

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

JONY RODRIGUES BARBOSA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO,
FATORES PREDISPOANTES E REPERCUSSÕES PERINATAIS EM
UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA – GO**

**GOIÂNIA
2015**

JONY RODRIGUES BARBOSA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO,
FATORES PREDISPOONENTES E REPERCUSSÕES PERINATAIS EM
UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA – GO**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Vigilância em Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dra. Patrícia de Sá Barros.

GOIÂNIA

2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Barbosa, Jony Rodrigues

Gravidez na Adolescência: Perfil Epidemiológico, Fatores Predisponentes e Repercussões Perinatais em uma Maternidade Pública de Goiânia – GO [manuscrito] / Jony Rodrigues Barbosa. - 2015.
82 f. il.

Orientador: Profa. Dra. Patrícia de Sá Barros.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró-reitoria de Pós-graduação (PRPG) , Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2015.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui abreviaturas, gráficos, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Gravidez. 2. Gravidez na Adolescência. 3. Perfil Epidemiológico.
4. Pré-Natal. I. Barros, Patrícia de Sá, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

JONY RODRIGUES BARBOSA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, FATORES PREDISPOANTES E REPERCUSSÕES PERINATAIS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA – GO

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 09 / 02 / 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Patricia de Sá Barros – Orientadora e Presidente
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Alexandre Vieira Santos Moraes – Membro externo
Faculdade de Medicina – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia - Universidade
Federal de Goiás

Prof. Dra Márcia Maria de Souza - Membro interno
Faculdade de Enfermagem – Regional Goiânia – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dra Thaís Rocha Assis - Membro externo (suplente)
Curso de Fisioterapia – Regional Jataí - Universidade Federal de Goiás

Prof. Dra Ellen Synthia Fernandes de Oliveira – Membro interno (suplente)
Instituto de Ciências Biológicas – Regional Goiânia – Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

À minha esposa Silvia Marques de Aguiar, amor da minha vida, segura de si, batalhadora, perfeita e forte, orgulho da minha vida, companheira de todos momentos. Que sempre acreditou em mim, me apoiou e incentivou nesta etapa importante da minha vida. Mesmo tendo que me dividir com todas as minhas atividades; trabalho, estudo, família. Sei também, que faltei aos nossos momentos de lazer e espero que após esta etapa concluída possamos ter mais tempo para nós.

À minha filha Fernanda Marques Barbosa, sonho realizado de uma vida. Você é muito mais que eu sonhei de vida inteira: linda, inteligente, perspicaz, engraçada, razão do meu viver. Cada dia que passa fico mais “apaixonado” por ser pai e percebo o quão grandioso pode ser o chamado: “Amor Incondicional”.

A minha família: pai e mãe, que mesmo na dificuldade, privaram-se de muita coisa na vida em prol dos filhos, servindo como exemplo de vida, honestidade e dedicação; irmãs Jane e Janilda que sempre estiveram comigo, unidas como irmãos devem ser; sogro Eurípedes e sogra Jussara que me acolheram em sua casa como filho, sempre com uma palavra amiga, torcendo sempre pelo meu sucesso como profissional, como esposo e pai.

Ao querido Diretor da Maternidade Nascer Cidadão, Dr. Sebastião Fernandes Moreira, muitas vezes incompreendido! Mas que luta de todas as formas em favor das mulheres, gestantes e da humanização do parto em Goiás. Sempre me incentivando a crescer profissionalmente, mostrando que não devemos parar nunca e não desistir dos nossos objetivos, mesmo que muitos não acreditem que possamos alcança-los.

AGRADECIMENTOS

A Prof^ª. Dra. Patrícia de Sá Barros pela orientação, dedicação e ensino primoroso de como proceder na elaboração de um trabalho científico de qualidade e significativo para a sociedade.

A Prof^ª. Dra Claci Fátima Weirich Rosso, do corpo docente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, pelo apoio, incentivo e entusiasmo. Mostrando sempre que é possível, porém não é fácil, em suas palavras: “tem que ter muita transpiração!” para conclusão desta etapa.

Aos docentes vinculados ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, pelas valiosas aulas, ensinamentos e estímulo no processo de ensino-aprendizagem.

À Servidora da Maternidade Nascer Cidadão, Daiany Pereira da Silva, séria e comprometida, sua ajuda foi fundamental na coleta dos dados e preenchimento dos formulários, meus sinceros agradecimentos.

E, por fim, para cada companheiro do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, pelo conhecimento compartilhado que muito contribuiu para o meu crescimento profissional e pelos momentos de descontração em meio ao estudo intenso dos temas abordados em sala.

RESUMO

A gravidez na adolescência traz implicações biológicas, familiares, psicológicas e econômicas, limitando ou adiando as possibilidades de desenvolvimento social destas jovens. Associa-se também a probabilidade de complicações maternas e fetais, sendo encarada como problema de saúde pública. O objetivo do estudo foi analisar o perfil epidemiológico, fatores associados e repercussões perinatais de gestantes adolescentes. Trata-se de um estudo transversal e descritivo que constituiu-se de uma amostra de 170 adolescentes internadas para realização de parto ou quadro clínico de abortamento, durante o período de agosto/2013 a maio/2014 em uma maternidade pública municipal em Goiânia-Goiás. As adolescentes foram entrevistadas durante a internação para coleta de dados sobre o perfil sociodemográfico; antecedentes ginecológicos e sexuais; conhecimento sobre contraceptivos; antecedentes familiares e obstétricos; dados da gravidez atual e sobre o recém-nascido. A média de idade foi de 17,3 anos, pardas, moram em casa própria com os parceiros de 3 a 4 pessoas na residência, renda familiar de 01 a 03 salários mínimos, com um percentual maior de renda entre as adolescentes >16 anos. 30% (>16 anos) possuem emprego formal ou informal comparado a 4% (≤16 anos). 45,3% das adolescentes possuem ensino médio incompleto. 91 (53,5%) estudavam quando engravidaram e 59 (64,8%) abandonaram os estudos durante a gravidez. A menarca ocorreu entre 11 e 13 anos e a sexarca entre 14 a 15 anos (grupo geral e >16 anos), respectivamente. No grupo ≤16 anos, a sexarca foi de 13 a 14 anos ($p=0,009$). O motivo principal para o primeiro ato sexual foi o sentimento pelo parceiro. A quantidade de parceiros demonstrou dados dispersos, variando de 1 a 5. 99,4% conhecem algum contraceptivo e 75,9% mencionaram ter familiares de primeiro grau que tiveram filhos antes dos 20 anos. As adolescentes receberam apoio da família (85,9%), do pai do bebê (82,4%) e da família paterna (75,3%) desde o início da gestação. 75,9% ainda mantém relacionamento amoroso com o pai do bebê. 69,4% das gestações foram inesperadas e 30,6% planejadas. 72,4% adolescentes relataram ser a primeira gestação e referiram ter feito acompanhamento pré-natal com ≥ 06 consultas. 53,6% relataram ter alguma complicação durante o período da gravidez. 61,8% dos partos foram normais, 33,5% cesáreas e 4,7% abortamentos espontâneos. Prevaleceu gestações acima de 37 semanas, com peso do recém-nascido adequado com índices de APGAR entre 8 e 10. O local da primeira mamada foi no alojamento conjunto em 81,9% dos casos e cerca de 60% das adolescentes pretendem amamentar ≥ 1 ano. Sugere-se ações públicas de prevenção, por meio de orientações em unidade de saúde e educacionais, para conscientizar as adolescentes sobre as implicações da gestação em suas vidas.

Palavras chave: Gravidez; Gravidez na adolescência; Perfil epidemiológico; Pré-natal.

ABSTRACT

The teenage pregnancy brings biological implications, family, psychological and economic, limiting or delaying social development opportunities for those young people. It also associates the probability of maternal and fetal complications, being seen as a public health problem. The aim of the study was to analyze the epidemiology, associated factors and perinatal outcomes of pregnant adolescents. It is a transversal and descriptive study consisted of a sample of 170 adolescents hospitalized for childbirth or conducting clinical abortion, during the period from August / 2013 to May / 2014 in a municipal public hospital in Goiânia, Goiás . The adolescents were interviewed during hospitalization for collecting data on the socio-demographic profile; gynecological and sexual history; knowledge about contraceptives; family and obstetric history; data from the current pregnancy and the newborn. The average age was 17.3 years, brown, live in own home with partners 3-4 people in residence, household income 01-03 minimum wages, with a higher percentage of income among adolescents > 16 years. 30% (> 16 years) have formal or informal employment compared to 4% (≤16 years). 45.3% of teens have not completed high school. 91 (53.5%) were studying when they became pregnant and 59 (64.8%) dropped out of school during pregnancy. The menarche occurred between 11 and 13 years and the first sexual intercourse between 14-15 years (general group and > 16 years), respectively. The group ≤16 years, first sexual intercourse was 13-14 years ($p = 0.009$). The main reason for the first sexual act was the feeling by the partner. The amount of partners showed scattered data, ranging from 1 to 5. 99.4% know a contraceptive and 75.9% reported having first-degree relatives who have had children before age 20. The teenagers received support from family (85.9%), baby's father (82.4%) and paternal family (75.3%) from the beginning of pregnancy. 75.9% are still loving relationship with the baby's father. 69.4% of pregnancies were unexpected and 30.6% planned. 72.4% adolescents reported being the first pregnancy and reported having done prenatal consultations with ≥06. 53.6% reported having any complications during the pregnancy period. 61.8% of births were normal, 33.5% and 4.7% cesarean spontaneous abortions. Prevailed pregnancies up to 37 weeks, weighing the appropriate newborn with APGAR rates between 8 and 10. The site of the first feeding was in rooming in 81.9% of cases and about 60% of teens plan to breastfeed ≥ 1 year. It is suggested public prevention, through guidance in health and educational unit, to educate teenagers about the implications of pregnancy in their lives.

Keywords: Pregnancy; Teenage pregnancy; Epidemiological profile; Pre-natal care.

