000, a gestação em adolescentes declinou 27%, atingindo uma taxa de 84,5 gestações para 1.000 mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos, a menor desde 1976, com conseqüente redução do número de nascimentos e das taxas de abortamento. Esse declínio foi mais acentuado entre adolescentes de 15 a 17 anos do que entre aquelas de 18 a 19 anos (correspondendo a 33% e 20%, respectivamente), assim como entre solteiras do que entre as casadas (redução de 12% e de 8%, respectivamente) (UNITED KINDON NATIONAL STATISTICS, NCHS, 2002).

Apesar da redução das taxas de gestação na adolescência, o assunto continua despertando o interesse de estudiosos, no mundo todo, devido à dimensão numérica dessa faixa etária, a qual proporcionalmente aumentou em decorrência do processo de envelhecimento da população, no mundo e no Brasil, onde a distribuição se assemelha àquela de países menos desenvolvidos (CARVALHO; GARCIA, 2003). Os jovens têm filhos cada vez mais cedo, encontrando, entretanto, a sociedade e as adolescentes despreparadas para este fato, causando prejuízos sociais, psicológicos e para a saúde da mãe e do filho (BRITO; ALMEIDA, 1997; CARVALHO; GARCIA, 2003).

Conceito de adolescência

Os termos puberdade e adolescência freqüentemente são empregados como equivalentes, pois ambas marcam a metamorfose da criança no adulto. Para os especialistas, entretanto, a puberdade se refere à ativação do eixo hipotálamo/hipófise/gônadas, culminando na maturação gonadal. A adolescência se refere à maturação do adulto social e do comportamento cognitivo. Essas nuances de terminologia captam os dois elementos essenciais da adultidade: a maturação gonadal e a comportamental, que envolvem processos cerebrais distintos, no tempo e nos mecanismos neurobiológicos. O ponto final dessa maturação é um adulto maduro do ponto de vista reprodutivo (SISK; FOSTER, 2004).

O início da adolescência pode coincidir com o início da puberdade; entretanto, pode atrasar-se caracterizando o púbere pré-adolescente ou, ainda, antecipar-se constituindo o adolescente pré-púbere, este com maior freqüência de problemas emocionais (HALBE, 2000).

A adolescência, de acordo com a Organização Mundial de Saúde é a etapa da vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade (WHO, 1997). Admite-se que esse período do crescimento e do desenvolvimento, em virtude das características físicas, hormonais, psíquicas, intelectuais, gostos e interesses, é dividida em três etapas, com duração variável, tanto individual quanto cultural: adolescência precoce, compreendendo o período dos 10 aos 14 anos de idade; adolescência média, correspondente à faixa etária dos 15 aos 17 anos, e adolescência tardia, envolvendo a faixa dos 18 aos 20 anos de idade (Quadro 1) (BRITO; ALMEIDA, 1997). A importância dessa classificação tem sido atribuída à menor tendência de risco nas adolescentes tardias, pois nesta fase elas estariam biologicamente mais aptas às funções gravídicas, aproximando-se ao comportamento das adultas, em idade para a reprodução (BATTAGLIA; FRAZIER, 1963; ROMERO et al., 1983; MAIA FILHO, 1989).

Quadro 1– Características das três etapas da adolescência

CARACTERÍSTICAS	ETAPAS DA ADOLESCÊNCIA		
	Precoce (10 aos 14 anos)	Média (15 a 17 anos)	Tardia (17 a 20 anos)
Relação com seus pares	Amizades de mesmo sexo e idade	Máxima inter-relação com o grupo	Relações de amizade e respeito
Relação com os pais	Menor interesse	Conflito	Proximidade de valores
Vida sexual	Iniciação e auto-exploração	Primeiras experiências	Construção do padrão ideal
Relação com a mudança corporal	Preocupação e rejeição	Aceitação e desejo de ser atraente	Aceitação com naturalidade
Necessidades sociais	Privacidade	Conduta estereotipada e busca de identidade	Busca de viabilidade econômica e planejamento do futuro

FONTE: Adaptado de Brito e Almeida (1997)

Dada a diversidade e a grande complexidade dos eventos que ocorrem na adolescência, que irão moldar os valores do indivíduo, essa fase do desenvolvimento humano tem sido exaustivamente estudada nos seus diversos aspectos, porém aqueles que mais chamam a atenção dos autores são: o reprodutivo, no qual observam-se grandes divergências de opinião quanto a ser ou não a gestação de alto risco, e o psicológico.

As transformações psicológicas são complexas e a ambivalência domina o cenário. Amplia-se o universo cognitivo e passa a predominar o pensamento lógico. Processam-se, simultaneamente, o fenômeno de auto-descoberta e a integração com o mundo exterior. Caracteriza-se, enfim, a conquista da identidade (CAVALCANTI, 1998; CABRAL, 2000).

O desenvolvimento emocional para a criação de sua própria identidade, que se processa por meio da interação do mundo externo com o interno, para a elaboração das perdas do corpo e do papel infantil, além do desenvolvimento da

sexualidade, parte do processo natural da maturação do adulto (BRITO; ALMEIDA, 1997). As forças que determinam o desenvolvimento sexual são controversas pois, enquanto o meio social convida ao consumo e à repressão, a cultura encoraja e reforça a exploração e a descoberta sexual, os colegas funcionam como confidentes, mas é a família que lhe transmite mensagens mais fortes com conotação de antagonismo ou dualidade (SISK; FOSTER, 2004).

A sexualidade nos jovens é estabelecida na ilegalidade, principalmente no sexo feminino porque a sociedade parece ignorar o amadurecimento sexual da jovem, esquecendo-se de que o comportamento sexual e reprodutor das adolescentes mudou muito nas últimas três décadas, com a precocidade do contato sexual. Este pode acarretar repercussões negativas desastrosas como a gravidez indesejada, aumento crescente do número de abortos provocados e de doenças sexualmente transmissíveis, pondo em risco a vida e a saúde da adolescente (SABROZA et al., 2004).

A gravidez na adolescência

Um quinto da população mundial tem entre 10 e 19 anos de idade (WHO, 1997). No Brasil, 20,8% da população está constituída por jovens nessa faixa etária, sendo 50,4% do sexo masculino e 49,6% do feminino (IBGE, 2003). A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, mostra que 18% das adolescentes brasileiras já haviam parido pelo menos um filho ou estavam grávidas à época da pesquisa, enquanto que 46,7% dos adolescentes já referiam pelo menos uma experiência de aflição por expectativa de gravidez da parceira (BEMFAM, 1997).

Por ser a gravidez precoce considerada problema de saúde pública em nível mundial, têm sido abordados aspectos biológicos (WESSEL et al., 1996; VITALLE, 2001; KURAUCHI et al., 2003), psicossociais (GIL, 2000; GAMA et al., 2002) e demográficos (BERETTA, 1998; ALVES, 2001; COSTA et al., 2001; DEMIR et al., 2001;

AZEVEDO et al., 2002), buscando-se interpretar as consequências reais deste evento nessa etapa do desenvolvimento humano.

Nos Estados Unidos, em 2002, dentre os adolescentes precoces, 17% do sexo feminino e 22% do masculino tiveram primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade; a taxa de nascimentos variou entre 21 e 67 para 1.000 adolescentes femininas, na faixa etária de 15 a 19 anos; 14% das adolescentes precoces ou médias tinham quatro ou mais parceiros sexuais e 26% faziam uso de álcool ou drogas de adição antes da relação sexual (UNITED KINDON NATIONAL STATISTICS, NCHS, 2002).

No Brasil, as taxas de gravidez na adolescência sofrem grandes variações conforme o serviço estudado. Em 1998, as adolescentes correspondiam a 15,8% do total de mulheres gestantes (SANTOS et al., 1998); em Campinas, na Maternidade do Centro de Atenção Integral da Mulher, respondiam por 20% dos partos (SILVA, 1998); em Ribeirão Preto, em 2002, constituíam 16,6% do total de partos (YAZLLE et al., 2002); em Marília, Estado de São Paulo, em 2000, 9,76% dos partos eram de mães adolescentes (BASÍLIO et al., 2003). No Nordeste brasileiro, em 1997, segundo a BEMFAM, essa proporção igualou-se a 20,6%, sendo a mais elevada do País (BEMFAM, 1997).

Indubitavelmente, a gravidez na adolescência é um fato importante e sua incidência tem se reduzido na última década, como comprovado num enfoque demográfico sobre o envelhecimento da população brasileira. No contexto brasileiro, associaram-se uma rápida e singular transição demográfica, fruto das vertiginosas quedas da mortalidade e de posteriores decréscimos nas taxas de fecundidade, verificados a partir da segunda metade do Século XX, do que resultou o surgimento de um imenso contingente populacional, convencionalmente denominado de onda jovem. Essa transição, aliada ao jovem perfil etário do País, fez com que a gravidez e a maternidade na adolescência se tornassem mais aparentes (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Por outro lado, têm sido identificados fatores que intervêm para que os índices da gravidez na adolescência continuem aumentando:

- baixo nível socioeconômico, que está ligado à baixa escolaridade, ao início precoce da atividade sexual e à desagregação familiar, fatores que também predis põem à gravidez precoce, ou seja, em idade muito jovem (CORRÊA, 2003);
- baixa escolaridade, ligada ao maior índice de gestação na adolescência, de abortamento e ao início sexual precoce (CORRÊA, 2003);
- desenvolvimento sexual precoce, favorecendo o início da atividade sexual próximo a menarca, quando a maturidade psicossocial da jovem ainda está em formação. O parceiro a encontra mais susceptível a pressões para a atividade sexual e com menor capacidade de prever conseqüências (CORRÊA, 2003);
- início precoce da atividade sexual. Desde 1992 a maternidade precoce foi considerada conseqüência do início precoce da atividade sexual, que, por sua vez, teve origem na liberação sexual da sociedade a partir dos anos 60, na publicidade valorizando a sexualidade, na educação sexual inadequada, no estilo de vida moderno, na pressão de grupos de companheiros e do namorado, na valorização excessiva da sexualidade feita pela mídia, como demonstração de maturidade e de liberdade dos jovens. A esses fatores se associa o desejo de amor, de afeto, de compreensão e de fuga da solidão, sentimentos característicos da fase de transição (KURAUCHI et al., 2003);
- desinformação sobre sexualidade e anticoncepção, derivada da baixa disponibilidade de serviços que ofereçam programas de educação sexual, numa linguagem adequada à cultura local, rompendo o silêncio do adolescente, a repressão e os preconceitos sobre anticoncepção (CORRÊA, 2003);
- meio familiar adverso, que consiste na falta de orientação dos pais quanto ao comportamento sexual de seus filhos, acarretando a repetição dos padrões adotados pela mãe, pelas irmãs e pelas amigas e favorecendo a obediência a papéis considerados pela adolescente, como socialmente adequados (CORRÊA, 2003);
- características psicológicas da adolescência, como a impulsividade, a necessidade de auto-afirmação, o interesse por coisas proibidas, os conflitos com padrões

tradicionais, o imediatismo e a necessidade de ser aceita por seus pares, que, embora sejam normais e saudáveis, aumentam os riscos a que estão expostas, inclusive o da gravidez (CORREIA, 2003).

Apesar da adolescente estar apta à reprodução, o início da atividade sexual associada à gravidez gera uma sobrecarga de transformações físicas, orgânicas e emocionais típicas tanto do período da adolescência quanto da gravidez, o que caracteriza um sério período de crise. Sob essa argumentação tem sido classificada como um somatório de crises, que isoladas já seriam difíceis de enfrentar (SCHOR et al., 1999).

A Fundação das Nações Unidas para a População (UNFPA) alerta que a grande maioria dos casos de gravidez na adolescência se apresenta como um acontecimento não planejado, representando um evento desagradável, com características de um processo traumático envolvendo três gerações: a da adolescente, a do conceito e a da família. As duas primeiras competem entre si pelos nutrientes, uma vez que ambas estão em fase de crescimento (MAGADI, 2003).

A maternidade precoce restringe o desenvolvimento social e educacional da adolescente, assim como sua capacidade de desenvolvimento intelectual, do que decorrem maior evasão escolar, desajustes familiares e dificuldade de inserção no mercado de trabalho (DALLAS, 2004; GIGANTE et al., 2004; MOLINA et al., 2004; SABROZA et al., 2004).

Por meio de inquérito domiciliar, foram entrevistados 4.634 jovens, residentes em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, com idade entre 18 e 24 anos, para avaliar retrospectivamente gravidez na adolescência. Identificaram-se: relato de gravidez na adolescência por 55,1% dos homens e 27,9% das mulheres, a maioria dessas em relacionamento estável com parceiro mais velho (79,8%). Embora 21,9% das mulheres tivessem declarado estar morando com o parceiro à época do primeiro parto, 74,2% delas, ao engravidarem antes dos 20 anos de idade ainda moravam com os

familiares. A gravidez foi levada a termo por 72,2% das mulheres e 34,5% dos homens, para os quais também foi mais freqüente o relato de aborto provocado (41,3% contra 15,3% das moças). Quanto à evasão escolar, constatar que, ao nascimento do primeiro filho, 25% das moças pararam os estudos temporariamente, 17,3%, definitivamente, mas 42,1% já se encontravam fora da escola nessa época, a baixa escolaridade foi considerada como fator de risco para gravidez precoce, mas a gestação em si não motiva a evasão escolar (AQUINO et al., 2003).