LISTA DE FIGURAS E GRAFICOS

Figura 1: Maternidade Nascer Cidadão	25
Gráfico 1: Principais bairros de moradia das adolescentes	31
Gráfico 2: Principais bairros de moradia das adolescentes ≤ 16 anos	32
Gráfico 3: Principais bairros de moradia das adolescentes > 16 anos	32
Figura 2: Mapa com principais bairros de origem das adolescentes	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características do estado civil e raça das adolescentes Internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014	29
Tabela 2: Características da moradia das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014	30
Tabela 3: Características da renda familiar e ocupação/atividade profissional das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014	34
Tabela 4: Características da escolaridade das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014	35
Tabela 5: Características dos antecedentes ginecológicos e sexuais das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014	38
Tabela 6: Características sobre o conhecimento e uso dos métodos contraceptivos das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014	40
Tabela 7: Características dos antecedentes familiares das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014	42
Tabela 8: Características dos antecedentes obstétricos das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014	44
Tabela 9: Dados da gravidez atual das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014	47
Tabela 10: Dados sobre o recém-nascido e amamentação das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APM – Área Pública Municipal

CAIS – Centro de Assistência Integral a Saúde

DCP – Desproporção Céfalo-Pélvica

DIU – Dispositivo Intra-Uterino

DPP – Descolamento Prematuro de Placenta

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF- Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

N – Número de adolescentes

OMS – Organização Mundial de Saúde

PP – Placenta Prévia

PSE – Programa Saúde na Escola

RN – Recém-Nascido

SM – Salário Mínimo

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Ciência, Educação e Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UFG – Universidade Federal de Goiás

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo Geral	15
3.2 Objetivos Específicos	15
4. REFERENCIAL TEÓRICO	16
5. METODOLOGIA	24
5.1 Tipo de estudo	24
5.2 Amostra	24
5.2.1 Participantes	24
5.2.2 Critérios de Inclusão para os participantes	24
5.2.3 Critérios de Exclusão para os participantes	25
5.3 Local da Pesquisa	25
5.4 Aspectos éticos legais	26
5.5 Coleta de dados	26
5.5.1 Avaliação do perfil das gestantes adolescentes	26
5.5.2 Análise dos Dados	27
6. RESULTADOS	28
6.1 Características sócio demográficas das adolescentes	28
6.2 Características sobre antecedentes ginecológicos e sexuais	37
6.3 Características sobre o conhecimento e uso dos métodos contraceptivos	39
6.4 Características sobre antecedentes familiares	40
6.5 Características sobre antecedentes obstétricos	43
6.6 Características sobre dados da gravidez atual	46
6.7 Características sobre o recém-nascido (RN) e amamentação	48
7. DISCUSSÃO	50
8. CONCLUSÃO	63
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE A	74
APÊNDICE B	78

APRESENTAÇÃO

Gravidez na adolescência: perfil epidemiológico, fatores predisponentes e repercussões perinatais em uma maternidade pública de Goiânia – GO é um estudo que foi realizado na Maternidade Nascer Cidadão, Instituição Pública de Saúde que faz parte da rede Municipal de Saúde de Goiânia – Goiás. Esta dissertação é o trabalho de conclusão apresentado ao Mestrado profissional em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás (UFG) para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva, como tal segue as regras e normas do programa do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC.

1. INTRODUÇÃO

A inspiração para o desenvolvimento deste estudo, cuja temática abrange gravidez na adolescência, partiu da experiência enquanto médico ginecologista e obstetra, com experiência de mais de 15 anos no atendimento a mulheres e gestantes em Unidades Públicas de Saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Na rotina profissional, realizando consultas de pré-natal, atendimentos de urgência, emergência e partos, observei o quanto uma gravidez causa mudanças na vida de uma mulher, causando novas emoções, sensações, obrigações e sentimentos, além das inúmeras preocupações causadas por um filho desde o seu nascimento. O cuidado com a alimentação, a saúde e o conforto da criança toma por completo a atenção da mãe, porém com o crescimento do(s) filho(s) não há diminuição dos deveres da genitora. Neste contexto, tendemos a acreditar que sabedoras das mudanças causadas no rumo de suas vidas, o ato de engravidar deve ser extremamente planejado por uma mulher juntamente ou não com seu parceiro.

A gestação, em particular na adolescência, tem sido considerada um importante assunto de saúde pública em virtude da prevalência com que este fenômeno vem ocorrendo ao redor do mundo (CHALEM et al., 2007; MOURA et al., 2011; TABORDA et al., 2014), causando preocupação nas organizações de saúde nacionais e internacionais, pelas suas repercussões físicas, psicológicas e sociais (PEDRO FILHO et al., 2011).

A gravidez durante a adolescência eleva os riscos de mortalidade materna, de prematuridade e de baixo peso ao nascer. Além dessas consequências físicas, acrescentamos as psicossociais, tais como a evasão escolar e a redução das oportunidades de inserção no mercado de trabalho, ocasionando, às vezes, insatisfação pessoal e manutenção do ciclo de pobreza (PONTE JÚNIOR; XIMENES NETO, 2004; SÃO PAULO, 2006; SANTOS et. al; 2014). A literatura mundial aponta maior incidência de recém-nascidos prematuros (< 37 semanas) e de baixo peso (< 2500g) no grupo de gestantes adolescentes, especialmente nas faixas muito precoces, comparadas às adolescentes da faixa de 17 a 19 anos e adultas jovens (20 a 24 anos), nas mesmas condições de vida, considerando a multiplicidade de fatores clínicos, ambientais e comportamentais que integram a dinâmica da evolução gestacional, especialmente em grupos populacionais vulneráveis (MARTINEZ et. al., 2011).

A gravidez na adolescência causa sérias implicações, por ser um período de transformações que acaba atingindo os projetos sociais como um todo, adiando possibilidade de desenvolvimento, exigindo um maior comprometimento das ações, colocando fim à liberdade e ao tempo que deveria ser dedicado a uma melhor preparação para o futuro, com um grande impacto familiar inicialmente, mas com o passar do tempo, apresenta efeitos progressivamente positivos, ocasionando uma aceitação mais tranquila, com boas expectativas com relação ao nascimento da criança (SILVA; TONETE, 2006; NASCIMENTO et al., 2011).

A aceleração secular do crescimento traz como consequência a antecipação da menarca que, juntamente com o início mais precoce da atividade sexual, podem levar à gravidez na adolescência. Isso também se sustenta nas transformações sociais, destacando-se, entre elas, as mudanças de valores dentro de uma sociedade pseudo-permissiva, que estimula as práticas sexuais entre jovens, não vinculando responsabilidade ao aumento da liberdade. Outros fatores estão associados e podem ser considerados como predisponentes ou de vulnerabilidade para gravidez precoce, tais como: antecipação da menarca; atividade sexual precoce; caracterização e mudança dos valores sociais; problemas psicoemocionais; pobreza; baixa escolaridade; ausência de projeto de vida; migração; características próprias da adolescência; dificuldades para práticas contraceptivas; educação sexual ausente ou insatisfatória (GRADIM; FERREIRA; MORAES, 2010; PEDRO FILHO et al., 2011; MOURA et al., 2011; RODRIGUES; JARDIM, 2012; QUEIROZ et al., 2014).

Na busca por fatores influenciadores e de vulnerabilidade e características epidemiológicas das adolescentes, este estudo propôs a definir o perfil epidemiológico, fatores predisponentes e repercussões perinatais das gestantes adolescentes atendidas em uma Maternidade Pública da Região Noroeste de Goiânia-Goiás.

2. JUSTIFICATIVA

A gravidez na adolescência traz sérias implicações biológicas, familiares, psicológicas e econômicas além das jurídico-sociais, que atingem o indivíduo adolescente e a sociedade como um todo, limitando ou adiando as possibilidades de desenvolver o engajamento destas jovens na sociedade. A gestação limita as mães adolescentes para possibilidade de desenvolvimento social, aumento do nível de escolaridade, ascensão no mercado de trabalho e melhor qualidade de vida. A gravidez precoce é considerada um problema de saúde pública à medida que se constata um elevado índice de prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade infantil e perinatal associados as precárias condições de vida, de educação e de recursos financeiros (BRASIL, 2005; QUEIROZ et al., 2014; SANTOS et al., 2014).

As taxas de gravidez na adolescência variam de serviço para serviço, mas na Maternidade Pública da Região Noroeste de Goiânia-Goiás, 24,43%, 22,77% e 24,00% dos partos realizados em adolescentes nos anos de 2010, 2011 e 2012 totalizando 1507 partos. Muitas dessas, gestando pela segunda ou terceira vez. Portanto, preocupados com esta realidade, fomos instigados a avaliar o perfil epidemiológico das gestantes adolescentes atendidas na maternidade em questão visto que há um grande número de gestantes adolescentes na unidade, correspondendo a cerca de 23% dos partos, índices superiores aos encontrados na média nacional que estão em torno de 20% (LAURENTI; MELLO JORGE, 2011).

Como a região, onde se localiza a maternidade é considerada de população carente com baixo nível socioeconômico, fomos estimulados a analisar o perfil das gestantes adolescentes desta região no intuito de contribuir para que futuramente gestores e profissionais da saúde e educação, conhecedores dos dados deste estudo, possam instituir ações para minimizar os índices de gravidez na adolescência, possibilitando as adolescentes orientações adequadas sobre sexualidade e contracepção, o conhecimento dos fatores predisponentes, o empoderamento sobre a decisão de engravidar e a melhoria de suas condições socioculturais com aumento da escolaridade e possibilidade de ascensão social.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- ✓ Analisar o perfil epidemiológico, fatores predisponentes e repercussões perinatais de adolescentes gestantes atendidas em uma maternidade em Goiânia.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar as características sócio-demográficas de adolescentes grávidas delineando o perfil epidemiológico;
- ✓ Conhecer os fatores predisponentes e situações de vulnerabilidade associados à gestação;
- ✓ Descrever os antecedentes ginecológicos e sexuais relacionados a gravidez na adolescência;
- ✓ Verificar o conhecimento sobre métodos contraceptivos e quais são mais utilizados pelas adolescentes para evitar a gravidez;
- ✓ Avaliar se os antecedentes e relações familiares influenciam na gestação da adolescência;
- ✓ Averiguar as condições do surgimento e acompanhamento da gestação;
- ✓ Apresentar os dados perinatais sobre o parto e concepto.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

A adolescência, etapa da vida compreendida entre os 10 e 19 anos, caracteriza-se por grandes transformações físicas, psicológicas e sociais, em que o indivíduo inicia sua vida sexual, se desenvolve fisicamente e emocionalmente, e adota comportamentos que são influenciados pelo meio socioambiental, por experiências e conhecimentos progressos, os quais têm causado preocupação nas organizações de saúde nacionais e internacionais (WHO, 1986; LIMA et al., 2004; IBGE, 2010).

No início do século 20, em virtude dos casamentos precoces e muitas vezes acordados entre as famílias, a perspectiva de futuro da mulher se resumia ao “status” de dona de casa e mãe de um grande número de filhos e cuidadora da família. Entretanto, as perspectivas atuais demonstram que a mulher está inserida no mercado de trabalho e com independência financeira, tendenciado a uniões, nem sempre formais, cujo planejamento da gravidez ocorre em uma fase mais tardia de suas vidas e com número reduzido de filhos, diminuindo as taxas de fecundidade e natalidade geral. A diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade pode ser observada a partir da análise da composição etária da população brasileira. O estreitamento significativo ocorrido na base da pirâmide etária aponta para a redução do contingente das crianças e adolescentes de até 19 anos de idade (BRASIL, 2005; IBGE, 2010).

A gravidez na adolescência até o século passado era considerada natural, ocorrendo na maioria das vezes, dentro do casamento, pois no passado, as jovens se casavam precocemente com idades entre 13 e 14 anos e, após a menarca, a ocorrência de uma gestação era um resultado esperado, uma vez que a função feminina era, basicamente, a procriação. A partir do movimento de liberação feminina e com o aparecimento dos anticoncepcionais, em 1950, mudanças profundas ocorreram no cenário nacional, levando a um declínio lento, na taxa de fecundidade de um modo geral. Entretanto, entre as adolescentes, o mesmo não foi observado havendo um acréscimo nos últimos anos, até a década de 90. Na década seguinte (2000-2010) esses índices tenderam a diminuir, porém com taxas mais elevadas que outros países (MAGALHÃES et al., 2006; CHALEM et al., 2007; IBGE, 2010; UNITED NATIONS, 2013).

A partir de 1960, houve várias mudanças relativas ao comportamento sexual, causadas pelos movimentos sociais, tais como a liberdade sexual, tendo como consequência o aumento da atividade sexual entre os adolescentes, provocando um aumento da gravidez (não desejada) na adolescência (MIRANDA; GADELHA; SZWARCOWALD, 2005). A ideologia contra cultura e do movimento hippie pregavam o amor livre reivindicando a liberdade sexual para homens e mulheres. Buscava-se construir uma sociedade firmada em novos valores baseados, sobretudo, na liberdade e igualdade entre homens e mulheres (SILVA; SILVA, 2013).

A sociedade brasileira também passava por inúmeras e significativas transformações políticas, culturais, sociais e econômicas no final dos anos 50 e durante a década de 1960. A participação feminina no trabalho, nas universidades e na vida social crescera consideravelmente. O movimento hippie, a mini-saia e a pílula anticoncepcional revolucionavam o cotidiano e os costumes. As desigualdades sociais se aprofundavam com o surgimento de uma classe média emergente e todas essas mudanças tiveram um forte impacto sobre a vida das mulheres jovens da classe média urbana que procuravam escapar do domínio de suas famílias e decidir seus próprios rumos (ZIRBEL, 2007).

Os "hippies" (Movimento Hippie) cuja principal frase ideomática associada a este movimento foi a célebre máxima "Paz e Amor" (em inglês "Peace and Love"), criticava o uso de armas nucleares. As questões ambientais, a prática de nudismo e a emancipação sexual eram ideias respeitadas recorrentemente por estas comunidades. Para o Movimento Feminista defendia um discurso intelectual, filosófico e político que tinha como meta os direitos iguais e a proteção legal às mulheres. As ativistas fizeram campanhas pelos direitos legais das mulheres tais como direito de contrato, de propriedade, ao voto, a autonomia, integridade de seu corpo, pelos direitos ao aborto e pelos direitos reprodutivos (incluindo o acesso à contracepção e a cuidados pré-natais de qualidade), pela proteção de mulheres e garotas contra a violência doméstica, o assédio sexual e o estupro, pelos direitos trabalhistas, incluindo a licença-maternidade e salários iguais e todas as outras formas de discriminação (OS MOVIMENTOS SOCIAIS NO BRASIL, 2014).

Houve conquistas após esses movimentos, as mulheres jovens conseguiram direitos como a acesso à anticoncepção, divórcio e melhoria da qualidade do pré-natal, ocorrendo ao longo dos anos uma mudança no perfil destas jovens que perdura até

os dias atuais (SILVA; SILVA, 2013; OS MOVIMENTOS SOCIAIS NO BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde ressalta a importância do tema da gravidez na adolescência, uma vez que se constatou, uma taxa específica de fecundidade no grupo de mulheres entre 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, onde observaram que este número aumentou consideravelmente até a década de 90. Em 1980, a fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos de idade representava 9,1% da fecundidade total do país. Em 2000, esse percentual aumentou para 19,4%. Do total de nascidos vivos do país, foram identificados 0,9% de nascidos vivos de mães entre 10 e 14 anos e 22,4% de nascidos vivos de mães entre 15 e 19 anos de idade (BRASIL, 2005). A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes, com idades entre 15 e 19 anos, que em 1995 era de 18,3%, em 2005 elevou-se para 19,9%. Entre as mulheres com menos de 7 anos de escolaridade, o grupo de 15 a 19 anos de idade, concentra 20,3% da fertilidade, uma proporção relativamente alta, que revela o lado cruel do aumento da fecundidade na adolescência. Esse fator acaba por dificultar o processo educacional e a inserção de adolescentes no mercado de trabalho (IBGE, 2010; LAURENTI; MELLO JORGE; 2011).

A taxa de fecundidade total da população feminina no Brasil tem reduzido de maneira significativa, ao mesmo tempo em que aumentou a taxa de fecundidade em mães adolescentes (BRASIL, 2005). A Síntese de Indicadores Sociais de 2006 confirma esta afirmação ao apontar uma redução da taxa de fecundidade total da população feminina de 2,5 em 1995 para 2,1 em 2005, com ligeiro aumento do número de nascidos vivos de mães adolescentes entre 15 e 17 anos, passando de 6,8% em 2004 para 7,1% em 2005, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país (IBGE, 2006).

Embora a taxa de fecundidade brasileira já esteja muito baixa com cerca de 1,94 filhos em média, a gravidez na adolescência ainda é relativamente alta. As taxas específicas de fecundidade no Brasil, de acordo com os últimos três censos, indicam uma queda em todos os grupos etários, exceto entre as adolescentes (15-19 anos). No Brasil houve um aumento da fecundidade entre adolescentes e jovens até a década 90 e isto provocou muita discussão no país, pois significava que os jovens não estavam conseguindo separar sexualidade de reprodução. O censo de 2010 mostrou que a fecundidade continuou caindo não só em todos os grupos etários

acima dos 20 anos, mas inclusive entre as mulheres mais jovens, cuja taxa era de 74,8 nascimentos para cada mil adolescentes e jovens (15-19 anos) em 1991, subiu para 89,5 por mil em 2000 e teve um declínio para 67,2 por mil em 2010. Mesmo assim, essas taxas brasileiras são altas quando comparadas com outros países (2,3 por mil na Coreia do Sul; 8,4 por mil na China; 29,5 por mil no Irã; 7 por mil na França; 11,6 por mil na Arábia Saudita e 34 por mil nos Estados Unidos) (IBGE, 2010).

Mesmo com a queda da fecundidade de adolescentes e jovens (15-19 anos) entre 2000 e 2010, o Brasil continua tendo uma fecundidade específica, neste grupo etário, bem mais elevada, não só em relação aos países europeus, mas inclusive em relação a outros países com menor grau de desenvolvimento e urbanização, tais como: África do Sul, Indonésia, Tailândia, China e Líbia. No caso deste último, o contraste é marcante, pois a Líbia possui uma taxa de fecundidade total de 2,38 filhos por mulher, mas possui uma fecundidade de adolescentes de apenas 2,5 nascimentos por mil mulheres contra uma taxa de 70 por mil no Brasil (IBGE, 2010; UNITED NATIONS, 2013).

Nas últimas décadas, a taxa total de fecundidade reduziu marcadamente, de 6,3 filhos por mulher no início dos anos 1960 para 1,8 por mulher em 2002-2006. Entretanto, a redução da fecundidade tem sido mais lenta entre adolescentes, em relação às adultas, nas mesmas condições de vida, sendo que, em 2006, 39 em cada 1.000 mulheres com idade entre 10-19 anos tiveram filhos em 2006, o que significou uma discreta redução em relação a 45 por 1.000 em 1996; enquanto que entre aquelas da faixa de 10 a 14 anos houve um discreto aumento, de 3 para 4 nascimentos por 1.000 mulheres, no mesmo período (BRASIL, 2008).

No Brasil, de 2008 a 2012, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), foram registrados cerca de 2,9 milhões de nascimentos em cada ano, com índices de 19% a 20% deles de mães entre 10 e 19 anos de idade, sendo que em Goiás os índices de gravidez em adolescentes permanecem similares. Em termos absolutos, o estado de Goiás responde por cerca de 3,1% do total de partos de adolescentes do Brasil (DATASUS/SINASC, 2014).

Embora a taxa de fecundidade e a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes estejam a diminuir, a preocupação com sua saúde reprodutiva deve ser cada vez mais assegurada, uma vez que a prevalência permanece elevada

(YAZAKI, 2008). Rosa et al. (2014) destacaram que no período de sua pesquisa ocorreram 834 partos no hospital pesquisado sendo que destes 181 eram de adolescentes, representando um percentual de 21,7% dos partos. Percebendo notadamente que a tendência de queda da idade da menarca, aliada à antecipação da idade da sexarca e práticas contraceptivas errôneas estão associadas à gestação na adolescência, embora as adolescentes estejam cientes da necessidade de utilizar os métodos contraceptivos, pois ainda continuam mantendo relações sexuais desprotegidas estando cada vez mais expostas a riscos.

A alta incidência de gravidez na adolescência pode estar associada a alguns fatores, dentre eles: a não-adoção dos métodos contraceptivos ou uso incorreto e o desconhecimento da fisiologia reprodutiva; todavia, o início cada vez mais precoce da puberdade, manifestado na década de 1940 e provocando a redução da idade da primeira menstruação nas adolescentes, favorece a instalação precoce da capacidade reprodutiva desse grupo. A aceleração secular do crescimento traz como consequência a antecipação da menarca que, juntamente com o início mais precoce da atividade sexual, podem levar à gravidez na adolescência. Isso também se sustenta nas transformações sociais, destacando-se, entre elas, as mudanças de valores dentro de uma sociedade pseudo-permissiva, que estimula as práticas sexuais entre jovens, não vinculando responsabilidade ao aumento da liberdade (BRASIL, 2005; GRADIM; FERREIRA; MORAES, 2010; PEDRO FILHO et al., 2011; MOURA et al., 2011; RODRIGUES; JARDIM, 2012; QUEIROZ et al., 2014; ROSA et al., 2014).