Um outro aspecto da gravidez na adolescência é seu planejamento. Ainda que em alguns casos a maternidade na adolescência ocorra em condições que não alteram significativamente a qualidade de vida da mulher, principalmente quando planejada, na maioria das vezes a estigmatiza, prejudica sua relação afetiva com o pai da criança, interrompe suas relações grupais e retarda seu desenvolvimento pessoal determinando duradouras desvantagens sociais, acadêmicas e econômicas, não só para a adolescente como também para o parceiro e o filho (TIBÚRCIO et al., 1995).

Não há diferença biológica significativa entre a gravidez na adolescência na idade adulta, embora as conseqüências adversas sejam mais importantes quando a atenção pré-natal é inadequada. Um dos fatores que contribuem para a atenção médica tardia é a tendência da adolescente em negar a gravidez, algo mais comum durante a etapa inicial da adolescência (SATIN et al., 1998).

O fenômeno da gravidez indesejada, no Brasil, está numericamente estabilizado, mas a realidade é que este tem acometido cada vez maior quantidade de jovens em idade mais precoce, o que, sem dúvida, acarreta uma série de danos, não só em nível pessoal, mas também do ponto de vista social (PINTO e SILVA, 1998). Na verdade, a gravidez na adolescência nem sempre é indesejada, sendo em geral um acontecimento inesperado (CASTRO et al., 1997).

A gravidez na adolescência, ainda que planejada, é mais perigosa quanto menor a idade da mãe. As jovens menores de 17 anos correm um risco maior de complicações obstétricas e estão mais expostas à morte durante a gravidez e ao parto do

que as mulheres de mais de 20 anos. Os riscos são maiores nas adolescentes pobres e geralmente desnutridas, que poucas vezes procuram os serviços de pré-natal, quando disponíveis e acessíveis. A pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, a anemia por deficiência de ferro e a desproporção céfalo-pélvica são as principais complicações que podem ocorrer durante a gravidez e o parto, entre as adolescentes (MONROY, 1992).

Analisando ainda as complicações, várias situações mórbidas têm sido associadas, ao longo dos anos, à gravidez na adolescência. Incidência maior de aborto, anemia, pré-eclâmpsia, distócia de parto, funcional e de trajeto, desproporção céfalo-pélvica e partos operatórios são complicações apontadas em grande número de trabalhos na literatura (MOTTA; PINTO e SILVA, 1995). Para o conceito, prematuridade, baixo peso ao nascer e malformações congênitas são patologias mais prevalentes neste grupo etário. Também há indicativos de maior mortalidade materna, perinatal e infantil, principalmente entre adolescentes de mais baixa idade (PINTO e SILVA, 1998).

Comparando 4.500 adolescentes com as adultas de 20 a 29 anos, foi possível comprovar que as jovens têm uma vez e meia maior probabilidade de alto risco ($p < 0,001$), probabilidade de morte intra uterina quatro vezes maior entre 13 e 17 anos, e duas vezes para as de 18 e 19 anos comparadas às adultas ($p < 0,001$) (BUITENDIJK et al., 1995).

Nos últimos anos, várias pesquisas têm demonstrado que é cada vez maior o número de adolescentes que repete mais de uma gravidez, ainda nesse período, sem respeitar inclusive o intervalo interpartal, que se julga conveniente para a manutenção e recuperação da saúde da mãe, tornando-a apta a uma nova gestação e desenvolvimento da criança, tanto no período intra-uterino como pós-natal (SILVA, 1998; VENTURA; CURTIN, 1999; CREATSAS; ELSEIKH, 2002; GAMA et al., 2002).

Em 1994, constatou-se que 6,4% das adolescentes precoces já estavam na segunda gestação. No grupo de 16 a 19 anos, 34% estavam repetindo a gestação, sendo que 2,1% já tinham tido três ou mais gestações. Do total de adolescentes, 3,5%

tinham antecedentes de abortamento sendo 2,6% nas menores de 15 anos e 3,6% nas de 16 a 20 anos (MAIA FILHO et al., 1994).

Em estudo envolvendo 216 mães adolescentes, em Portugal, foi possível concluir que a gravidez nas adolescentes não parece apresentar um risco biológico, psicológico ou social significativamente maior do que o conhecido nos grupos etários de maior idade, todavia deve ser encarada como um fenômeno a ser aceito por elas e pela sociedade, incluídas as famílias dessas adolescentes, constituindo-se num processo de autonomia dessas jovens, num cenário social que não oferece grandes oportunidades de desenvolvimento pessoal (SANTOS, 1997).

A mortalidade materna para as adolescentes está relacionada com a mortalidade materna geral que, por sua vez, é explicada pela baixa condição social da mulher e pela ausência da aplicação de tecnologia adequada. Quando as adolescentes recebem os cuidados apropriados, as taxas de mortalidade para esse grupo etário não são maiores do que para os outros grupos etários. Assim, nos países com mortalidade materna alta, a mortalidade entre mães adolescentes é ainda maior; por outro lado, quando a mortalidade materna é baixa, a mortalidade entre adolescente é menor do que a total, embora ainda não tenham sido identificadas razões biológicas que justifiquem um maior risco de morrer neste grupo etário, comparado com os demais (RAMÍREZ et al., 1999). A proporção das mortes maternas no total de mortes para o grupo etário jovens varia nos diferentes países da América Latina entre 4% no Chile a 10% no Equador (NCHS, 2002).

Em New Haven, a sexta cidade mais pobre dos Estados Unidos em renda per capita, segundo o NCHS (2002), 19,4% da população adolescente não tem qualquer assistência pré-natal ou inicia o mesmo depois do primeiro trimestre gestacional, e 71% dos óbitos perinatais se devem a fetos de baixo peso ao nascimento.

Em pesquisa realizada na Santa Casa de Belo Horizonte, observou-se, entre gestantes adolescentes, que 11,7% não haviam feito pré-natal e 41,7% haviam feito mais de seis consultas. Comparando os resultados obtidos com a população total de

gestantes atendidas nessa instituição, concluiu-se haver um risco obstétrico aumentado durante a adolescência. As doenças prevalentes na gravidez entre adolescentes foram: infecção do trato urinário, doença hipertensiva específica da gravidez grave e doenças sexualmente transmissíveis. Durante o parto, as ocorrências prevalentes foram: desproporção céfalo-pélvica e circular do cordão. Em relação a toxemia grave, os dois grupos não diferiram de maneira estatisticamente significativa. No grupo de jovens de 13 a 15 anos, 4,7% apresentaram pré-eclampsia grave comparados a 6,6% no grupo de 18 a 20 anos. Em relação à eclâmpsia, as jovens de 13 a 15 anos apresentaram uma incidência de 1,4% comparada com 0,3% observada entre as de 18 a 20 anos (BRASIL et al., 1995).

Muitas complicações e mortes poderiam ser evitadas se as adolescentes procurassem atendimento à saúde logo no começo da gravidez, com um bom acompanhamento pré-natal, que reduziria as intercorrências mais freqüentes, como hipertensão induzida pela gestação (HIG), infecções do trato urinário, anemia, prematuridade, retardo do crescimento intra uterino, especialmente no grupo mais jovens.

O problema do alto índice de gravidez na adolescência deve-se mais ao pensamento mágico de que “isso não vai acontecer comigo”, do que à falta de informação sobre métodos contraceptivos, que tem sido oferecida pela mídia e pela escola, fato identificado em 1995 ao se constatar que 58% de 193 gestantes adolescentes nunca fizeram uso de contraceptivos por acreditarem que não iriam engravidar ou por medo de terem sua vida sexual ativa descoberta pelos familiares (SOUZA; COSTA, 1995).

Da comparação entre primigestas com idade entre 15 e 18 anos e um grupo entre 20 e 28 anos quanto à transição ao papel materno, depreende-se que apenas as adolescentes vivenciam sentimentos que se alternam, tais como satisfação, modificação de autoconfiança, maior dificuldade para compreender suas alterações comportamentais, maior necessidade de apoio social e do parceiro, maior necessidade de conversar sobre a gestação associada ao receio de admitir-se com medo da gravidez,

depressão, sensação de desamor da família para consigo em virtude da gravidez considerada fora de tempo, insegurança quanto ao local de moradia e medo de rejeição ou desaprovação dos membros de seu grupo social. Ao se descobrirem grávidas, experimentam medo da gravidez e do parto, sensação de solidão, de perda de liberdade, de incompetência diante da realidade não planejada, muitas vezes desencadeada por uma paternidade não assumida (ZAGONEL et al.; 2003).

A paternidade na adolescência tem sido tema pouco estudado nos últimos 11 anos, pois que representou apenas 2,8% de um total de 238 artigos sobre gestação na adolescência. Comparando a literatura internacional com a brasileira, da análise de 414 trabalhos publicados versando sobre sentimentos de adolescentes diante de uma gravidez, identifica-se que para cada seis com adolescentes do sexo feminino, um único artigo, pesquisa os sentimentos de adolescente do sexo masculino frente à gravidez de sua parceira (LEVANDOWSKI, 2001).

Alguns autores aventam a hipótese de estar ocorrendo uma modificação social no sentimento de paternidade adolescente, no sentido de assumir o filho, ao invés de negar sua participação na gravidez (AKINBAMI et al., 2001; BOZON et al., 2001; LEVANDOWSKI, 2001).

Da análise de artigos sobre paternidade na adolescência produzidos na década de 70, encontram-se cinco problemas principais, que comprometem os conhecimentos sobre o tema: 1. pesquisas sobre parentalidade adolescente (paternidade / maternidade) omitem os pais da amostra; 2. quando o pai adolescente é inserido em amostras de outras pesquisas, as conclusões são inferidas, como, por exemplo, sobre pais solteiros; 3. as informações sobre o pai são obtidas de forma indireta, através dos relatos das mães; 4. os resultados são imprecisos para uma análise de mudanças psicológicas e culturais; 5. amostras não representativas são comumente utilizadas (LEVANDOWSKI, 2001).

Na reprodução durante a adolescência, na maioria dos casos o pai é um adolescente. Se a adolescente não está preparada para ser mãe, tampouco o pai, fato

que se agrava, pois somam-se, à cultura de que na maternidade adolescente o homem se desliga muito facilmente do seu papel, o fato de as gerações passarem a ser criadas e orientadas por mulheres. Já desde as consultas, geralmente, as jovens vão acompanhadas das mães, excluindo o lugar do pai adolescente. Essa exclusão vai provocar neles sentimentos de isolamento, agravado com juízo de valores: tais como: “Como vai sustentá-lo?”, “Será que é teu?” (OLIVEIRA, 2003).

Diante da sua família e da sociedade, o jovem também enfrenta no momento da notícia da paternidade, todas as suas carências. Como adolescente, ele também tem as dependências familiar, afetiva e econômica (BOLZAN; NORRY, 2001). Dá-se conta que tem de ser mais produtivo e que deve prover de alimento outra família. Isso se agrava pela baixa capacitação dessa idade e, muitas vezes, por uma escolaridade insuficiente ou incompleta (SABROZA et al., 2004). Muitas vezes, é adotado como um filho-pai dentro de ambas as famílias, a dele e a da parceira. Esse estado de indefinição em relação à companheira é confuso, gera angústia e não lhe dá espaço para falar (AQUINO et al., 2003).

Pode-se verificar que a paternidade inoportuna, aí entendida como não planejada, tem conseqüências não desejáveis para o adolescente pai: maior evasão escolar, trabalhos de menor nível que seus pares, taxa mais alta de divórcio, aumento de stress e maior nível de transtornos emocionais. Por tudo isso é indispensável abrir um espaço preventivo e terapêutico específico para esses jovens (ZAGONEL et al., 2003).

Apesar do aumento do número de adolescentes que procuram atendimento médico e de enfermagem para orientação sexual, é freqüente um retardo no início do pré-natal, devido ao diagnóstico tardio da gravidez, provocado pelo medo da opinião dos familiares, pela negação à gestação, assim como pelo desconhecimento sobre o que fazer, em face das pressões sociais que originam a idéia de solucionar o problema pelo abortamento (AQUINO et al., 2003; SABROZA et al., 2004).

A gravidez da adolescente, no casamento ou fora dele, constitui motivo de preocupação para a família devido aos riscos biológicos, psicológicos e sociais a que a

filha fica exposta, principalmente quando pertencente às classes sociais menos favorecidas, cujas condições socioeconômicas acabam por imprimir maior ritmo de amadurecimento psicossocial. Mesmo assim a família é o principal apoio para a adolescente (VITIELLO, CONCEIÇÃO, 1990; SILVA, 1998; GAMA et al., 2001; BASÍLIO, 2003). No Chile, por meio de estudo da importância da família, comprovou-se que a estabilidade da família, com quem a adolescente vive durante a gestação, a idade da mãe no primeiro parto, a escolaridade dos pais, assim como a permissividade e religiosidade familiar são características da adolescência que respondem pela metade dos fatores de risco para a gravidez precoce (BURROWS et al., 1994).