Além dos fatores ginecológicos, ligados a sexualidade e contracepção, a inserção social e cultural precisa ser cuidadosamente considerada, pois a pobreza é em si predisponente ou determinante de outros fatores que favorecem a gestação na adolescência, num contexto maior que envolve: baixa escolaridade, evasão escolar, pouca autoestima, caracterização e mudança dos valores sociais; ausência de projeto de vida; solidão, necessidade de migração, aliadas a um modelo familiar inadequado, e educação sexual ausente ou insatisfatória em que a gravidez precoce costuma surgir e se repetir. Problemas psicoemocionais também podem se refletir no evento da gravidez. Famílias desestruturadas, crianças e adolescentes maltratados ou abusados no seio familiar contribuem para o aumento das

estatísticas relacionadas à gravidez na adolescência (SAITO; LEAL, 2000; SANTOS et al. 2009; SPINDOLA; SILVA, 2009; SIMÕES, 2010; MARTINS et al. 2014).

Adolescentes que relatam não fazerem uso de qualquer método contraceptivo justificam sua conduta pela falta de conhecimento/descuido. Quanto mais precoce ocorrer à iniciação sexual na adolescência, maiores serão as chances de gestação neste período, devido ao não uso dos métodos contraceptivos, seja pelo não poder de compra ou por acreditar em um mundo mágico, no qual nada acontece com elas, ou receio na busca pelo serviço de saúde bem como pelo desconhecimento de práticas preventivas (ROSA et al., 2014).

A gravidez nessa fase da vida traz preocupação considerando que neste momento as jovens deveriam estar se preparando para a idade adulta, especialmente em relação aos estudos e melhor ingresso no mercado de trabalho. A repercussão de uma gravidez em idade precoce e desprotegida pode trazer riscos para as adolescentes, dentre as quais se podem elencar: o abandono do parceiro ou mesmo da família, a perda de unicidade com o grupo de iguais, a descontinuidade e a interrupção de projetos de vida, além de riscos materno-fetais (BRASIL, 2005; NASCIMENTO et al., 2011; QUEIROGA et al., 2014).

A maternidade na adolescência se configura como um problema de saúde pública no Brasil e em outros países, sendo, portanto, necessário entender a complexidade e os fatores associados que tornam os jovens vulneráveis à ocorrência de uma gravidez precoce e a elevação do número de gestações nesta faixa etária (BELO; SILVA, 2004).

A responsabilidade precoce imposta pela gravidez, paralela a um processo de amadurecimento ainda em curso, resulta em uma adolescente mal preparada para assumir as responsabilidades psicológicas (baixa autoestima, ausência de apoio familiar, vivência de alto nível de estresse, poucas expectativas frente ao futuro e a presença de sintomas depressivos) e também a responsabilidade social e econômica que a maternidade envolve (GAMA et al., 2001). Ainda, risco obstétrico aumentado estando associada ao aumento na incidência da prematuridade, baixo peso ao nascer, crescimento fetal restrito e ruptura prematura das membranas, anemia, doença hipertensiva específica da gravidez e complicações no parto, tais como: desproporção céfalo-pélvica, hemorragia, parto prolongado e morte materna. Dentre as principais causas de óbito por complicações da gravidez, parto e

puerpério, destacam-se os estados hipertensivos, as infecções puerperais, as hemorragias e os abortos, principalmente em adolescentes que foram mal assistidas ou não tiveram acompanhamento no pré-natal (RIBEIRO et al., 2000; WAISSMAN; MACHADO, 2005; SCHEMPF et al., 2007; CHEN et al., 2007; HARPER; CHANG; MACONES, 2011; QUEIROZ et al., 2014).

Associados aos fatores socioculturais característicos da própria fase da adolescência citados anteriormente, encontram-se alguns aspectos relacionados a possíveis complicações ligadas ao parto e à criança, além da deficiência da assistência pré-natal (MACIEL et al., 2012). Há décadas, dados referentes à frequência de partos vaginais e cesáreos entre adolescentes são contraditórios, encontrando-se ainda hoje essa contradição. Estudos referem que a cesárea é mais praticada em adolescentes que em adultas, enquanto outros revelam taxas menores de partos cesáreos em adolescentes quando comparados a outras faixas etárias (MAIA et al., 2004; CHAN; LAO, 2008; SANTOS; MARTINS; SOUSA, 2008).

O impacto da gravidez na adolescência pode ser percebido pelos indicadores de saúde nacionais, em que o parto representou a primeira causa de internação de adolescentes do gênero feminino no Sistema Único de Saúde (SUS) e foi responsável por 106 óbitos (17,21%) dos 631 ocorridos devido à gravidez, parto ou aborto. Esse fato ocorre porque as adolescentes iniciam tardiamente o pré-natal e realizam número de consultas menor que o esperado, uma situação que concorre para um maior risco na evolução da gravidez e no parto (LIMA et al., 2004; BRASIL, 2004; 2006; VIEIRA et al., 2006).

Diversos estudos têm descrito o perfil epidemiológico de adolescentes grávidas (MALFATTI et al., 2006; SPINDOLA; SILVA, 2009; PEDRO FILHO et al., 2011; MACIEL et al., 2012, QUEIROZ et al., 2014, ROSA et al., 2014). Spindola e Silva (2009), em um hospital universitário, evidenciaram que a maioria das adolescentes (68,7%) tinha idade entre 15 e 17 anos, ensino fundamental completo (69,5%), estudantes (64,3%), com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (66,9%), sexarca de 1 a 3 anos após a menarca (55,3%); primigestas (79,4%) e, embora 75% não tivessem planejado a gestação, esta foi bem aceita em 58,9%. Maciel e colaboradores (2012) descreveram que das 10.653 mães estudadas, 2.540 eram adolescentes. Queiroz et al. (2014) descrevem que as adolescentes na maioria

residiam com os parceiros, eram primigestas, tiveram sexarca e menarca precoces, e alto índice de complicações sendo a mais prevalente a prematuridade.

A maior frequência de nascidos vivos de mães adolescentes são em regiões com piores valores de indicador socioeconômico regional que apresentam segmentos sociais em processo de vulnerabilização social e individual. Tais aspectos, somados à debilidade dos sistemas públicos de proteção social, traz consequências diretas para a qualidade de vida dessas populações (MARTINS et al., 2014).

Diante do exposto, o presente estudo visa avaliar o perfil epidemiológico, os fatores associados e os resultados perinatais de adolescentes grávidas de uma Maternidade pública no município de Goiânia - Goiás. A relevância do estudo da temática está relacionada à vulnerabilidade das adolescentes grávidas aos agravos da saúde, uma vez que o quantitativo de adolescentes gestantes vem aumentando vertiginosamente a cada dia, podendo acarretar complicações para saúde materno-fetal. Logo, fomos instigados a conhecer o perfil socioeconômico das adolescentes, averiguar os fatores associados à condição e buscar saber os resultados dos exames, com a finalidade de estabelecer parâmetros para nortear as ações de saúde executadas pela equipe de saúde da unidade.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo de corte transversal realizado nas dependências de uma maternidade pública no município de Goiânia, referência para atendimento humanizado de gestantes e parto, localizada na região noroeste da capital do Estado de Goiás.

O estudo transversal é a determinação da prevalência de um evento, cujas observações e mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em um determinado momento, sendo este momento definido pelo investigador. Têm vantagens de serem rápidos e de baixos custos (PEREIRA, 1995). O estudo transversal inclui como sujeito todas as pessoas ou uma amostra de uma determinada população em um recorte temporal, ou seja, em um único momento, permitindo fazer associações entre as variáveis (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2008).

5.2 Amostra

5.2.1 Participantes

Composta por 170 adolescentes (10 a 19 anos), internadas para realização de parto ou com quadro clínico de abortamento, durante o período de agosto de 2013 a maio de 2014 em uma maternidade pública municipal em Goiânia-Goiás.

5.2.2 Critérios de Inclusão Para os Participantes

Foi oferecida a participação na pesquisa de modo aleatório as adolescentes que foram internadas na Maternidade Nascido Cidadão para realização de parto ou por abortamento no período de coleta de dados. As adolescentes maiores de 18 anos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), que foi lido pelo pesquisador e no caso de menores de 18 anos, o referido TCLE foi assinado pelos pais ou responsável legal.

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: adolescentes, internadas por parto ou abortamento no período de coleta de dados, que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE do responsável legal.

5.2.3 Critérios de Exclusão Para os Participantes

Os critérios de exclusão para participar do estudo foram: adolescentes e mulheres adultas, acima de 20 anos, e adolescentes internadas para tratamento clínico ou as internadas para parto ou quadro clínico de abortamento que recusaram a participação na pesquisa por parte da adolescente ou responsável legal.

5.3 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Maternidade Nascir Cidadão, Região Noroeste de Goiânia. Unidade Pública de Saúde Municipal, administrada pela Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Goiânia (Figura 1).



Figura 1: Maternidade Nascir Cidadão.

Fonte: Pesquisador.

5.4 Aspectos Éticos Legais

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (UFG) conforme parecer consubstanciado, referente ao protocolo 094/2013, aprovado em 29 de julho de 2013 (AXEXO A).

5.5 Coleta de dados

A pesquisa foi realizada por meio de coleta de dados junto as adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, as quais foram abordadas de modo aleatório durante a internação na Maternidade Nascer Cidadão no período de coleta de dados, compreendido entre agosto/2013 e maio/2014. O TCLE foi lido pelo entrevistador e caso a adolescente e/ou seu responsável concordassem com a participação na pesquisa, iniciou-se a coleta de dados com as perguntas direcionadas contidas no formulário específico (Apêndice B), elaborado pelo pesquisador especificamente para este estudo. As perguntas foram realizadas pelo pesquisador ou uma única entrevistadora capacitada pelo pesquisador em ambiente que permitiu a preservação do sigilo das respostas prestadas. Outras informações relevantes para esta pesquisa foram coletadas pela análise dos prontuários com levantamento dos dados referentes à internação e desfecho da gestação, parto ou abortamento.

5.5.1 Avaliação do Perfil das Adolescentes

Os dados registrados no formulário confeccionado pelo pesquisador, especificamente para este estudo (Apêndice B), obtiveram informações sobre o Perfil sociodemográfico (idade, estado civil, raça, endereço, moradia, renda familiar, escolaridade); Antecedentes ginecológicos e sexuais (idade da primeira menstruação (menarca), idade da primeira relação sexual (sexarca), motivo da sexarca, quantidade de parceiros com os quais já teve relação sexual; Conhecimento dos métodos contraceptivos que evitam a gravidez (pílula, camisinha, tabelinha, diafragma, dispositivo intra-uterino, tempo que usou ou usa o método); Antecedentes e relações familiares (adolescentes grávidas na família, apoio da família); Antecedentes obstétricos (número de gestações, pré-natal, complicações); Dados da gravidez atual (motivo da internação, tipo de parto); Dados sobre o recém-

nascido (peso, Apgar de primeiro e quinto minutos, amamentação). Após coleta de dados, os mesmos foram digitados e tabulados utilizando como ferramenta o Software Excel do pacote Microsoft Office for Windows, para em seguida, serem analisados estatisticamente no programa Statistical Package for the Social Sciences (*SPSS for Windows, 21.0*), afim de atender os objetivos do trabalho.

5.5.2 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada estratificando em dois grupos: adolescentes ≤ 16 anos e adolescentes > 16 anos, seguindo as seguintes referências (MARCONDES et al., 2004; CHALEM et al., 2007; GRADIM; FERREIRA, MORAES, 2010).

O teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* foi aplicado para testar a normalidade das variáveis. Os resultados demonstraram que todas as variáveis do estudo apresentam distribuição normal ($p \leq 0,05$). Em seguida, utilizou-se da ferramenta *Explore* para fazer estatística descritiva dos dados. Teste Qui-quadrado foi realizado para comparar os dois grupos de adolescentes segundo a idade. Após a análise estatística dos dados, os mesmos foram distribuídos em tabelas mostrando os valores absolutos e percentuais, encontrados para todas as adolescentes e o comparativo entre os grupos (adolescentes ≤ 16 anos e > 16 anos) sendo feita a descrição dos pontos principais a serem observados, para posterior discussão e definição do perfil epidemiológico, fatores predisponentes e repercussões perinatais das adolescentes atendidas na Maternidade Nascer Cidadão em Goiânia – Goiás.

6. RESULTADOS

O perfil epidemiológico, fatores predisponentes e repercussões perinatais das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, serão descritos na seguinte ordem: Características sócio demográficas das adolescentes grávidas; Antecedentes ginecológicos e sexuais; Conhecimento e uso dos métodos contraceptivos; Antecedentes familiares; Antecedentes obstétricos; Dados da gravidez atual e dados sobre o recém-nascido.

6.1 Características Sócio- demográficas das Adolescentes

Os dados referentes às características pessoais e condições sócio econômicas das adolescentes referem-se a: idade, estado civil, raça, bairro, moradia, renda familiar e escolaridade. A idade das participantes variou de 13 a 19 anos (Média = 17,3 anos; Desvio Padrão = 1,43).

Para melhor compreensão do perfil das adolescentes, os dados foram divididos em dois grupos por idade: ≤ 16 anos ($n=49$, 28,82%) e >16 anos ($n=121$, 71,18%), totalizando 170 adolescentes.

A tabela 1 demonstra os resultados referentes ao estado civil e raça. Observa-se que a maioria das adolescentes possui união consensual com os parceiros, seguido de estado civil solteiras, mesmo quando os grupos foram separadas pela idade. A comparação entre os dois grupos não demonstrou diferença significativa para a variável estado civil ($p=0,09$). Achados similares entre os dois grupos foram observados em relação à raça, sendo a maioria parda, seguida de brancas.

Tabela 1: Características do estado civil e raça das adolescentes internadas na Maternidade Nascir Cidadão, por idade, 2014 (N=170)

Características da identificação		Total		≤ 16 anos		> 16 anos		X²	Valor p
		N	%	N	%	N	%		
Estado civil*	Solteira	56	32,9	18	36,7	38	31,4	6,38	0,09
	União Consensual	98	57,6	29	59,2	69	57,0		
	Casada	15	8,8	1	2,0	14	11,6		
	<i>Missing</i>	1	0,6	1	2,0	0	0		
Raça**	Branca	28	16,5	9	18,4	19	15,7	0,21	0,99
	Negra	17	10,0	5	10,2	12	9,9		
	Parda	107	62,9	30	61,2	77	63,6		
	Amarela	14	8,2	4	8,2	10	8,3		
	Indígena	0	0	0	0	0	0		
	<i>Missing</i>	4	2,4	1	2,0	3	2,5		

n: número de adolescentes; %: Porcentagem; *Missing*: Não responderam a pergunta; X²= Teste Qui Quadrado; p=Nível de significância; * Não houve estado civil separada ou viúva; **Não houve relato de raça indígena.

No que tange a moradia das adolescentes, Tabela 2, constatamos que a maioria absoluta mora em casa própria, tanto no grupo em geral e quando separadas pela idade. Quando questionadas com quem moram, a maioria delas referiu morar com os parceiros (união consensual). Entretanto, no grupo de adolescentes ≤16 anos, prevaleceu a moradia na companhia dos pais, dados divergentes das adolescentes >16 anos. Em relação ao número de cômodos na moradia, no grupo ≤16 anos e em geral, os achados foram semelhantes (5 a 6 cômodos). Em contrapartida, as adolescentes do grupo >16 anos, as categorias (3 a 4) e (5 a 6) demonstraram achados análogos. Em todos os grupos, o número de moradores variou de 3 a 4 pessoas.

Tabela 2: Características da moradia das adolescentes internadas na Maternidade Nascido Cidadão, por idade, 2014 (N=170)

<i>Características da moradia</i>		<i>Total</i>		<i>≤ 16 anos</i>		<i>> 16 anos</i>		<i>X²</i>	<i>Valor p</i>
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		
Propriedade	Própria	85	50,0	24	49,0	61	50,4	0,64	0,72
	Alugada	75	44,1	21	42,9	54	44,6		
	Cedida	10	5,9	4	8,2	6	5,0		
Mora com quem	Pais	43	25,3	14	28,6	29	24,0	8,00	0,09
	Parceiro	66	38,8	12	24,5	54	44,6		
	Parentes	27	15,9	12	24,5	15	12,4		
	Outros	1	0,6	0	0	1	0,8		
	Diversas opções de respostas	32	18,8	11	22,4	21	17,4		
	<i>Missing</i>	1	0,6	0	0	1	0,8		
Número de cômodos na moradia	1 a 2	4	2,4	2	4,1	2	1,7	4,47	0,34
	3 a 4	58	34,1	13	26,5	45	37,2		
	5 a 6	64	37,6	19	38,8	45	37,2		
	Mais de 6	41	24,1	15	30,6	26	21,5		
	<i>Missing</i>	3	1,8	0	0	3	2,5		
Número de moradores na casa	1 a 2	5	2,9	2	4,1	3	2,5	4,12	0,39
	3 a 4	83	48,8	19	38,8	64	52,9		
	5 a 6	51	30,0	16	32,7	35	28,9		
	Mais de 6	30	17,6	12	24,5	18	14,9		
	<i>Missing</i>	1	0,6	0	0	1	0,8		

n: número de adolescentes; %: Porcentagem; *Missing*: Não responderam a pergunta; X^2 = Teste Qui Quadrado; p=Nível de significância.

Os Gráficos 1, 2 e 3 explicitam os principais bairros onde as adolescentes do estudo moram, estratificados no total e por grupo.. Constatou-se que 59 bairros foram

citados como locais de moradia e 04 cidades da região metropolitana. A figura 2, obtida por meio do aplicativo *Google Maps*, ilustra a Maternidade (Marcador A) e os principais bairros (estrelas), mostrando a proximidade entre eles.