Para as adolescentes de baixo nível socioeconômico, solteiras, de origem afro-americana, avôs e avós atuam compensando afetivamente as repercussões emocionais negativas da gravidez. Apesar dos conflitos e crises, a família é fundamental para a sociabilidade primária, para a afetividade e para o bem-estar físico e psicológico do indivíduo, de grande relevância, sobretudo no período da infância e da adolescência (DALLAS, 2004),

A família, embora não seja o único canal, é o primeiro grupo de referência, onde se trata a questão da socialização. É uma instituição social que varia e sofre mutações ao longo do processo histórico-cultural, apresentando formas e finalidades diversas. Tem a função de sustentação, transmissão e modelo identificatório, além de ser o primeiro grupo social com o qual a adolescente se relaciona. É, também, o local onde se constroem os arquétipos sociais e os mitos familiares (VENTURA; CHAVES JR, 2003).

Como toda instituição social, a família apresenta aspectos positivos e negativos que, muitas vezes, tornam-se elementos geradores de conflitos, ambigüidades e crises. Cada um dos estágios da vida dos membros da família implica em conflitos entre as necessidades provenientes dos desejos internos e dos anseios do indivíduo e a pressão oposta para adaptar-se às necessidades do mundo externo (SOUZA; COSTA, 1995).

As reações e atitudes da família, em relação à gravidez na adolescência, dependem dos aspectos socioeconômicos e culturais da sociedade em que está inserida a adolescente grávida (ABECHE; CAPP, 2003).

Na Bahia, em atendimento no pré e no pós-natal, no serviço público, os aspectos negativos da família das adolescentes estudadas, talvez com características de repressão ou de reprovação severa, habituais na região Nordeste do Brasil, nas classes de mais baixo nível cultural e social, ficaram evidenciados quando as mães declararam um sentimento de rejeição à própria filha por não terem sido escolhidas como a primeira pessoa a tomar conhecimento dessa gravidez, sentimento este que se manteve ao longo da gravidez da filha, independente do trimestre gestacional em que foram entrevistadas (SOUZA; COSTA, 1995).

Numa revisão da literatura internacional sobre paternidade na adolescência, analisados artigos publicados de 1974 a 1999, podem-se fazer duas constatações importantes. A primeira de que os estudos sobre gravidez na adolescência parecem desconhecer os sentimentos, as expectativas, as percepções e as vivências dos parceiros, sobre si mesmos ou sobre seu filho; os adolescentes têm uma compreensão confusa sobre a relação conjugal e com sua família de origem, já que tem sido a gestante o foco de atenção de todos, exceto doze trabalhos que abordam apenas a paternidade na adolescência. Em segundo lugar, mesmo os estudos realizados com pais adolescentes, principalmente aqueles a partir de 1998 com abordagem qualitativa, não forneceram os conhecimentos necessários para gerar intervenções eficazes sobre esse evento (LEVANDOWSKI, 2001).

Quando a gravidez se torna um fato, muitos adolescentes de ambos os sexos declaram estar desorientados, angustiados e com medo da família. O namorado, que até então era o príncipe encantado, assusta-se com o excesso de responsabilidade e passa a tomar atitudes negativas; somente uma pequena parcela de companheiros realmente assume as obrigações de pai (LEVANDOWSKI, 2001).

Apesar de diversas pesquisas de abordagem médica enfatizarem os inúmeros riscos para as jovens que engravidam e tornam-se mães, são as barreiras socioeconômicas e a privação da assistência afetiva, os principais fatores que fragilizam a gestante adolescente e agravam a ação dos fatores biológicos (CORRÊA, 2003).

Uma das propostas para solução ou amenização do problema é a de serem organizados grupos de discussão que, com o correr do tempo, podem evoluir para a busca espontânea dos interessados, possibilitando o esclarecimento de dúvidas e a verbalização de reações positivas e negativas desencadeadas pela gravidez nos adolescentes. Essas oficinas poderão viabilizar uma adaptação pessoal, familiar e social favorável à assunção de atitudes responsáveis de proteção da saúde física e mental dos parceiros, da família e do filho. Pode-se afirmar que qualquer mensagem para ser melhor acolhida exige habilidade para romper o invólucro da descrença, do medo e do comodismo, gerando um marco de sabedoria e instrução (SOUZA; COSTA, 1995).

A carência de apoio à gravidez faz com que as adolescentes, muitas vezes, busquem no pré-natal, apoio afetivo. Os fatores que contribuem para isto parecem ser: imaturidade, insegurança e inexperiência. É importante ressaltar que o atendimento pré-natal atual não contempla assistência ao parceiro, o que pode ser uma proposta de intervenção para o enfrentamento da gravidez na adolescência (SABROZA et al., 2004).

Identificar a assistência afetiva às adolescentes e seus parceiros como fator de proteção à gravidez convida à reflexão da importância de rotineiramente se questionar, na primeira consulta de pré-natal, se a gravidez foi desejada e se a adolescente tem apoio de seu companheiro e de familiares. Com isso poder-se-ia identificar a abordagem mais adequada a cada caso, contribuindo para o desenvolvimento fetal, o nascimento do concepto e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, bem como o apoio de seus familiares ao binômio mãe-filho (ZAGONEL et al., 2003; SABROZA et al., 2004).

SUJEITOS E MÉTODO

Tipo de estudo

O estudo foi do tipo observacional, de corte transversal, comparativo.

Local de estudo

O local de estudo foi o alojamento conjunto da Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, situado na Cidade Universitária - Recife – Pernambuco. É hospital-escola mantido por verba federal, destinado ao ensino e pesquisas e ao atendimento clínico a pacientes, que o procuram espontaneamente ou por encaminhamento de outros serviços de saúde do Recife, da Região Metropolitana e de várias cidades do Interior do Estado.

Possui 345 leitos ativos para internamento nas enfermarias das diversas clínicas. No quarto andar, funcionam a clínica obstétrica e a unidade de neonatologia. A maternidade possui 42 leitos, funciona em regime de plantões ininterruptos com obstetras, neonatologistas e anestesiológicos. Em 2002, segundo as estatísticas da Maternidade, computadas mulheres de todas as idades sem especificação por faixa etária, foram realizados 1.706 partos, dos quais 52,9% por via transvaginal, 45,1% cesáreos e 2,0% a fórceps, dos quais foram extraídos 32 fetos mortos e nasceram 1.697 conceptos vivos, sendo 50% a termo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2002).

Sujeitos da pesquisa

Foram considerados sujeitos da pesquisa as puérperas adolescentes que pariram na Maternidade do Hospital das Clínicas, no período de janeiro a dezembro de 2001.

Critérios de inclusão

Foram incluídas nesse estudo as parturientes:

- adolescentes com idade entre 10 e 19 anos;
- que pariram na Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2001;
- que concordaram em participar da pesquisa, por vontade própria ou de comum acordo com seu responsável legal, por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO 2), após leitura ou explicação verbal do seu conteúdo.

Critérios de exclusão

Foram considerados critérios de exclusão:

- gestante com conceito natimorto;
- ausência de registro do peso ao nascer ou do índice de Apgar no prontuário obstétrico da paciente ou na ficha de neonatologia do recém-nascido.

Amostragem

A amostragem foi do tipo não probabilístico por conveniência, atendendo a disponibilidade da população alvo (puérperas adolescentes) de uma única localidade (Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco), conjunto representativo das características sócio-econômicas e sócio-demográficas dessas gestantes (OLIVEIRA, 2001).

Dentre as situações em a amostragem não probabilística é adequada, está o levantamento de dados de uma população homogênea, cujas características reflitam o objeto da pesquisa (SCHILLEWAERT et al., 1998). No presente estudo a característica foi ser puérpera adolescente. A coleta de dados abrangendo o período de um ano conferiu homogeneidade de informações por ter permitido a inclusão das variações sazonais do número de partos (COCHRAN, 1965).

A amostragem não probabilística é adequada para produzir resultados satisfatórios mais rápidos e com menor custo (CURWIN; SLATER, 1991).

Setecentas e vinte adolescentes puérperas compuseram a amostra do presente estudo.

Conceitos e variáveis

Variáveis de caracterização amostral

Foram consideradas variáveis de caracterização amostral:

- Ocupação ⇒ atividade desenvolvida pela adolescente para obtenção de renda, categorizada em do lar, estudante, empregada fora do lar e desempregada (CBO, 2002).

- Procedência ⇒ local de residência, declarado pela adolescente, categorizada em Cidade do Recife, Região Metropolitana, Interior do Estado e outros Estados.
- Renda familiar ⇒ rendimento mensal percebido por todos os membros que residem com a adolescente à época da pesquisa. Foi categorizada em intervalos de classe até 1 salário mínimo, entre 2 e 3 salários mínimos, entre 4 e 8 salários mínimos, cujo valor equivalia a R\$ 180,00 (cento e oitenta reais).
- Menarca ⇒ idade declarada pela adolescente em que ocorreu a primeira menstruação, sendo categorizada em 9 a 11 anos, 12 a 14 anos e 15 a 17 anos.
- Sexarca ⇒ idade em que a adolescente declarou ter ocorrido seu primeiro coito. Foi categorizada em 9 a 11 anos, 12 a 14 anos, 15 a 17 anos e 18 a 19 anos.
- Idade à primeira gravidez ⇒ número de anos completos em que a adolescente declarou ter engravidado pela primeira vez, tendo sido categorizada em 9 a 11 anos, 12 a 14 anos, 15 a 17 anos e 18 a 19 anos.
- Idade do companheiro ⇒ número de anos completos contados a partir da data de nascimento do companheiro que a adolescente declarou ser o pai do conceito, até o momento da pesquisa. Foi categorizada em intervalos de classe com amplitude de 10 anos.
- Grau de instrução do companheiro ⇒ maior nível do ensino formal que a adolescente declarou ter seu companheiro cursado até a época da pesquisa. Foi categorizado como não lê e não escreve, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo e 3º grau.

Variáveis independentes

As variáveis independentes foram:

- Idade materna $\Rightarrow$ número de anos completos de vida da gestante, calculado com base na data de nascimento constante do prontuário médico. Foi categorizada em intervalos de 13 a 15 anos, considerada adolescência precoce, e de 16 a 19 anos, denominada adolescência tardia.
- Grau de instrução $\Rightarrow$ maior nível do ensino formal que a gestante declarou ter cursado. Foi categorizado como não lê e não escreve, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo e 3º grau.
- Estado marital $\Rightarrow$ informação dada pela puérpera quanto ao convívio diário com o genitor do concepto. Foram categorizadas em: com companheiro (solteira ou casada, vivendo junto com o companheiro) e sem companheiro (solteira vivendo com a família, viúva, separada).
- Paridade $\Rightarrow$ número de partos que a puérpera referiu, anteriores àquele da pesquisa. Foi categorizada em: primípara, a que teve um único parto, paucípara aquela com dois a três partos anteriores e múltípara, a que referiu quatro ou mais partos.
- Pré-natal $\Rightarrow$ correspondente ao número de consultas a que a gestante afirmou ter se submetido durante o período de gestação. Foi categorizada em completo, quando o número de consultas foi igual ou superior a 6, e incompleto quando esse número foi inferior a 6.
- Idade gestacional $\Rightarrow$ avaliada em semanas completas, tal qual registro constante do prontuário obstétrico ou de neonatologia. A categorização foi feita nos intervalos de classe: ≤ 36 semanas, 37 a 41 semanas e ≥ 42 semanas.
- Planejamento da gestação atual $\Rightarrow$ informação prestada pela puérpera quanto a ter planejado essa gravidez, categorizado em sim, não e não sabe.
- Sentimento materno $\Rightarrow$ aquele que a adolescente afirma ter experimentado pela notícia de estar grávida. Foi categorizado em aceitação e não aceitação.

- Sentimento inicial da família em relação à gestação atual $\Rightarrow$ aquele percebido pela puérpera em seus familiares quando souberam da gravidez, categorizado em apoio, rejeição e punição.
- Sentimento do companheiro $\Rightarrow$ aquele percebido pela puérpera em seu parceiro ao ter ciência da gravidez em curso. Foi categorizado em aceitação e rejeição.

Variáveis dependentes

- Peso ao nascer $\Rightarrow$ determinado, logo após o nascimento, com o concepto desnudo, aferido em gramas. Foi categorizado conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Classificação do peso ao nascer

CLASSIFICAÇÃO DO PESO AO NASCER	PESO AO NASCER (g)
Muito baixo peso	750 – 1499
Baixo peso	1500 – 2499
Normal	2500 – 3999
Macrossômico	≥ 4000

- Índice de Apgar no primeiro minuto $\Rightarrow$ determinado no primeiro minuto após o nascimento, com o concepto desnudo, aferido segundo os parâmetros da escala de Apgar (APGAR, 1966). Foi categorizado em < 7 , representando neonato deprimido, ou ≥ 7 , significando neonato em boas condições.
- Índice de Apgar no quinto minuto $\Rightarrow$ determinado no quinto minuto após o nascimento, com o concepto desnudo, aferido segundo os parâmetros da escala de Apgar (APGAR, 1966). Foi categorizado em < 7 , representando neonato deprimido, ou ≥ 7 , significando neonato em boas condições.

Coleta de dados

Em 1999, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco aprovou a realização de pesquisa sobre tema *“Influência do pré-natal nos resultados obstétricos e neonatais de adolescentes”*, tendo por pesquisadora responsável Dr^a Maria de Lourdes Perez Diaz Teixeira, tendo por local de pesquisa a Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (ANEXOS 3 e 4). Em 2001, a pesquisadora responsável solicitou prorrogação do referido projeto, com o intuito de aumentar a casuística, mantendo a mesma metodologia, o mesmo instrumento de pesquisa, como também a população de adolescentes e o local de estudo, solicitação atendida de imediato pela Coordenação do referido Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO 5), ocasião em que o autor do presente trabalho integrou a equipe de coleta de dados.

Em todos os dias da semana, inicialmente no livro de registro dos partos mantido na sala de parto, identificaram-se as puérperas daquela data com idades inferiores a 20 anos, objeto da presente pesquisa, cujo conceito tivesse nascido vivo.

Anotados os nomes das pacientes e os respectivos números de registro no formulário elaborado para a presente pesquisa (ANEXO 1), foram identificados os locais de internação e feita a constatação de que o conceito estava vivo.

Na enfermaria, feita a identificação da parturiente, foram explicados, a ela e a seu responsável, os objetivos da pesquisa e os direitos da parturiente, por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO 2), para que fosse feito o convite de sua participação da pesquisa. Obtido o consentimento livre esclarecido, por meio da assinatura do Termo, foi iniciada a entrevista para coleta das informações contidas nos itens 1 a 23 do questionário estruturado, com perguntas pré-codificadas e pré-testadas (ANEXO 1).

Por meio do prontuário da puérpera, mantido no Posto de Enfermagem, foram obtidos os dados dos recém-nascidos, correspondentes aos itens 24 a 28 do

formulário. Para os neonatos prematuros ou nascidos necessitando de cuidados médicos especiais, os dados foram colhidos dos prontuários do recém-nascido, mantidos no berçário.

Aspectos éticos

O presente trabalho integrou a continuação da pesquisa intitulada: *Influência do pré-natal sobre os resultados obstétricos e neonatais de adolescentes*, tendo por pesquisadora principal Dr^a Maria de Lourdes Perez Diaz Teixeira (ANEXOS 3, 4 e 5), cujo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido consta do Anexo 2.

Obedecendo à Declaração de Helsinki VI (2000) e à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, tendo sido aprovado (ANEXOS 3, 4 e 5), aprovação esta que foi acatada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco.

Para não infringir sofrimento ou qualquer forma de constrangimento à parturiente, de conformidade com os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, toda adolescente que pariu concepto natimorto não foi convidada a participar da pesquisa. As demais parturientes adolescentes foram informadas da pesquisa, de seus objetivos, bem como dos benefícios que dela poderão resultar, sendo solicitado seu consentimento por escrito, segundo o modelo do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE (ANEXO 2).

Os dados da presente pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por período de cinco anos, assumindo o mesmo o compromisso de publicar seus resultados.

Processamento e análise dos dados

Os dados coletados foram organizados em banco de dados, elaborado com o programa EPI-INFO versão 6.04d, do *Centers for Disease Control and Prevention* (WHO, 2001).

O teste de Qui Quadrado para análise da associação entre variáveis foi realizado ao nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Características sócio-demográficas das adolescentes

As idades das adolescentes variaram entre 13 e 19 anos, com média igual a $17,2 \pm 1,5$ anos. Tinham idade entre 13 e 15 anos 15,7% das gestantes, enquanto que 84,3%, tinham idade entre 16 e 19 anos. Predominantemente as adolescentes procediam da Cidade do Recife (59,2%), não haviam completado o ensino de primeiro grau (68,5%), habitavam com companheiro (72,6%) e procediam de família com renda mensal entre dois e três salários mínimos (67,9%) (Tabela 1).

Somente um terço das adolescentes puérperas referiram ser estudantes, enquanto mais da metade delas (52,7%) tinha o trabalho doméstico como sua atividade mais importante (Tabela 1).

Características obstétricas das adolescentes

A idade média à menarca das 716 puérperas adolescentes igualou-se a $12,8 \pm 5,4$ anos de vida, variando entre nove e 17 anos, com maior frequência entre 12 e 14 anos (65,3%). A idade média à sexarca foi $15,2 \pm 4,6$ anos, com variação entre 9 e 19 anos e mediana aos 15 anos. Houve 14 (2%) adolescentes que mantiveram a primeira relação sexual em idade de 9 a 11 anos e a maioria o fez na faixa de 15 a 17 anos (51,9%) (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição das 720 puérperas segundo características sócio-demográficas – Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001

<i>CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DAS ADOLESCENTES</i>	<i>freqüência</i>	<i>percentual</i>
Idade materna ¹		
13 – 15	113	15,7
16 – 19	605	84,3
Ocupação ²		
do lar	380	52,7
estudante	232	32,2
não trabalha nem exerce atividades do lar	42	5,8
empregada fora do lar	34	4,7
estudante e empregada	23	3,2
desempregada	10	1,4
Procedência ³		
Cidade do Recife	422	59,2
Região Metropolitana	202	28,4
Interior do Estado	86	12,1
Outros Estados	2	0,3
Grau de escolaridade		
não lê e não escreve	26	3,6
1º grau incompleto	465	64,9
1º grau completo	94	13,1
2º grau incompleto	104	14,5
2º grau completo	25	3,5
3º grau	2	0,4
Estado marital		
com companheiro	522	72,6
sem companheiro	197	27,4
Renda mensal familiar (salários mínimos) ⁴		
0 – 1	44	7,4
2 – 3	406	67,9
4 – 8	148	24,7

NOTA: ¹ Duas adolescentes omitiram idade

² Uma puérpera não informou a ocupação

³ Quatro puérperas omitiram o grau de escolaridade

⁴ 122 adolescentes não informaram a renda familiar

A primeira gravidez ocorreu em média aos $16,2 \pm 1,8$ anos de idade, variando entre 11 e 19 anos. Duas (0,3%) adolescentes pariram em idade entre 9 e 11 anos; a faixa etária entre 15 e 17 anos concentrou 59,8% das puérperas (Tabela 2).

Foram mais freqüentes primíparas (74,4%), tendo comparecido a mais de seis consultas durante o pré-natal (50,8%) e que pariram entre 37^a e 41^a semanas

gestacionais (85,6%). Noventa e oito (13,6%) adolescentes pariram conceptos prematuros (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das 720 puérperas segundo características obstétricas – Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001

<i>CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DAS ADOLESCENTES</i>	<i>freqüência</i>	<i>percentual</i>
Menarca (anos) ¹		
9 – 11	198	27,7
12 – 14	466	65,3
15 – 17	50	7,0
Sexarca (anos) ²		
9 – 11	14	2,0
12 – 14	281	39,3
15 – 17	371	51,9
18 – 20	49	6,8
Idade à 1ª gravidez (anos)		
9 – 11	2	0,3
12 – 14	103	14,3
15 – 17	430	59,7
18 – 19	185	25,7
Paridade ³		
primípara	535	74,4
paucípara	181	25,2
múltipara	3	0,4
Pré-natal ⁴		
completo	365	50,8
incompleto	353	49,2
Idade gestacional (semanas) ⁵		
≤ 36	98	13,6
37 – 41	615	85,6
≥ 42	6	0,8

NOTA: ¹ Seis adolescentes não souberam informar a idade à menarca

² Cinco adolescentes não souberam informar a sexarca

³ Uma adolescente omitiu o número de parturições

⁴ Duas adolescentes não souberam informar o número de consultas de pré-natal

⁵ A idade gestacional de uma puérpera foi omitida do prontuário médico

Relação entre as características das adolescentes e de seu parceiro e as condições de nascimento dos conceptos

Características sócio-demográficas do companheiro das adolescentes

Os companheiros das adolescentes estudadas tinham idade média igual a $23,2 \pm 7,4$ anos, variando entre 13 e 46 anos, dos quais 61,2% não haviam completado o ensino de primeiro grau (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das 720 puérperas segundo características de idade e escolaridade do companheiro – Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001

<i>CARACTERÍSTICAS DO COMPANHEIRO DAS ADOLESCENTES</i>	<i>freqüência</i>	<i>percentual</i>
Idade do companheiro (anos) ¹		
10 – 19	183	25,6
20 – 29	455	63,6
30 – 39	62	8,7
40 – 89	15	2,1
Escolaridade do companheiro ²		
Não lê e não escreve	18	2,7
1º grau incompleto	388	58,5
1º grau completo	61	9,2
2º grau incompleto	102	15,4
2º grau completo	72	10,9
3º grau	22	3,3

NOTA: ¹ Cinco adolescentes omitiram a idade do companheiro

² Cinquenta e sete adolescentes não souberam informar a escolaridade do companheiro.

Características demográficas e obstétricas das adolescentes segundo peso ao nascer dos conceptos

Na Tabela 4 estão expressas as características sócio-demográficas e obstétricas das puérperas adolescentes segundo peso ao nascer de seus conceptos.

O percentual de conceptos de peso ao nascer normal foi maior dentre as adolescentes tardias que dentre as precoces, sem significância estatística. Já os conceptos de muito baixo e baixo peso ao nascer foram mais freqüentes entre as adolescentes precoces e aquelas com nível de escolaridade igual ou inferior ao 1º grau incompleto, no entanto esta diferença não foi estatisticamente significativa (Tabela 4).

Os conceptos com peso ao nascer normal foram mais freqüentes entre as adolescentes sem companheiro, como também os de baixo peso ao nascer, entre aquelas com companheiro. Ao detalhar essa informação, dentre essas puérperas constatou-se predomínio de peso normal nos filhos de mães solteiras (84% contra 25% entre as viúvas e 80% entre as separadas). Para as puérperas adolescentes com companheiro, foi dentre as casadas que ocorreram os maiores percentuais de conceptos

macrossômicos (8,2%) ou com peso ao nascer baixo (20,6%). No entanto, essas diferenças não foram estatisticamente significantes.

A distribuição de peso ao nascer segundo idade materna, escolaridade, estado marital e paridade não apresentou significância estatística. Foram significantes: a alta frequência de muito baixo e baixo peso ao nascer entre as adolescentes com pré-natal incompleto e entre os prematuros, assim como macrosomia entre os conceptos pós-termo (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das características sócio-demográficas e obstétricas das puérperas adolescentes segundo peso ao nascer de seus conceptos - Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001

CARACTERÍSTICAS SÓCIO- DEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS	PESO AO NASCER								Teste Estatístico
	muito baixo peso		baixo peso		normal		macros- sômico		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade materna ¹									$\chi^2=3,36$ p = 0,34
13 – 15	5	29,4	20	18,3	84	14,8	4	16,7	
16 – 19	12	70,6	89	81,7	484	85,2	20	83,3	
Escolaridade									$\chi^2=15,03$ p = 0,45
não lê, não escreve	-	-	8	7,3	18	3,2	-	-	
1º grau incompleto	12	70,6	75	68,8	365	64,4	13	56,5	
1º grau completo	1	5,9	11	10,1	78	13,7	4	17,4	
2º grau incompleto	4	23,5	10	9,2	85	15,0	5	21,6	
2º grau completo	-	-	4	3,7	20	3,5	1	4,5	
3º grau	-	-	1	0,9	1	0,2	-	-	
Estado marital									$\chi^2=2,13$ p = 0,14
com companheiro	12	70,6	87	79,8	406	71,3	17	70,8	
sem companheiro	5	29,4	22	20,2	163	28,7	7	29,2	
Paridade									$\chi^2=2,74$ p = 0,84
primípara	15	88,2	80	73,4	423	73,4	17	70,4	
paucípara	2	11,8	29	26,6	143	25,1	7	29,6	
múltipara	-	-	-	-	3	0,5	-	-	
Pré-natal									$\chi^2=22,17$ p < 0,01
Completo	4	23,5	36	33,3	311	54,6	14	58,3	
Incompleto	13	76,5	72	66,7	258	45,4	10	41,7	
Idade gestacional									$\chi^2=310,46$ p < 0,01
≤ 36	15	88,2	62	56,9	18	3,2	3	12,5	
37 – 41	2	11,8	46	42,2	547	96,1	20	83,3	
≥ 42	-	-	1	0,9	4	0,7	1	4,2	

Características demográficas e obstétricas das adolescentes segundo índices de Apgar dos conceitos

Na Tabela 5 estão expressas as características sócio-demográficas e obstétricas das adolescentes segundo índices de Apgar de 1º e de 5º minutos dos conceitos.

Recém-nascidos com índice de Apgar inferior a 7 no primeiro minuto de vida foram mais freqüentes entre as adolescentes precoces, que entre as tardias, diferença sem significância estatística. Foram os filhos de adolescentes com escolaridade até 1º grau que mais freqüentemente nasceram e permaneceram deprimidos ao quinto minuto de vida, dados sem significância estatística (Tabela 5).