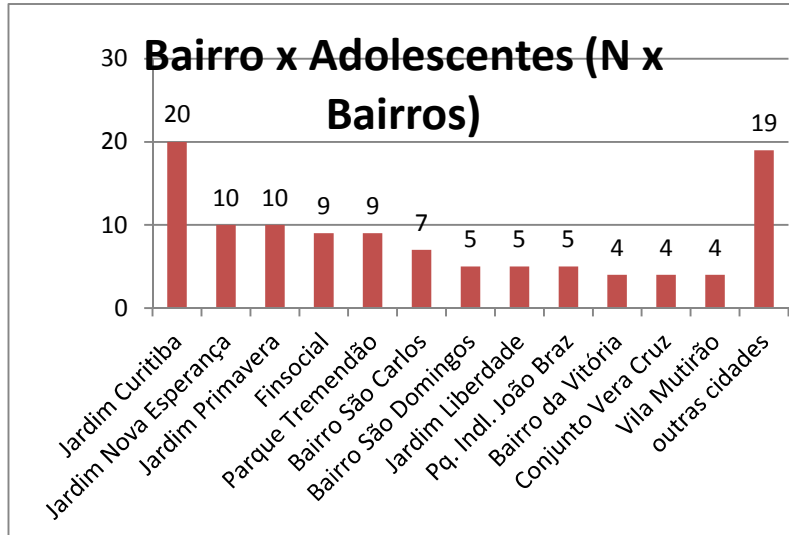


Gráfico 1 – Principais bairros de moradia das adolescentes ≤ 16 anos

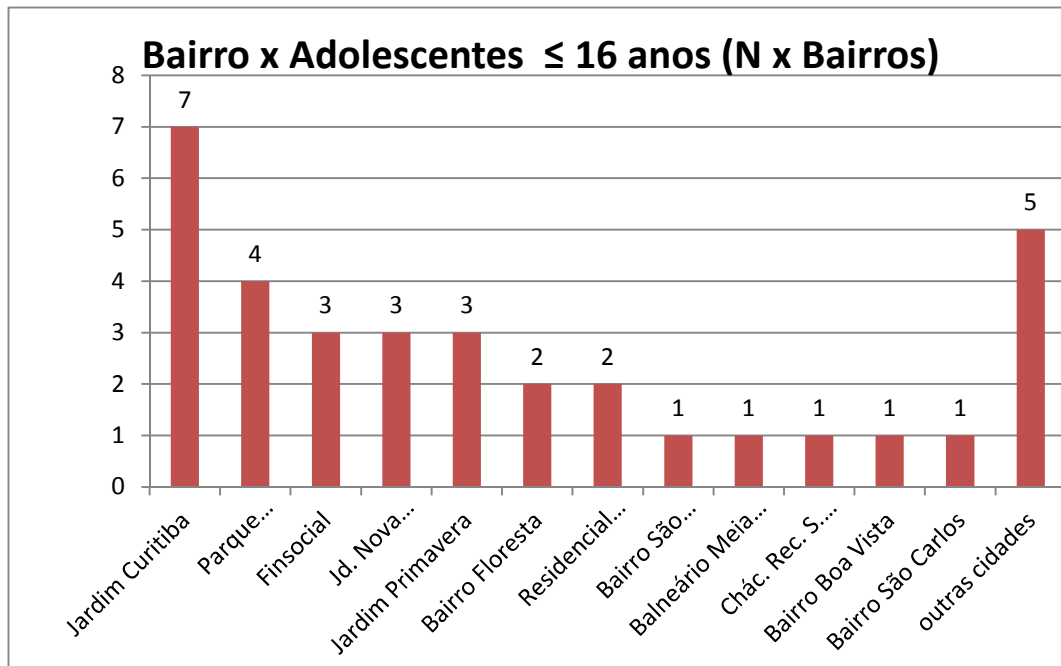


Gráfico 2 – Principais bairros de moradia das adolescentes > 16 anos

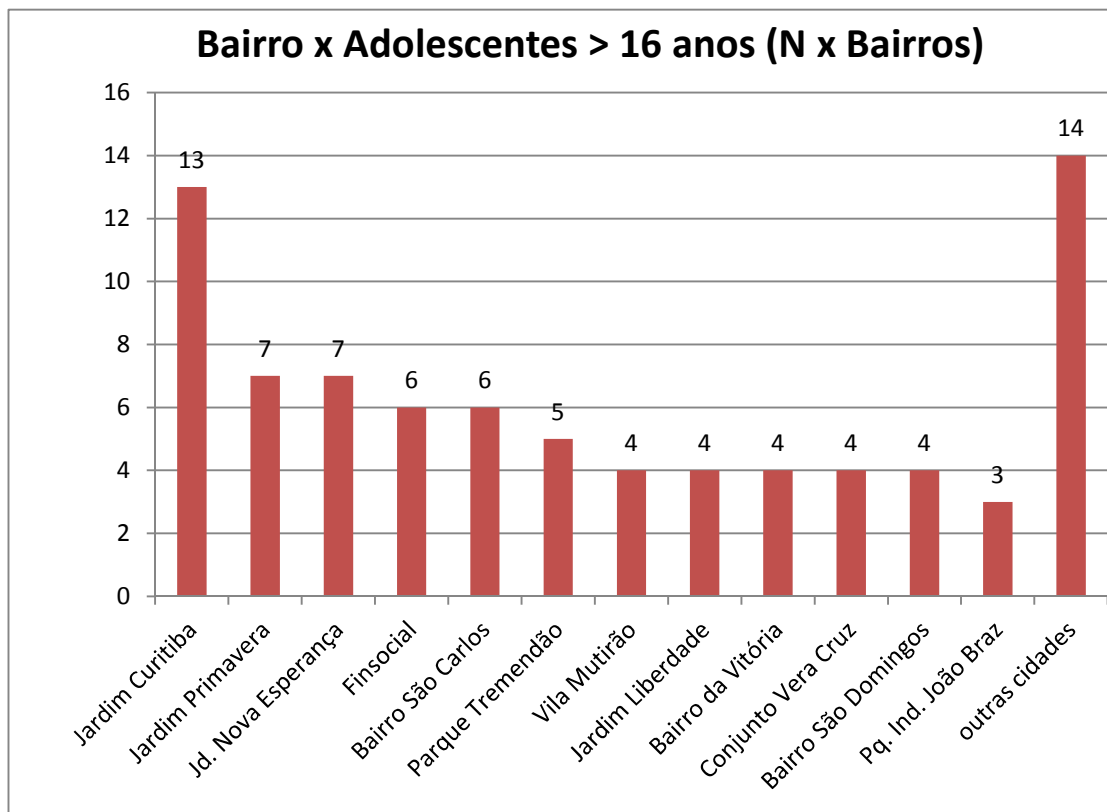


Gráfico 3 – Principais bairros de moradia das adolescentes > 16 anos

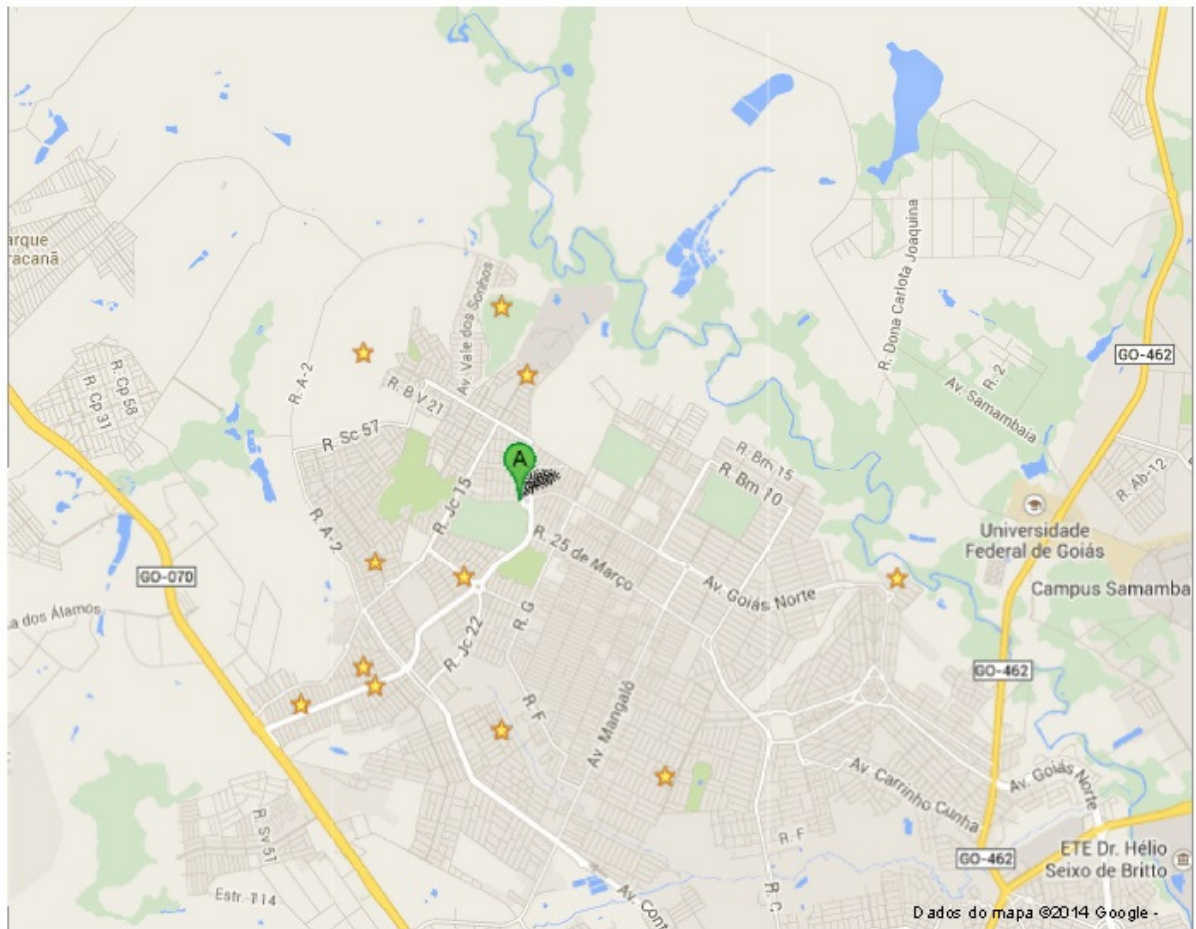


Figura 2 – Mapa com principais bairros de origem das adolescentes.

Fonte: Google Maps.

A tabela 3 detalha os resultados da renda familiar, participação em programas de assistência do governo e ocupação/atividade profissional das participantes, havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos estratificados por idade.

Tabela 3: Características da renda familiar e ocupação/atividade profissional das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014 (N=170)

<i>Características da renda familiar e ocupação</i>		<i>Total</i>		<i>≤ 16 anos</i>		<i>> 16 anos</i>		<i>X²</i>	<i>Valor p</i>
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		
Renda familiar (em salário mínimo)	Até 1 SM	5	2,9	4	8,2	1	0,8	8,54	0,03*
	1 SM	41	24,1	14	28,6	27	22,3		
	1 a 3 SM	97	57,1	26	53,1	71	58,7		
	Mais 3 SM	27	15,9	5	10,2	22	18,2		
Participa de algum programa de assistência do governo	Não	151	88,8	39	79,6	112	92,6	5,91	0,01*
	Sim	19	11,2	10	20,4	9	7,4		
Ocupação/ Atividade profissional	Não trabalha	20	11,8	8	16,3	12	9,9	21,64	<0,001*
	Estudante	41	24,1	21	42,9	20	16,5		
	Do lar	72	42,4	18	36,7	54	44,6		
	Emprego formal	17	10,0	1	2,0	16	13,2		
	Emprego informal	20	11,8	1	2,0	19	15,7		

n: número de adolescentes; %: Porcentagem; X²= Teste Qui Quadrado; p=Nível de significância; SM: Salário Mínimo; *: Significância estatística.

Quanto à escolaridade, os dados demonstraram que 45,3% das adolescentes encontravam-se no ensino médio incompleto. No grupo ≤16 anos prevaleceu o ensino fundamental incompleto (53,1%) e no grupo >16 anos, ensino médio

incompleto (47,1%). Verificou-se que 53,5% do total de adolescentes estudavam quando engravidaram. Porém, quando analisamos de forma separada os grupos, observa-se que 75,7% e 44,6% das adolescentes ≤ 16 anos e > 16 anos, respectivamente, estudavam no início da gestação, demonstrando a diferença significativa ($p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 4: Características da escolaridade das adolescentes internadas na Maternidade Nascir Cidadão, por idade, 2014 (N=170)

<i>Características quanto a escolaridade</i>		<i>Total</i>		<i>≤ 16 anos</i>		<i>> 16 anos</i>		<i>X²</i>	<i>Valor p</i>
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Nível de educação**	Não alfabetizada	2	1,2	0	0	2	1,7	16,94	0,002*
	Ensino fundamental incompleto	58	34,1	26	53,1	32	26,4		
	Ensino fundamental completo	12	7,1	3	6,1	9	7,4		
	Ensino médio incompleto	77	45,3	20	40,8	57	47,1		
	Ensino médio completo	21	12,4	0	0	21	17,4		
Estudava quando engravidou	Não	79	46,5	12	24,5	67	55,4	13,37	<0,001*
	Sim	91	53,5	37	75,5	54	44,6		

n: número de adolescentes; %: Porcentagem; X^2 = Teste Qui Quadrado; p=Nível de significância; *: Significância estatística; **Não houve relatos de escolaridade superior incompleto e completo.