Embora os conceitos de Apgar < 7, tanto no primeiro como no quinto minuto, foram mais freqüentes entre as puérperas adolescentes sem companheiro, esta diferença não foi estatisticamente significativa (Tabela 5).

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação à paridade entre os grupos de Apgar dos conceitos de puérperas adolescentes (Tabela 5)

Detectou-se que quando a mãe compareceu a menos de seis consultas de pré-natal, seus conceitos nasceram mais deprimidos e um número menor deles se recuperou, diferença sem significância estatística em relação às adolescentes com pré-natal completo (Tabela 5).

Considerada a idade gestacional, foram os prematuros que mais freqüentemente nasceram deprimidos e significativamente se recuperaram menos ao quinto minuto de vida que os nascidos a termo ou os pós-termo (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das características sócio-demográficas e obstétricas das puérperas adolescentes segundo índice de Apgar no 1º minuto e no 5º minuto - Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001

CARACTERÍSTICAS SÓCIO- DEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS	ÍNDICE DE APGAR 1º MINUTO				Teste Estatístico	ÍNDICE DE APGAR 5º MINUTO				Teste Estatístico
	<7		≥ 7			< 7		≥ 7		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Idade materna ¹					$\chi^2 = 1,07$					$\chi^2 = 0,52$
13 – 15	19	19,8	94	15,1	p = 0,30	2	8,3	111	15,9	p = 0,47
16 - 19	77	80,2	530	84,9		22	91,7	585	84,1	
Escolaridade					$\chi^2 = 5,35$					$\chi^2 = 5,48$
não lê, não escreve	6	16,2	20	3,2	p = 0,37	1	4,2	25	3,6	p = 0,36
1º grau incompleto	65	67,7	402	64,6		16	66,6	451	65,0	
1º grau completo	14	14,6	80	12,9		6	25,0	88	12,7	
2º grau incompleto	9	9,4	95	15,3		1	4,2	103	14,8	
2º grau completo	2	2,1	23	3,7		0	-	25	3,6	
3º grau	-	-	2	0,3		-	-	2	0,3	
Estado marital					$\chi^2 = 1,22$					$\chi^2 = 0,41$
com companheiro	65	67,7	457	73,1	p = 0,67	16	66,7	506	72,6	p = 0,52
sem companheiro	31	32,3	168	26,9		8	33,3	191	27,4	
Número de parturições					$\chi^2 = 0,49$					$\chi^2 = 0,30$
primípara	71	74,0	465	74,4	p = 0,78	17	70,8	519	74,5	p = 0,86
paucípara	25	26,0	157	25,1		7	29,2	175	25,1	
múltipara	-	-	3	0,5		-	-	3	0,4	
Pré-natal					$\chi^2 = 0,65$					$\chi^2 = 2,99$
completo	45	46,9	320	51,3	p = 0,42	8	33,3	357	51,3	p = 0,08
incompleto	51	53,1	304	48,7		16	66,7	339	48,7	
Idade gestacional					$\chi^2 = 7,00$					$\chi^2 = 28,14$
≤ 36	38	39,6	63	10,1	p = 0,13	16	66,7	85	12,2	p < 0,01
37 – 41	58	60,4	557	89,1		8	33,3	607	87,1	
≥ 42	-	-	5	0,8		-	-	5	0,7	

Sentimentos pessoais e familiares desencadeados pela gestação

Constatou-se que 74,8% das adolescentes não planejaram a gestação e que 54,6% aceitaram o fato ao constatarem estarem grávidas. Quanto aos sentimentos familiares, 87,1% das puérperas declararam ter recebido apoio da família, 4,9% informaram terem sido punidas e 8% experimentaram sentimentos familiares de rejeição.

Com relação aos sentimentos dos companheiros, 77,1% declararam aceitação da gravidez, enquanto que 22,9% informaram terem vivenciado rejeição do companheiro.

Embora não tenha havido diferença significativa, os conceitos de peso baixo ou muito baixo ao nascer foram mais freqüentes entre as puérperas adolescentes que não planejaram a gravidez e, os de muito baixo peso, entre aquelas que não aceitaram a gravidez (Tabela 6).

O peso dos conceitos de puérperas adolescentes que não tiveram apoio da família ou sofreram rejeição do companheiro apresentaram uma maior freqüência de baixo e muito baixo peso ao nascer e esta diferença foi estatisticamente significativa.

Quando os sentimentos dos pais das crianças foram de rejeição, ao serem informados da gravidez, os conceitos nasceram mais freqüentemente com peso muito baixo ou macrossômicos, diferença sem significância estatística (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos sentimentos pessoais e familiares desencadeados pela gestação de puérperas adolescentes segundo peso ao nascer dos conceitos - Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001

SENTIMENTOS PESSOAIS E FAMILIARES			PESO AO NASCER						Teste Estatístico
	muito baixo peso		baixo peso		normal		macrosômico		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Planejamento ¹									$\chi^2=3,26$ p = 0,35
Sim	5	29,4	20	18,3	150	26,4	6	25,0	
Não	12	70,6	89	81,7	419	73,6	18	75,0	
Sentimento materno ²									$\chi^2=8,76$ p = 0,19
Aceitação	7	41,2	64	58,7	310	54,5	12	50,0	
Não aceitação	10	58,8	45	41,3	259	45,5	12	50,0	
Sentimento familiar ³									$\chi^2=20,27$ p = 0,01
Apoio	14	87,6	69	74,2	419	90,1	13	76,4	
Punição	1	6,2	10	10,7	16	3,4	2	11,8	
Rejeição	1	6,2	14	15,1	30	6,5	2	11,8	
Sentimento do companheiro ⁴									$\chi^2=3,10$ p = 0,80
Aceitação	10	66,7	82	80,4	416	76,9	18	75,0	
Rejeição	5	33,3	20	19,6	125	23,1	6	25,0	

NOTA: ¹ Uma adolescente omitiu a informação relativa ao planejamento da gravidez

² Uma adolescente omitiu seu sentimento ao saber-se grávida

³ Cento e vinte e nove adolescentes omitiram o sentimento de suas famílias em relação a sua gravidez

⁴ Trinta e oito puérperas omitiram o sentimento de seu companheiro para com sua gravidez

Na Tabela 7, estão apresentados os dados referentes aos sentimentos das gestantes, da família e do companheiro ao saberem da gravidez e os índices de Apgar dos conceitos, tendo-se constatado que nem um dos parâmetros provocou diferença estatisticamente significativa.

Semelhante ao que ocorreu em relação ao peso ao nascer, os filhos de gestação não planejada mais freqüentemente nasceram com Apgar inferior a sete no primeiro minuto de vida. No entanto foi o sentimento familiar de punição à adolescente grávida a categoria na qual nasceram mais conceitos deprimidos os quais, ao quinto minuto de vida conseguiram se recuperar (Tabela 7).

Foram mais freqüentes conceitos com índice de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida dentre as puérperas que declararam não ter aceito a gravidez e entre aquelas que declararam ter sofrido rejeição do companheiro em relação à gravidez, mas essas diferenças não foram estatisticamente significantes.

Tabela 7 – Distribuição dos sentimentos pessoais e familiares desencadeados pela gestação de puérperas adolescentes segundo índice de Apgar dos conceitos - Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE – Janeiro/Dezembro 2001

SENTIMENTOS PESSOAIS E FAMILIARES	ÍNDICE DE APGAR 1º MINUTO				Teste Estatístico	ÍNDICE DE APGAR 5º MINUTO				Teste Estatístico
	<7		≥ 7			< 7		≥ 7		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Planejamento					$\chi^2 = 0,43$					$\chi^2 = 0,05$
Sim	21	21,9	160	25,6	p = 0,51	6	25,0	175	25,1	p = 0,82
Não	75	78,1	465	74,4		18	75,0	522	74,9	
Sentimento materno					$\chi^2 = 0,14$					$\chi^2 = 1,42$
Aceitação	53	55,2	341	54,6	p = 0,93	12	50,0	382	54,8	p = 0,49
Não aceitação	43	44,8	284	45,4		12	50,0	315	45,2	
Sentimento familiar					$\chi^2 = 3,71$					$\chi^2 = 1,79$
Apoio	71	86,6	446	87,3	p = 0,16	19	95,0	498	86,4	p = 0,41
Punição	7	8,5	22	4,3		1	5,0	28	4,9	
Rejeição	4	4,9	43	8,4		-	-	47	8,2	
Sentimento do companheiro					$\chi^2 = 5,57$					$\chi^2 = 0,02$
Aceitação	66	75,0	460	77,2	p = 0,06	18	78,3	508	76,8	p = 0,99
Rejeição	22	25,0	136	22,8		5	21,7	153	23,2	

NOTA: ¹ Uma adolescente omitiu a informação relativa ao planejamento da gravidez

² Uma adolescente omitiu seu sentimento ao saber-se grávida

³ Cento e vinte e nove adolescentes omitiram o sentimento de suas famílias em relação a sua gravidez

⁴ Trinta e oito puérperas omitiram o sentimento de seu companheiro para com sua gravidez

DISCUSSÃO

A gravidez na adolescência é um tema atual, mundialmente considerado como problema de saúde pública, e polêmico, pois, na última década, ao enfoque obstétrico do evento não planejado pela adolescente, somou-se a abordagem psicossocial e demográfica analisando as repercussões da experiência da gestação para a adolescente, seu parceiro e sua família. O presente trabalho buscou associar a abordagem obstétrica à social, sem perder de vista a ética médica.

Do ponto de vista da metodologia adotada, cumpre considerar que ainda que se reconheça que a inclusão dos natimortos na amostra analisada pudesse ter enriquecido as informações, foram excluídas as adolescentes com conceitos natimortos, para respeitar seus direitos, porque se constatou que a entrevista no puerpério lhes infringia um sofrimento adicional, de grande monta, traduzido por choro e lamentações.

As características sócio-demográficas das puérperas estudadas são preocupantes, porque se associaram adolescentes precoces, com baixa escolaridade e de famílias de baixa renda, fatores todos que se constituem em risco para fragilização social.

A renda familiar da atual pesquisa assemelhou-se à da casuística de Azevedo e Sampaio (2003), que referiram-na inferior ou igual a três salários mínimos.

A característica de nível socioeconômico das adolescentes estudadas pode estar refletindo a clientela do Hospital das Clínicas e também a da cidade do Recife, de onde procediam 59,2% da amostra. Considerando que o censo de 2000 indicou uma renda mediana de 0,8 salários mínimos à época da pesquisa, correspondendo a R\$ 150,00, na cidade do Recife, e que, no mesmo período, a renda média nacional igualou-se a R\$ 350,00, correspondente a 1,94 salários mínimos, pode-se considerar baixo o nível socioeconômico das adolescentes estudadas, assim como pode-se aventar a

hipótese desse fato poder atuar como fator de risco para o bem-estar do binômio mãe/conceito, dificultando inclusive a assistência pré-natal, como será discutido mais adiante (IBGE, 2000).

Quanto à ocupação, o predomínio da ocupação em serviços no lar, dentre as puérperas da atual pesquisa, pode ser reflexo do baixo grau de escolaridade, já que apenas um terço das puérperas declararam estar estudando à época da pesquisa, o que dificulta ou mesmo impede a qualificação profissional, acarretando condições precárias de ingresso no mercado de trabalho.

O percentual de adolescentes grávidas fora da população economicamente ativa (PEA), no atual trabalho, igualou-se a 92,1%, superior aos 85% relatados por Yazlle et al. (2002), no Município de Ribeirão Preto – SP, no período de 1992 a 1996, sendo a maioria pertencente à categoria do lar.

A idade é um dos fatores que concorre para essa situação de marginalização da PEA, pois, nessa fase da vida, as adolescentes ainda não têm formação profissional, o que, aliada à gravidez, torna a chance de fazer parte da PEA ainda menor. Santos e Batista Filho (2001), em estudo sobre anemia no atendimento pré-natal em Pernambuco, identificam que a qualidade do pré-natal é diretamente proporcional à escolaridade da paciente. Dessa forma, sem assistência médica de boa qualidade e fora da PEA, a chance de saúde do conceito parece ser ainda menor. No entanto essa suposição de associação não foi constatada nos resultados perinatais do presente trabalho, avaliadas por meio do peso ao nascer ($p = 0,34$) e do índice de Apgar ($p = 0,47$).

O reflexo da escolarização sobre o conceito, quer diretamente reduzindo a condição nutricional da gestante, quer indiretamente até mesmo dificultando sua compreensão quanto à importância da frequência ao pré-natal e da obediência às orientações, é ponto polêmico.

Embora diversos autores (WESSEL et al., 1996; GILL, 2000; VITALLE, 2001; AZEVEDO et al., 2002; GAMA et al., 2002) considerem a gravidez na adolescência

como problema de saúde pública, Santos (1997) alerta que o fenômeno não deve ser encarado como problema, mas sim como processo a ser aceito pelas adolescentes, suas famílias e pela sociedade, constituindo-se no resultado de sua autonomia num cenário social, que não oferece grandes oportunidades de desenvolvimento pessoal.