Tabela 4 Características da escolaridade das adolescentes internadas na Maternidade Nascir Cidadão, por idade, 2014 (continuação) (N=170)

<i>Características quanto a escolaridade</i>		<i>Total</i>		<i>≤ 16</i>		<i>> 16 anos</i>		<i>X²</i>	<i>Valor p</i>
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Anos de estudo, quando engravidou*	5 anos de estudo	1	1,1	1	2,7	0	0,0	16,94	0,002*
	6 anos de estudo	3	3,4	3	8,1	0	0,0		
	7 anos de estudo	5	5,7	4	10,8	1	2,0		
	8 anos de estudo	5	5,7	2	5,4	3	5,9		
	9 anos de estudo	17	19,3	12	32,4	5	9,8		
	10 anos de estudo	22	25,0	13	35,1	9	17,6		
	11 anos de estudo	20	22,7	2	5,4	18	35,3		
	12 anos de estudo	15	17,0	0	0,0	15	29,4		
	<i>Missing</i>	82	48,2	12	24,5	70	57,9		
Ainda estuda	Não	138	81,2	34	69,4	104	86,0	5,96	0,051*
	Sim	32	18,8	15	30,6	17	14,0		
Anos de estudo, continua estudando*	9 anos de estudo	3	9,4	3	20,0	0	0	16,94	0,002*
	10 anos de estudo	14	43,8	8	53,3	6	35,3		
	11 anos de estudo	10	31,3	4	26,7	6	35,3		
	12 anos de estudo	5	15,6	0	0	5	29,4		
Porque parou de estudar**	Falta de apoio da família	2	1,4	1	2,9	1	1,0	12,49	0,052*
	Falta de apoio do parceiro	7	5,1	2	5,9	5	4,8		
	Gravidez	61	44,2	21	61,8	40	38,5		
	Trabalho	12	8,7	1	2,9	11	10,6		
	Outros motivos	56	40,6	9	26,5	47	45,2		
	Continuavam a estudar	32	35,1	15	40,5	17	31,5		
Pretende voltar a estudar	Não	14	10,1	2	5,9	12	11,5	8,48	0,014*
	Sim	124	89,9	32	94,1	92	88,5		

n: número de adolescentes; %: Porcentagem; X^2 = Teste Qui Quadrado; *Missing*: Não responderam a pergunta; p=Nível de significância; *Significância estatística; *Não houve relatos > de 12 anos de estudo; **Não houve relatos de motivo de parada dos estudos a falta de recursos financeiros, que constava do formulário de entrevista.

6.2 Características Sobre Antecedentes Ginecológicos e Sexuais

Os dados referentes às características sobre antecedentes ginecológicos e sexuais referem-se a menarca, sexarca, motivo da sexarca e número de parceiros, os quais podem ser observados na tabela 5.

Evidencia-se que a idade da menarca (primeira menstruação) na maioria das adolescentes foi entre 11 e 13 anos no grupo em geral e quando estratificado pela idade. Quanto a idade da sexarca (primeira relação sexual), os dados demonstraram que foi de 14 a 15 anos no grupo em geral e >16 anos. As adolescentes com ≤ 16 anos, a prevalência ocorreu entre 13 a 14 anos, demonstrando diferença significativa entre os grupos ($p=0,009$).

O motivo principal mencionado pelas adolescentes para o primeiro ato sexual foi o sentimento pelo parceiro seguido de curiosidade. Importante destacar que 05 adolescentes tiveram a primeira relação sexual devido abuso sexual, dado prevalente somente nas adolescentes >16 anos.

Em relação a quantidade de parceiros, os dados não demonstraram uma prevalência no grupo em geral e >16 anos, sendo dispersos de um a mais de cinco parceiros. Entretanto, no grupo de adolescentes ≤ 16 anos, prevaleceu de um (38,8%) a dois (28,6%) parceiros.

Tabela 5: Características dos antecedentes ginecológicos e sexuais das adolescentes internadas na Maternidade Nascir Cidadão, por idade, 2014(N=170)

<i>Características sobre antecedentes ginecológicos e sexuais</i>		<i>Total</i>		<i>≤ 16 anos</i>		<i>> 16 anos</i>		<i>X²</i>	<i>Valor p</i>
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Idade da menarca	< 10 anos	2	1,2	1	2,0	1	0,8	6,70	0,66
	10 anos	17	10,0	7	14,3	10	8,3		
	11 anos	34	20,0	10	20,4	24	19,8		
	12 anos	44	25,9	12	24,5	32	26,4		
	13 anos	36	21,2	13	26,5	23	19,0		
	14 anos	24	14,1	5	10,2	19	15,7		
	15 anos	6	3,5	1	2,0	5	4,1		
	16 anos	3	1,8	0	0	3	2,5		
	> 16 anos	1	0,6	0	0	1	0,8		
	Não lembra	3	1,8	0	0	3	2,5		
Idade da sexarca**	10 anos	1	0,6	0	0	1	0,8	21,94	0,009*
	11 anos	2	1,2	0	0	2	1,7		
	12 anos	12	7,1	6	12,2	6	5,0		
	13 anos	26	15,3	11	22,4	15	12,4		
	14 anos	51	30,0	19	38,8	32	26,4		
	15 anos	41	24,1	8	16,3	33	27,3		
	16 anos	27	15,9	3	6,1	24	19,8		
	> 16 anos	8	4,7	0	0	8	6,6		
	Não lembra	1	0,6	1	2,0	0	0		
	<i>Missing</i>	1	0,6	1	2,0	0	0		
Motivo da sexarca	Sentimento pelo parceiro	102	60,0	27	55,1	75	62,0	7,00	0,221
	Casamento	9	5,3	3	6,1	6	5,0		
	Curiosidade	35	20,6	10	20,4	25	20,7		
	Abuso sexual	5	2,9	0	0	5	4,1		
	Ocasão	18	10,6	8	16,3	10	8,3		
	<i>Missing</i>	1	0,6	1	2,0	0	0		
Número de parceiros	Um	47	27,6	19	38,8	28	23,1	9,84	0,080
	Dois	41	24,1	14	28,6	27	22,3		
	Três	33	19,4	5	10,2	28	23,1		
	Quatro	17	10,0	6	12,2	11	9,1		
	Cinco ou mais	31	18,2	5	10,2	26	21,5		
	<i>Missing</i>	1	0,6	0	0	1	0,8		

n: número de adolescentes; %: Porcentagem; X^2 = Teste Qui Quadrado; *Missing*: Não responderam a pergunta; p=Nível de significância; *: Significância estatística; **Não houve relatos de adolescentes < 10anos.

6.3 Características Sobre o Conhecimento e Uso dos Métodos Contraceptivos

Os dados referentes às características sobre o conhecimento e uso dos métodos contraceptivos estão detalhados na tabela 6.

Exceto uma adolescente, todas as demais conhecem algum método anticoncepcional (n=169, 99,4%), sendo que a maioria indicou conhecimento de mais de uma opção de método contraceptivo, totalizando 853 itens de respostas.

Quando questionadas sobre quais são os métodos conhecidos, as 169 adolescentes responderam: 164 (97,04%) referiram conhecer a camisinha, 161 (95,27%) a pílula, 137 (81,07%) a pílula do dia seguinte, 135 (79,88%) anticoncepcional injetável mensal, 94 (55,62%) Dispositivo Intrauterino (DIU), 89 (52,66%) injetável trimestral, 48 (28,40%) tabelinha, 22 (13,02%) diafragma, 2 (1,18%) implante hormonal e 1 (0,59%) indicou outro método (laqueadura).

Quase 91% (n=154) das adolescentes do estudo referiram já ter feito uso de algum método anticoncepcional, sendo que muitas delas já utilizaram mais de um tipo sequencialmente ou simultaneamente. Destas 154 adolescentes, 136 (88,31%) referiram conhecer a camisinha, 100 (64,94%) a pílula, 80 (51,95%) a pílula do dia seguinte, 44 (28,57%) anticoncepcional injetável mensal, 6 (3,90%) injetável trimestral, 2 (1,30%) tabelinha e 1 (0,65%) indicou outro método. Os métodos DIU, diafragma e implantes não foram mencionados como métodos já utilizados pelas adolescentes.

Um alto percentual de adolescentes (74,1%) não fazia uso de método contraceptivo quando engravidou. Das 44 (25,9%) que faziam uso, 28 (62,22%) utilizavam pílula anticoncepcional, 10 (22,22%) injetável mensal, 5 (11,11%) pílula do dia seguinte, 3 (6,67%) camisinha e 1 injetável trimestral (2,22%). Três pacientes mencionaram uso de mais de um método e mesmo assim engravidaram.

Tabela 6: Características sobre o conhecimento e uso dos métodos contraceptivos das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014(N=170)

Conhecimento dos métodos Contraceptivos		Total		≤ 16 anos		> 16 anos		X²	Valor p
		N	%	N	%	N	%		
Conhece os métodos contraceptivos para evitar gravidez	Não	1	0,6	0	0	1	0,8	0,40	0,523
	Sim	169	99,4	49	100	120	99,2		
Já usou algum método	Não	16	9,4	9	18,4	7	5,8	6,47	0,011
	Sim	154	90,6	40	81,6	114	94,2		
Usava algum método quando engravidou	Não	126	74,1	36	73,5	90	74,4	0,015	0,902
	Sim	44	25,9	13	26,5	31	25,6		
Tempo de uso do método contraceptivo na época da gravidez	< 6 meses	33	19,4	13	26,5	20	16,5	5,72	0,334
	6 a 12 meses	9	5,3	4	8,2	5	4,1		
	12 a 18 meses	7	4,1	2	4,1	5	4,1		
	18 a 24 meses	3	1,8	0	0	3	2,5		
	>24 meses	9	5,3	1	2,0	8	6,6		
	Missing	109	64,1	29	59,2	80	66,1		

n: número de adolescentes; %: Porcentagem; X²= Teste Qui Quadrado; *Missing*: Não responderam a pergunta; p=Nível de significância.