Aceitar este processo deve incluir, no entender de Santos (1997) e de Cecatti e Silva (1998), uma assistência pré-natal de qualidade, fator determinante para bons resultados maternos e perinatais o que, é certo, determinará indivíduos e, conseqüentemente população mais sadia (BRASIL, 2000).

Na presente pesquisa não se pode falar de qualidade da assistência pré-natal, posto não ter sido investigada. Mesmo assim é preocupante a constatação que 49,2% das adolescentes pesquisadas, teve pré-natal incompleto, parindo conceptos mais freqüentemente com baixo peso ao nascer, dado que foi estatisticamente significativo. Esse dado convida a problematizar o porquê do não comparecimento dessas adolescentes ao pré-natal.

Embora a assistência à saúde materno-infantil tenha progredido muito nos países em desenvolvimento, a partir da década de 60, inicialmente com o rápido crescimento do número de profissionais e serviços de saúde e, a partir da década de 80, com maior enfoque na implementação de programas de assistência, nela incluído o pré-natal, atualmente há um certo recuo na visibilidade dessa questão, sem que tenha ocorrido uma efetiva institucionalização no setor (SANTOS; BATISTA FILHO, 2001).

A qualidade do pré-natal desenvolvido na rede pública tem sido tema de diversos estudos, nos quais se observa uma deficiência na qualidade do cuidado oferecido, evidenciando a manutenção de desigualdades sociais. Os principais problemas apontados referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não preenchimento de registros e a constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades da gestante (SANTOS et al., 2000; HAIDAR et al., 2001; BASÍLIO et al., 2003; SANTOS; SCHOR, 2003).

Essa perda de qualidade pode atuar como desestímulo para a gestante, especialmente a adolescente, ao comparecimento às consultas, que, na presente pesquisa, pareceu ter exercido um impacto grande, já que o peso ao nascer e o Apgar foram menores no grupo com pré-natal incompleto. Todavia, pareceu plausível supor que a depressão maior ao nascimento e o mais baixo peso de conceitos de mães com pré-natal incompleto estiveram relacionados à baixa renda e à baixa escolaridade das mães, tal como Haidar et al. (2001) sugerem ao afirmarem que maior instrução acarreta uma chance duas vezes maior de efetuar mais de seis consultas, iniciar mais precocemente o pré-natal, por compreender sua importância ou ainda por terem acesso mais fácil ao acompanhamento da gestação.

No presente trabalho, constatou-se que a maior parte das adolescentes grávidas não estudava a época da pesquisa, apesar de ser este o período mais indicado para a formação fundamental, fato este que pode ter atuado como fator de risco para engravidar. Na Cidade do Recife, a associação de adolescência, gravidez precoce e baixa escolaridade é ainda mais grave, porque as ofertas de emprego são reduzidas a tal ponto que a mãe terá dificuldade para alimentar seu filho (SANTOS; BATISTA FILHO, 2001).

Segundo Yazlle et al. (2002), aproximadamente 30% das adolescentes abandonam a escola quando grávidas e, na maioria dos casos, o retorno ao estudo se dá em menores proporções. No entanto a evasão escolar, às vezes, precede à gravidez, sendo inclusive uma condição de risco para engravidar. Em vista disso, aquelas que abandonam seus estudos, não se profissionalizam e, conseqüentemente, têm trabalho mal remunerado no futuro (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003).

Haidar et al., em 2001, correlacionaram os indicadores obstétricos e a escolaridade materna, com base na declaração de nascidos vivos da região de Guaratinguetá, São Paulo, e consideraram a escolaridade materna como marcador de risco para a gestante e para o recém-nascido, diferente do constatado na presente pesquisa.

As características de baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, início precoce da atividade sexual foram constatadas na presente pesquisa e podem ter atuado, como referem Haidar et al. (2001) e Santos e Schor (2003), como fatores de risco para multigestação, assim como retardo de início e baixo comparecimento ao pré-natal.

Na presente pesquisa, a quantidade de multíparas, correspondendo a 0,4%, é ainda maior que a taxa encontrada por Goldani et al. (2000), na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, em 1978, quando ainda não havia sido implantado o Programa de Atenção à Adolescente. A multiparidade do presente trabalho, todavia, é muito menor que os 33,3% referidos por Gama et al. (2002), na cidade do Rio de Janeiro e que a taxa de 1% descrita por Basílio et al., em 2003, nas maternidades de Marília, Estado de São Paulo.

Embora não se tenha investigado a idade de primeiro parto das mães das adolescentes da presente pesquisa, essa taxa de multiparidade pode estar relacionada à baixa escolaridade e ao nível socioeconômico mais pobre, no qual as adolescentes buscam a gestação, muitas vezes, como uma oportunidade de status, como se fosse esse o único papel reservado a ela na sociedade, principalmente para aquelas cujas mães engravidaram na adolescência (GAMA et al., 2002). A esses fatores, Gigante et al. (2004) acrescentam que o baixo nível de escolaridade pode atuar como fator de risco para a compreensão e uso dos métodos contraceptivos.

O que motivou a abordagem sobre os aspectos sociais e culturais envolvidos na gravidez das adolescentes aqui estudadas, moradoras em regiões da periferia da Cidade do Recife, assim como nos sentimentos desencadeados em parceiros adolescentes e familiares, tal como recomendam Heilborn et al. (2003), foi a oportunidade de estimular a reflexão sobre os problemas pouco abordados, mas que se constituem em motivo de aflição para a adolescente. Por outro lado poderá também estimular uma consciência crítica sobre as práticas de saúde no pré-natal de adolescentes, no tocante à educação em saúde, já que nesse momento estão mais propensos a verbalizar seus

sentimentos e assimilar condutas preventivas saudáveis, facilitadoras da paternidade e maternidade responsáveis.

Dentre os companheiros, identificou-se que 25,6% eram adolescentes e 63,6%, adultos jovens, a maioria tendo nível de escolaridade até 1º grau incompleto, tal como referido por Oliveira (2003). Essa constatação, associada aos achados da presente pesquisa de aumento de macrossômicos e conceptos de baixo peso ao nascer dentre adolescentes casadas ou vivendo com companheiro, pode ter sido consequência da baixa capacitação para o trabalho, agravada pelo baixo nível socioeconômico do casal, tal como referido por Bolzan e Norry (2001), Zagonel et al. (2003), Ventura e Chaves Jr (2003), Aquino et al. (2003).

Abeche e Capp (2003), por meio da análise dos sentimentos desencadeadas pela gravidez na adolescência, afirmaram que a concepção de se constituir em um grande problema, pode estar sendo alterada. Essa abordagem é interessante e pode embasar os achados do presente trabalho do impacto do apoio da família à adolescente grávida, representado pelo nascimento de conceptos de peso normal e com índice de Apgar igual ou superior a 7 no primeiro minuto de vida.

Tal como constatado por Souza e Costa (1995), na Bahia, em atendimento a adolescentes no pré e no pós-natal, no serviço público, os aspectos negativos da família das adolescentes estudadas, talvez com características de repressão ou de reprovação severa, habituais na região Nordeste do Brasil, nas classes de mais baixo nível cultural e social, podem estar sendo evidenciados no presente trabalho.

Considerando que os sentimentos e atitudes da família, em relação à gravidez na adolescência, dependem dos aspectos socioeconômicos e culturais da sociedade em que está inserida a adolescente grávida (ABECHE; CAPP, 2003), e com base nos resultados obtidos, parece aconselhável que os programas de atendimento a adolescentes grávidas contemplem também a assistência aos familiares, como forma de propiciar melhores resultados obstétricos. Essa opinião foi também enunciada por Sabroza et al., em 2004.

Na presente pesquisa, associou-se estatisticamente o sentimento familiar e o peso-nascer do concepto, parecendo indicar essa afeição um fator importante para bons resultados obstétricos. A atual pesquisa parece ter refletido a realidade da clientela do Serviço uma vez que se adotou a metodologia indicada por Haidar et al. (2001), obtendo a informação sobre os sentimentos da família para com a gestante e sua gravidez, diretamente com a gestante, no puerpério, reduzindo assim o viés de memória.

Identificar a assistência afetiva às adolescentes e seus parceiros como fator de proteção à gravidez convida à reflexão da importância de rotineiramente se questionar, na primeira consulta de pré-natal, se a gravidez foi desejada e se a adolescente tem apoio de seu companheiro e familiares. Com isso poder-se-ia identificar a abordagem mais adequada a cada caso, contribuindo para o desenvolvimento fetal, o nascimento do concepto e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, bem como o apoio de seus familiares ao binômio mãe-filho (ZAGONEL et al., 2003).

Na presente pesquisa, juntamente com os dados da revisão bibliográfica, pode-se supor que a adolescente engravidou dentro do seguinte contexto: a) tinha informação, mas queria engravidar; b) queria ter uma companhia, um objeto de amor, uma razão maior de vida, pois a família não lhe dava os cuidados de que necessitava; c) tinha baixo nível socioeconômico, sexualidade precoce, incentivo da mídia e sexo liberado sem tabus; d) faltava-lhe uma perspectiva de futuro, já que não trabalhava nem estudava; e) preferia cuidar de um filho seu que prosseguir com a sobrecarga familiar de cuidar dos irmãos; f) necessitava se auto-afirmar buscando construir uma família, ter um companheiro que cuidasse dela. Qualquer que fosse o motivo, as adolescentes pesquisadas colocavam a sexualidade como desejo ou alternativa, sem medir as conseqüências para sua vida, constatações que concordaram com as de outros autores (SOUZA; COSTA, 1995; LEVANDOWISKI, 2001; OLIVEIRA, 2003).

CONCLUSÕES

Quanto às características sócio-demográficas das puérperas, identificou-se ter predominado idade entre 16 e 19 anos (84,3%). procedência da Cidade do Recife (59,2%), ensino de primeiro grau incompleto (68,5%), habitação com companheiro (72,6%) e origem de família com renda mensal entre dois e três salários mínimos (67,9%).

Quanto às características obstétricas, as adolescentes referiram menarca média igual a 12,8 anos; primeira relação sexual mais freqüentemente na faixa etária dos 15 aos 17 anos de idade (51,9%) e 2% entre os nove e os 11 anos de idade. Na faixa etária dos 15 aos 17 anos também foi mais freqüente a primeira gravidez (59,8%). Na presente pesquisa, a maioria das puérperas era primípara (74,4%), declarando ter comparecido a mais de seis consultas de pré-natal (50,8%) e parido entre 37^a e 41^a semanas gestacionais, 13,6% das gestantes pariram conceptos prematuros.

Quanto às características demográficas e obstétricas, constatou-se que os conceptos com peso ao nascer normal predominaram dentre as adolescentes tardias, com nível de escolaridade superior ao 1º grau, que se declararam sem companheiro, primíparas, diferenças essas sem significância estatística. Quanto ao índice de Apgar, embora não se tenha observado significância estatística, constatou-se que nasceram deprimidos os filhos de mães mais jovens, com escolaridade menor, sem companheiro, com pré-natal incompleto e prematuros, que também se recuperaram menos ao quinto minuto de vida.

Investigando-se a influência dos sentimentos desencadeados pela gestação na adolescente e na família, sobre o peso ao nascer e o índice de Apgar, comprovou-se que os conceptos nascidos com baixo peso e baixo índice de Apgar, mais

freqüentemente provieram de famílias nas quais os sentimentos de não aceitação, de rejeição ou de punição foram vivenciados durante o período gestacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

ABECHE, A. M.; CAPP, E. A gestante adolescente e seu parceiro: características do relacionamento do casal e aceitação da gravidez. **RBGO**, v. 25, n. 7, p. 535, 2003.

ADELUSI, B.; AL-NUAIM, L. A.; CHOWDHURY, N. Socio-demographic characteristics of the “unbooked mother”. **West Afr J Med**, v. 18, p. 191-195, 2000.

AKINBAMI, L. J.; SHOENDORF K. C.; KIELY, J. L. Risk of preterm birth in multiparous teenagers. **Arch Pediatr Adolesc Med**. v. 154, n. 11, p. 1101-1107, 2000.

ALVES, A. M. P. M. **Partos em adolescentes**: um perfil epidemiológico no município de João Pessoa PB, 1990-1999. João Pessoa, 2001. 56p.

APGAR, V. Sistema of puntuación (APGAR) para el recién nacido. **Clínicas Pediátricas da América do Norte**, p. 645-650, 1966.

AQUINO, E. M. L.; HEILBORN, KNAUTH, D.; BOZON, M.; ALMEIDA, M. C.; ARAÚJO, J.; MENEZES, G. Adolescence and reproduction in Brazil: the heterogeneity of social profiles. **Cad Saude Publica, Rio de Janeiro**, v. 19, sup. 2, p. S377-s388, 2003.

AZEVEDO, D. V.; SAMPAIO, H. A. C. Risk factors associated with teenage pregnancy. **Femina**, v. 31, n. 5, p. 457-463, 2003.

AZEVEDO, G. D.; FREITAS JUNIOR, R. A. O.; FREITAS, A. K. M. S. O.; ARAÚJO, A. C. P. F.; SOARES, E. M. M.; MARANHÃO, T. M. O Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 24, n. 3, 2002.

BASÍLIO, L. R.; BEDIN, M. R.; OLIVEIRA, M. C. C.; POUZA, S. T.; SOUZA E SILVA, C. F. Perfil das mães adolescentes que deram à luz no Hospital Materno-infantil da Faculdade de Medicina de Marília entre outubro de 1999 e setembro de 2000 e o produto de tais concepções. **GO ATUAL**, n. 8/9, p. 12-16, ano XII, 2003.

¹ De acordo com a NBR 6023 – Informação e documentação – Referências – Elaboração, da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, agosto 2002.

Abreviaturas dos periódicos obedeceram *List of Journals indexed in Index Medicus. National Library of Medicine*, 2004.

BATTAGLIA, F. C.; FRAZIER, T. M. Obstetric and pediatric complication of juvenile pregnancy. **Pediatrics**, v. 32, p. 902-910, 1963.

BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)**. 1996. BEMFAM, 1997.

BERETTA, M. I. R. Incidência de partos na adolescência na Cidade de São Carlos-SP. **Rev Baiana Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 19-27 1998.

BOLZAN, A.; NORRY, M. Perfil epidemiológico de embarazadas adolescentes en el Municipio de La Costa, Prov. de Bs. As, Argentina. **Rev Soc Argent Ginecol Infante Juvenil**, v. 8, n. 1, p. 18-24, 2001.

BRASIL, A.R.; LIMA JÚNIOR, H.; SAFE, G. et al. Acerca da gravidez na adolescência. Experiência na Maternidade-escola Hilda Brandão da Santa Casa de Belo Horizonte. In: Congresso Brasileiro de Adolescência, 1995, Aracaju. **Anais**. VI Congresso Brasileiro de Adolescência. Aracaju: Sociedade Sergipana de Pediatria, 1995, p. 54.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 196**. DOU 16/11/1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria executiva. Coordenação da saúde da criança e do adolescente. **Programa saúde do adolescente**. Bases programáticas. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996, p. 32.

BRITO, P.; ALMEIDA, E. C. S. Adolescência uma visão clínica. **Pediatria Atual**, v. 10, n. 5, p. 74-82, 1997.

BUITENDIJK, S. E.; VAN ENK, A. et al. **Obstetrical outcome in teenage pregnancies in the Netherlands**. v. 139, n. 24, p. 1264, 1995.

BURROWS, R.; ROSALES, M. E.; DIAZ, M.; MUZZO, S. Early pregnancy risk: development and validation of a predictive instrument. **Rev Med Chil**, v. 122, n. 6, p. 713-720, 1994.

CABRAL, R. W. L. **Avaliação de serviço em saúde**: análise da assistência pré-natal para adolescentes em uma instituição de referência da cidade do Recife. Recife, s. n. , 2000.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. The aging process in the Brazilian population: a demographic approach. **Cad Saude Publica, Rio de Janeiro**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CASTRO, R.; CAMPERO, L.; HERNÁNDEZ, B. Research on social support and health: current status and new challenges. **Rev Saude Pública**, v. 31, n. 4, p. 425-435, 1997.

CAVALCANTI, R. C. **Adolescência hoje**. São Paulo: Roco. cap. 2. 1998. p. 2-5.

CAVALCANTI, S. M. O. C.; AMORIM, M. M. R.; SANTOS, L. C. O significado da gravidez para a adolescente. **Femina**, v. 29, n. 5, p. 311-314, 2001.

CBO. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). 2002. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/conteudo.asp?versaoImpressao=true>. Acesso em 07/12/2004.

CECATTI, J. G.; SILVA, J. L. P. Morte materna. Up to date? **Femina**, v. 98, n. 4, p. 325-327, 1998.

COCHRAN, W. G. **Técnicas de amostragem**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1965, 118 p.

CORRÊA, H. Aspectos sociodemográficos sobre maternidade na adolescência: o contexto brasileiro. **Femina**, v. 31, n. 8, p. 691-696, 2003.

CORREA, M. D.; COATES, V. Gravidez. In: COATES, V.; FRANÇOSO, L.; BEZNOS, G. W. **Medicina do adolescente**. São Paulo: Sarvier, 1993. p. 259-262.

CORREA, M. D.; COATES, V. Implicações sociais e o papel do pai. In: MAAKAROUN, M. F. **Tratado de adolescência: uma visão multidisciplinar**. cap. 44, 1991, p. 407-413.

COSTA, M. C. O.; SANTOS, C. A. T.; SOBRINHO, C. L.; FREITAS, J. O.; FERREIRA, K. A. S. L. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. **J Pediat Rio de Janeiro**, v. 77, n. 3, p. 235-242, 2001.

CREATSAS, G.; ELSHEIKH, A. Adolescent pregnancy and its consequences. **Eur J Contracept Reprod Health Care**, v. 7, n. 3, p. 167-172 2002.

CURWIN, J.; SLATER, R. **Quantitative methods for business decisions**. 3. ed. 1991.

DALLAS, C. Family matters: how mothers of adolescent parents experience adolescent pregnancy and parenting. **Public Health Nurs**, v. 21, n. 4, p. 347-353, 2004.

DE LA GARZA, Q. C.; CELAYA, J. J. A.; HERNÁNDEZ, E. C.; PALACIOS, E. G. Primigesta adolescente. **Ginecol Obstet Mex**, v. 65, p. 533-537, 1997.

DECLARAÇÃO DE HELSINKI VI. **Associação Médica Mundial – 1964-2000**. Disponível em: http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html. Acesso em 10/05/2003.

DEMIR, S. C.; KADYÝFCÝ, O.; ÖZGÜNEN, T.; ERVRÜKE, C.; VADAR, M. A.; AKÝN, K.; SEYDAOOLU, G. Pregnancy outcome in Young Turkish Women. **Intern J Gynecol Obstetr**, v. 75, n. 2, p. 111-121, 2001.

FRAZÃO, Z. S.; MARTINS, M. G. Perfil da adolescente no ciclo grávido-puerperal. **Femina**, v. 25, n. 5, p. 419-430, 1997.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. A gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev Saude Publica**, v. 35, p. 74-80, 2001.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. A. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad Saude Publica**, v. 18, n. 1, p. 153-161, 2002.

GIGANTE, D. P.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H.; LIMA, R. C.; BARROS, F. C.; RASMUSSEN, K. M. Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in southern Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2004.

GILL, M. P. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. **Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc**, v. 7, n. 1, p. 16-25, 2000.

GOLDANI, M. Z.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; TOMKINS, A. Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southeast Brazil, in 1978-79 and 1994. **Cad Saude Publica, Rio de Janeiro**, v. 16, n. 4, p. 1041-1047, 2000.

GONZÁLES, F.; BRITO, M.; MANEIRO, P. El embarazo en adolescentes: un problema de alto riesgo obstétrico. **Rev Obstet Ginecol Venezuela**, v. 57, n. 1, p. 13-17, 1997.

HAIDAR, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. Maternal educational level: correlation with obstetric indicators. **Cad Saude Publica, Rio de Janeiro**, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, 2001.

HALBE, H.W. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Roca, 2000.

HEILBORN, M. L.; BOZON, M.; AQUINO, E. M. L.; KNAUTH, D. R. et l'équipe GRAVAD. Pour une approche socio-anthropologique des comportements sexuels et reproductifs pendant la jeunesse au Brésil. La construction de l'enquête gravid. **Documents de travail questions de genre en démographie du Institut National d'Etudes Démographiques Stéphanie Condon et Armelle Andro (Org)**, v. 117, p. 30-48, 2003.

HOFFERTH, S. L.; REID, L.; MOTT, F. L. The effects of early childbearing on schooling over time. **Fam Plann Perspect**, v. 33, n. 6, p. 259-267, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000: fecundidade e mortalidade infantil – conceitos e definições**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2000/fecundidade_mortalidade/conceitos. Acesso em 01/12/2003.

JOYCE, T. J.; KAESTNER, R.; KORENMAN, S. The effect of pregnancy intention on child development. **Demography**, v. 37, n. 1, p. 83-94, 2000.

KIERNAN, K. E. Becoming a young parent: a longitudinal study of associated factors. **Br J Sociol**, v. 48, n. 3, p. 406-428, 1997.

KURAUCHI, A. T. N.; ROTELI-MARTINS, C. M.; AQUINO, M. M. A. Impacto da gravidez na adolescência e resultados perinatais: revisão da literatura. **Femina**, v. 31, n. 8, p. 669-672, 2003.

LANGER, B.; CANEVA, M.P.; SCHLAEDER, G. Routine prenatal care in Europe: comparasion of the experience of nine gynecologic-obstetric services in eight different countries. **J Gynecol Obstet Biol Reprod**, v. 26, p. 358-366, 1997.

LEVANDOWSKI, D. C. Paternidade na adolescência: uma breve revisão da literatura internacional. **Estudos de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 195-209, 2001.

LIMA, E. A.; TEIXEIRA, L. P; LIMA, M. C.; COELHO, A. F.; MOURA, V. Análise de variáveis relacionadas a gestantes adolescentes e seus recém-nascidos quando comparadas a outras faixas etárias. **Rev Pediátrica de Pernambuco**, v. 9, n. 2, p. 17-20, 1996.

LYRA DA FONSECA, J. L. C. **Paternidade adolescente**: uma proposta de intervenção. 1997. 182f. Tese (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

MAGADI, M.A. Unplanned childbearing in Kenya: the socio-demographic correlates and the extend of repeatability among women. **Soc Sci Med**, v. 56, n. 1, p. 167-178, 2003.

MAIA FILHO, N. L. **Comparação entre primíparas adolescentes precoces, não precoces e adultas quanto a fatores sociais e gestacionais**. 1989. Tese (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp, Campinas.

MAIA FILHO, N. L.; MATHIAS, L.; TEDESCO, R. P.; CESAREO, M. A.; PORTA, R. M. P. Gravidez entre adolescentes precoces: um evitável problema social. **J Bras Ginecol**, v. 104, n. 10, p. 363-367, 1994.

MOLINA, M.; FERRADA, C.; PEREZ, R.; CID, L.; CASANUEVA, V.; GARCIA, A. The relantionship between teenage pregnancy and school desertion. **Rev Med Chil**, v. 121, n. 1, p. 65-70, 2004.

MONROY, A. El embarazo en la adolescencia: la experiencia en América Latina. In: LOPES, G. et al. **Salud reproductiva en las Americas**. Washington: OMS, 1992, p.132-157.

MONTEIRO, D. L. M.; FAGIN, I. G.; CUNHA, A. A.; PAIVA, A. S. Gestação na adolescência e assistência multidisciplinar. **Jama**, v. 3, n. 3, p. 58-68, 1995.

MOTTA, M. L.; PINTO E SILVA, J. L. Gravidez na adolescência: influência da idade materna e da idade ginecológica sobre os resultados perinatais. **RBM. Rev Atual Ginecol Obstet**, v. 6, p. 273, 1995.

OLIVEIRA, M. C. **O lugar dos homens na reprodução**. Seminario Internacional. Genero, familias y trabajo: ruptura y continuidades. Desafíos para la investigación y la acción política. Montevideu. 2003. 16p.

OLIVEIRA, T. M. V. **Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas.** FECAP. Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado, v. 2, n. 3, 2001.

PINTO E SILVA, J. L. Gravidez na adolescência : Desejada x não desejada. **Femina**, v. 26, p. 825-830, 1998.

RAMÍREZ, A. T.; SOTO, I. L. C.; ZAMBRANA, M. M.; RICALDE, R. L. La resolución obstétrica de las adolescentes en comparación con la de las adultas. **Ginecol Obstet Mex**, v. 67, p. 377-384, 1999.

ROMERO, M. I.; VARGAS, S.; ABARA, S.; ABUD, A.; ACEVEDO, O.; ACUNA, H.; AGUIRRE, L.; AGUIRRE, E.; ALISTE, F.; ALLEL, L. et al. Pregnancy, delivery and newborn infants in adolescent mothers. **Rev Chil Pediatr**, v. 54, n. 2, p. 123-130, 1983.

SABROZA, A. R.; LEAL, M. C.; SOUZA JR, P. R.; GAMA, S.; G. N. Some emotional repercussions of adolescent pregnancy in Rio de Janeiro (1999-2001). **Cad Saude Publica, Rio de Janeiro**, v. 20, sup. 1, p. S130-S137, 2004.

SANTOS, I. C. R.; BATISTA FILHO, M. **Anemia no atendimento pré-natal em Pernambuco**: avaliação de condutas preventivas e curativas em serviços públicos de saúde. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), 2001. 98p.

SANTOS, I. S.; BARONI, R. C.; MINOTTO, I.; KLUMB, A. G. Criteria for choosing health care facilities for prenatal care in Pelotas, RS, Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 34, n. 6, p. 603-609, 2000.

SANTOS, L. C.; SOUZA, A. I.; PEREIRA, A. J.; ARAÚJO, S. T.; SILVA, P. R. Pré-natal de adolescentes: há um espaço para enfermagem? **Rev IMIP**, v. 12, n. 1, p. 13-18, 1998.

SANTOS, R. S. Gravidez em mães adolescentes. Estudo no Distrito de Beija 1986-1991. **Acta Med Port**, v. 10, n. 10, p. 681-688, 1997.

SANTOS, R. S.; SCHOR, N. Experiencing motherhood in early adolescence. **Rev Saude Publica**, v. 37, n. 1, p. 15-23, 2003.

SATIN, A. J.; LEVENO, K. J.; SHERMAN, M. L.; REEDY, N. J.; LOWE, T. W.; MCINTIRE, D. D. Juventude maternal e acompanhamento da gravidez: grupos escolares comparados com mulheres adultas. **Rev Ginecol Obstetr**, n. 6, p. 38-39, 1998.

SCHILLEWAERT, N.; LANGERAK, F.; DUHAMEL, T. Non-probability sampling for www surveys: a comparison of methods. **J Market Res Soc**, v. 40, n. 4, 1998.

SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p. 23-93.

SILVA, J. L. P. Gravidez na adolescência desejada x não desejada. **Feminina**, v. 26, n. 10, p. 825-830, 1998.

SILVA, J. L. P.; NOGUEIRA, C. W. M. A multigravidez na adolescência. In: **Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro**. 1998, Brasília: Organização Panamericana de saúde, p. 101-111.

SISK, C. L.; FOSTER, D. L. The neural basis of puberty and adolescence. **Nat Neurosc**, v. 7. n. 10, p. 1040-1047, 2004.

SNYDER, U. **May/June 2004: preterm birth as a social disease**. Disponível em: <http://www.medscape.com>. Acesso em 02/08/2004.

SOUZA, V. L. C.; COSTA, N. S. S. Enfermagem no atendimento à adolescente na gestação e puerpério. **Sitientibus, Feira de Santana**, n. 13, p. 147-161, 1995.

TIBÚRCIO, T.; AVILA ROSAS, M. et al. Embarazos em la adolescência: influência de alguns atributos sociales. **Perinatal Reprod Hum**, v. 9, p. 37-45, 1995.

UNITED KINGDOM NATIONAL STATISTICS. NCHS. **2000 – based population projections for the United Kingdom and Constituent Countries**. 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Hospital das Clínicas. Serviço de Arquivo Médico e Estatística. **Tabela anual de serviços produzidos**. 2002.

VENTURA, M.; CHAVES JR, E. O. **Direitos da população jovem: um marco para o desenvolvimento**. Brasília: UNFTA, 2003, 68p.

VENTURA, S. J. Recent trends in teenage childbearing in the united states. **Stat Bull Metrop Insur Co**, v. 75, n. 4, p. 10-17, 1994.

VENTURA, S. J.; CURTIN, S. C. Recent trends in teen births in the United States. **Stat Bull Metrop Insur Co**, v. 80, n. 1, p. 2-12, jan/mar. 1999.

VITALLE, M. S. S. **Adolescência e outros fatores de risco (nível econômico, cuidado pré-natal e tabagismo) como determinantes de prematuridade e baixo peso**. 2001. 154.f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C. O exercício da sexualidade na adolescência; I. Aspectos biopsicossociais. **Rev Bras Sexual Hum**, v. 1, p. 15-28, 1990.

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

WHO. A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. **Int J Gynecol Obstet**, v. 57, p. 1-15, 1997.

WHO. **EPI INFO versão 6.04d**. Janeiro 2001. Centers for Disease Control and Prevention.

YAZLLE, M. E. H. D.; MENDES, M. C.; PATTA, M. C.; ROCHA, J. S. Y.; AZEVEDO, G. D.; MARCOLIN, A. C. The pregnant adolescent: some social indicators. **RBGO**, v. 24, n. 9, p. 609-614, 2002.

ZAGONEL, I. P. S.; MARTINS, M.; PEREIRA, K. F.; ATHAYDE, J. Human care facing transition to maternal role: puerperal experiences. **Rev Elet Enf**, v. 5, n. 2, p. 24-32, 2003.

ANEXOS

ANEXO 1 – Protocolo de coleta de dados

1 Número _____

2 Prontuário _____

3 Idade _____

4 Procedência

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | Recife |
| 2 | Região Metropolitana |
| 3 | Interior |
| 4 | Outro estado |

5 Data de internamento _____

6 Estado Civil

- | | | | |
|---|------------------|---|---------------|
| 1 | solteira | 4 | separada |
| 2 | casada | 5 | viúva |
| 3 | união consensual | 6 | não respondeu |

7 Ocupação

- | | | | |
|---|----------|---|-------------------|
| 1 | estuda | 4 | estuda e trabalha |
| 2 | do lar | 5 | desempregada |
| 3 | trabalha | 6 | desocupada |

8 Escolaridade

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | Não lê e não escreve |
| 2 | 1º grau incompleto |
| 3 | 1º grau completo |
| 4 | 2º grau incompleto |
| 5 | 2º grau completo |
| 6 | 3º grau |

9 Parou de estudar?

- | | | | |
|---|-----|---|---------------|
| 1 | sim | 9 | não se aplica |
| 2 | não | | |

10 Motivo por que parou

- | | |
|---|--|
| 1 | devido a gravidez |
| 2 | antes da gravidez, por falta de interesse |
| 3 | antes da gravidez, por dificuldade na aprendizagem |
| 4 | para trabalhar |
| 9 | não se aplica |

11 Idade do companheiro _____

12 Ocupação do companheiro

- | | | | |
|---|-------------------|---|--------------|
| 1 | estuda | 4 | desempregado |
| 2 | trabalha | 5 | desocupado |
| 3 | estuda e trabalha | | |

- 13 Escolaridade do companheiro
- | | |
|---|----------------------|
| 1 | não lê e não escreve |
| 2 | 1º grau incompleto |
| 3 | 1º grau completo |
| 4 | 2º grau incompleto |
| 5 | 2º grau completo |
| 6 | 3º grau |
| 7 | não sabe |
| | |
| | |
- 14 Renda familiar
- | | |
|---|--|
| 1 | até 1 salário mínimo (R\$ 136,00) |
| 2 | 2-3 salários mínimos (R\$ 272,00 a R\$ 543,00) |
| 3 | 4-5 salários (R\$ 544,00 a R\$ 815,00) |
| 4 | 6-8 salários (R\$ 816,00 a R\$ 1.088,00) |
| 5 | mais de 9 salários (> R\$ 1.224,00) |
| 6 | não sabe |
- 15 Menarca _____
- 16 Sexarca _____
- 17 Idade da primeira gravidez _____
- 18 Número de partos antes desse _____
- 19 Número de consultas de pré-natal _____
- 20 Você planejou essa gravidez?
- | | | | |
|---|-----|---|----------|
| 1 | sim | 3 | não sabe |
| 2 | não | | |
- 21 Sentimentos iniciais em relação à gravidez
- | | | | |
|---|------------|---|-------------|
| 1 | satisfação | 3 | não informa |
| 2 | rejeição | | |
- 22 Reação inicial do companheiro
- | | |
|---|---|
| 1 | aceitação |
| | aceitou com satisfação / ajudou no pré-natal |
| | aceitou, resolveu viver junto e ajudou no pré-natal |
| | aceitou, resolveu viver junto e não ajudou no pré-natal |
| | resolveu assumir a criança mas não vive junto |
| 2 | rejeição |
| | duvidou da paternidade |
| | resolveu assumir a criança mas não vive junto |
| 3 | não quis responder |
- 23 Reação inicial da família
- | | |
|---|---|
| 1 | aceitação |
| | aceitou, mas passou a gestação fazendo críticas |
| | só aceitou no final da gravidez |
| | aceitou e não ajudou |
| 2 | apoio |
| | aceitou e ajudou |
| 3 | punição |
| | não aceitou / expulsou de casa |
| | não ligou porque já vivia com o companheiro |
| | desconheceu a gravidez |
| 4 | não quis responder |

- 24 Peso ao nascer _____
- 25 Perímetro cefálico _____
- 26 Idade Gestacional _____
- 27 APGAR no primeiro minuto _____
- 28 APGAR no quinto minuto _____

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Maria de Lourdes Perez Diaz Teixeira R.G. nº: 712375
COLABORADOR: Vambeto Oliveira de Azevedo Maia

Eu _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa e o tratamento a que serei submetida;
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado tratamento;
3. A segurança de que não serei identificada e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
4. O compromisso de me proporcionar informação utilizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;
5. A disponibilidade de tratamento médico e a indenização que legalmente teria direito, por parte da instituição à saúde, em caso de danos que a justifiquem, diretamente causados pela pesquisa, e;
6. Que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo utilizar o produto como método terapêutico recomendado pelo médico que subscreve este documento.

Recife, _____ de _____ de _____

Impressão digital

Assinatura da adolescente ou seu responsável

ANEXO 3 – Folha de rosto do Projeto Principal apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP		Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciências da Saúde Comitê de Ética em Pesquisa - CEP	
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
Projeto de Pesquisa: Influência do Pré-Natal nos Resultados Obstétricos e Neonatais de Adolescentes.			
2. Área do Conhecimento (conforme relação no verso) Medicina		3. Código 4.01	4. Nível: (para área do conhecimento 2 e 4) E
5. Área(s) Temática(s) (conforme relação no verso) Reprodução Humana		6. Código 2	7. Fase: (para área temática 3) -
8. Unitermos: (3) Pré-Natal, Adolescência			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
9. Nome: Maria de Lourdes Perez Diaz Teixeira			
10. Identidade: 712 375 SSP PE	11. CPF: 078.339.704-68	17. Endereço (Rua, nº): Rua Ernani Braga, 503/902	
12. Nacionalidade: Brasileira	13. Profissão: Médica	18. CEP: 50.610-350	19. Cidade: Recife
14. Maior Titulação: Mestre	15. Cargo: Docente	21. Fone: 445-6385	22. Fax: 445-6385
16. Instituição a que pertence: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e aceito as responsabilidades de prover a infra-estrutura explicitada no projeto.		Data: 28/10/1999 Prof. J. S. Pinho Neto Assinatura	
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
24. Nome: Universidade Federal de Pernambuco		28. Endereço (Rua, nº): Av. Prof. Moraes Rego s/n	
25. Unidade/Órgão: Hospital das Clínicas		29. CEP: 50.610-350	30. Cidade: Recife
26. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X)		32. Fone: 454-3523	33. Fax: 271-8513
27. Outras instituições participantes (Use verso SN)			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.		Nome: Lourdes Perez Teixeira Cargo: docente Data: 28/06/99 Lourdes Perez Teixeira Assinatura	
PATROCINADOR			
34. Nome:		37. Endereço:	
35. Responsável:		38. CEP:	39. Cidade:
36. Cargo/Função:		41. Fone:	42. Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
43. Data de Entrada: 09/07/99	44. Protocolo: 105/99-CEP/04	45. Conclusão: Aprovado (X)	46. Não Aprovado ()
47. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:		Data: 09/08/99	Data: / /
Encaminho a CONEP		51. Coordenador/Nome	
48. Os dados acima para registro ()		Assinatura Anexar o parecer substanciado	
49. O projeto para apreciação			
50. Data: / /			
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
52. Protocolo:		54. Registro no banco de dados:	
Data de Recebimento:		55. Observações:	

ANEXO 4 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco



Serviço Público Federal
Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. nº 208/99-CEP/CCS

Recife, 23 de agosto de 1999.

Prezado Professor,

Comunicamos a V. Sa que o protocolo especificado obteve parecer favorável, sendo portanto aprovado junto comitê de Ética em Pesquisa do CCS.

Protocolo nº105/99-CEP/CCS – Influência do Pré-Natal nos Resultados Obstétricos e Neonatais de Adolescentes..

Pesquisador responsável: Maria de Lourdes Perez Dias Teixeira

Instituição: Departamento de Materno Infantil - CCS/UFPE

Data de entrada no CEP/CCS: 09 de julho de 1999

Atenciosamente,

Prof. José Thadeu Pinheiro
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa UFPE/CCS

A
Prof. Maria de Lourdes Perez Dias Teixeira
Departamento de Materno Infantil

RECEBI O ORIGINAL
EM 24 / 08 / 99

CARIMBO - ASSINATURA

ANEXO 5 – Solicitação e autorização de prorrogação do prazo de coleta de dados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL

Ao COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
À Profª. MARIA CLARA DE ALBUQUERQUE

Comunicação de que a pesquisa intitulada “Influência do Pré-natal sobre os Resultados Obstétricos e Neonatais de Adolescentes” será continuada com intuito de aumentar a casuística, permanecendo a mesma metodologia, o mesmo instrumento de pesquisa, como também a população e o local de estudo.

Apresento o novo Cronograma de Atividades:

- Revisão bibliográfica: dezembro de 2001;
- Coleta de dados: 01/01/2002 a 31/12/2002;
- Processamento dos dados: setembro de 2002 a janeiro de 2003;
- Análise estatística: janeiro a fevereiro de 2003;
- Redação do texto: março de 2003

Atenciosamente,

Boules Fey Teixeira

Profª. Maria de Lourdes Perez Diaz Teixeira

Recife-2001

Projeto já
aprovado por
este CEP - CCS UFPE

Autorizado a
continuação
do mesmo


Profª Maria Clara Albuquerque
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa CCS/UFPE