6.4 Características Sobre Antecedentes Familiares

Os dados referentes às características dos antecedentes familiares demonstram que das 170 adolescentes, 129 referiram ter algum familiar de primeiro grau que teve filhos antes dos 20 anos de idade, sendo 39 (22,9%) mencionaram ter mais de uma opção de resposta no quesito. No total, após a estratificação e somatório de todas

as respostas simples e múltiplas para o quesito: “Algum familiar de primeiro grau que teve filhos ≤ 19 anos”, observou-se que: 104 (80,62%) mencionaram a mãe, 49 (37,98%) a irmã, 22 (17,05%) o pai e 4 (3,10%) o irmão.

Mais de 50% das participantes possuem três ou mais irmãos. Sobre o apoio recebido durante a gestação, os dados demonstraram que a família (85,9%), o pai do bebê (82,4%) e a família paterna (75,3%) apoiaram a adolescente desde o início da gestação. 75,9% (n=129) das adolescentes ainda mantém relacionamento amoroso com o pai do bebê. Mais de 20% das participantes não mantêm relacionamento amoroso com o pai de seu filho, sendo que 3,5% já estão com outro parceiro. Sobre a programação da gravidez, 69,4% foram inesperadas/aceitas e 30,6% planejadas/desejadas pelas adolescentes, não demonstrando diferença significativa entre os grupos. Nenhuma das adolescentes mencionaram que a gravidez foi inesperada e não aceita.

Tabela 7: Características dos antecedentes familiares das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014(N=170)

Antecedentes familiares		Total		≤ 16 anos		> 16 anos		X²	Valor p
		N	%	N	%	N	%		
Algum familiar de primeiro grau que teve filhos ≤ 19 anos	Nenhum	40	23,5	12	24,5	28	23,1	9,64	0,086
	Mãe	66	38,8	25	51,0	41	33,9		
	Irmã	23	13,5	3	6,1	20	16,5		
	Irmão	1	0,6	0	0	1	0,8		
	Pai	0	0	0	0	0	0		
	Mais de uma resposta	39	22,9	8	16,3	31	25,6		
	Missing	1	0,6	1	2,0	0	0		
Quantas irmãs e/ou irmãos tem ao todo	Um	31	18,2	10	20,4	21	17,4	6,16	0,187
	Dois	45	26,5	9	18,4	36	29,8		
	Três	35	20,6	10	20,4	25	20,7		
	Mais de três	55	32,4	17	34,7	38	31,4		
	Nenhum	4	2,4	3	6,1	1	0,8		
Teve apoio da família durante a gravidez	Não	7	4,1	0	0	7	5,8	6,53	0,25
	Sim, toda família	146	85,9	43	87,8	103	85,1		
	Só da mãe	10	5,9	4	8,2	6	5,0		
	Só do pai	1	0,6	1	2,0	0	0		
	Outros familiares	5	2,9	1	2,0	4	3,3		
	Missing	1	0,6	0	0	1	0,8		
Teve apoio do pai do bebe durante a gestação	Nenhum	25	14,7	9	18,4	16	13,2	1,28	0,73
	Sim, desde o inicio	140	82,4	38	77,6	102	84,3		
	Sim, parcialmente	3	1,8	1	2,0	2	1,7		
	Só financeiramente	2	1,2	1	2,0	1	0,8		
Ainda mantem relacionamento amoroso com o pai do bebe durante a gestação	Nenhum, estou sozinha	31	18,2	9	18,4	22	18,2	0,088	0,993
	Sim, desde o inicio	129	75,9	37	75,5	92	76,0		
	Sim, parcialmente	3	1,8	1	2,0	2	1,7		
	Não, tenho outro parceiro	6	3,5	2	4,1	4	3,3		
	Missing	1	0,6	0	0	1	0,8		
Teve apoio de familiares do pai do bebê na	Nenhum	33	19,4	9	18,4	24	19,8	1,28	0,73
	Sim, desde o inicio	128	75,3	36	73,5	92	76,0		

gestação	Sim, parcialmente	6	3,5	3	6,1	3	2,5		
	Só financeiramente	3	1,8	1	2,0	2	1,7		
Você considera que esta gravidez foi	Planejada	15	8,8	6	12,2	9	7,4	1,09	0,57
	Desejada	37	21,8	11	22,4	26	21,5		
	Inesperada/aceita	118	69,4	32	65,3	86	71,1		

n: número de adolescentes; %: Porcentagem; X^2 = Teste Qui Quadrado; *Missing*: Não responderam a pergunta; p=Nível de significância.

6.5 Características Sobre Antecedentes Obstétricos

As características dos antecedentes obstétricos das adolescentes foram avaliadas através do número de gestações, acompanhamento do pré-natal, internações, complicações e ganho de peso durante a gestação, os quais podem ser conferidos na Tabelas 8.

A maioria das gestantes incluídas no estudo era primigesta (n=123, 72,4%). As adolescentes com >16 anos apresentaram percentuais maiores para gestações subsequentes. Das 47 adolescentes que referiram ter tido gestações anteriores, quando perguntadas sobre o desfecho da gestação anterior, constatamos que 04 delas responderam mais de um item, uma adolescente não respondeu a este quesito, totalizando 50 respostas, prevalecendo o parto normal seguido pelo abortamento nos dois grupos. Quando questionadas sobre onde realizaram o acompanhamento do pré-natal, os dados indicaram que a maioria foi em Unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) seguido de posto de saúde e/ou Centro de Assistência Integral a Saúde (CAIS).

A maioria das adolescentes foram em mais de 6 consultas de pré-natal e não apresentaram nenhuma internação durante o período. Noventa e uma adolescente (53,6%) relataram ter alguma complicação durante a gravidez. Excetuando-se as que não tiveram complicações (n=77), os dados demonstram que: 64 (70,33%) infecção urinária, 36 (39,56%) anemia, 08 (8,79%) pressão alta e 12 (19,78%) outras complicações. No que tange ao ganho de peso na gravidez, a maioria das adolescentes ganharam menos de 12 kg. Levamos em consideração somente o ganho de peso em termos absolutos, não sendo relacionado ao índice de Massa Corpórea (IMC).

Tabela 8: Características dos antecedentes obstétricos das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014 (N=170)

Antecedentes obstétricos		Total		≤ 16 anos		> 16 anos		X²	Valor p
		n	%	n	%	n	%		
Número de gestações (Incluindo a atual)	Uma	123	72,4	44	89,8	79	65,3	11,08	0,011
	Duas	38	22,4	5	10,2	33	27,3		
	Três	7	4,1	0	0	7	5,8		
	Mais de três	2	1,2	0	0	2	1,7		
Se houve gravidez anterior, você teve quantos*	Parto normal	24	48,0	4	57,1	20	46,5	7,83	0,098
	Cesárea	10	20,0	1	14,3	9	20,9		
	Aborto espontâneo	16	32,0	2	28,6	14	32,6		
Onde você realizou acompanhamento do pré-natal	Não fez pré natal	6	3,5	1	2,0	5	4,1	13,20	0,040
	ESF	97	57,1	28	57,1	69	57,0		
	Posto de saúde / CAIS	50	29,4	10	20,4	40	33,1		
	Hospital /maternidade baixo	12	7,1	7	14,3	5	4,1		
	Hospital /maternidade alto	2	1,2	1	2,0	1	0,8		
	Mais de uma opção	1	0,6	0	0	1	0,8		
	Missing	2	1,2	2	4,1	0	0		

n: número de adolescentes; %: Porcentagem; X²= Teste Qui Quadrado; *Missing*: Não responderam a pergunta; p=Nível de significância; *Não houve relatos de aborto provocado e gravidez ectópica.

Tabela 8: Características sobre antecedentes obstétricos das adolescentes internadas na Maternidade Nascir Cidadão, por idade, 2014 (N=170) (continuação)

Antecedentes obstétricos		Total		≤ 16 anos		> 16 anos		X²	Valor p
		n	%	n	%	n	%		
Você realizou quantas consultas de pré natal	Nenhuma	5	2,9	1	2,0	4	3,3	8,79	0,186
	1 a 2	11	6,5	4	8,2	7	5,8		
	3 a 4	16	9,4	4	8,2	12	9,9		
	5 a 6	46	27,1	14	28,6	32	26,4		
	>6	88	51,8	23	46,9	65	53,7		
	Mais de uma opção	1	0,6	0	0	1	0,8		
	<i>Missing</i>	3	1,8	3	6,1	0	0		
Teve alguma internação durante o pré natal	Não	135	79,4	40	81,6	95	78,5	5,913	0,116
	Sim	33	19,4	7	14,3	26	21,5		
	<i>Missing</i>	2	1,2	2	4,0	0	0		
Complicações durante a gravidez antes desta internação	Não	77	45,3	21	42,9	56	46,3	1,91	0,92
	Infecção urinária	34	20,0	10	20,4	24	19,8		
	Pressão alta	2	1,2	1	2,0	1	0,8		
	Anemia	11	6,5	2	4,1	9	7,4		
	Outra	11	6,5	3	6,1	8	6,6		
	Mais de uma opção de resposta	33	19,4	11	22,4	22	18,2		
Qual seu ganho de peso durante esta gravidez	< 8 Kg	46	27,1	18	36,7	28	23,1	9,63	0,08
	9 a 12 kg	45	26,5	9	18,4	36	29,8		
	13 a 16 kg	31	18,2	8	16,3	23	19,0		
	>17 kg	40	23,5	11	22,4	29	24,0		
	Não sabe	6	3,5	1	2,0	5	4,1		
	<i>Missing</i>	2	1,2	2	4,1	0	0		

n: número de adolescentes; %: Porcentagem; X²= Teste Qui Quadrado; *Missing*: Não responderam a pergunta; p=Nível de significância.

6.6 Características Sobre Dados da Gravidez Atual

Em relação à gravidez atual, pesquisou-se: motivo da internação; se a gravidez atual terminou em cesariana, parto normal, aborto espontâneo, aborto provocado ou prenhez ectópica; as indicações de cesariana e a idade gestacional (Tabela 9).

Os dados encontrados demonstraram que 162 adolescentes responderam a este quesito, sendo 79 delas, com mais de uma opção, totalizando 267 opções de respostas (itens). Após a estratificação das respostas, encontrou-se que 77,8% (n=126) das pacientes responderam como principal motivo de internação o trabalho de parto, seguido por amniorexe (bolsa rota) e sangramento genital, 37,0% e 32,7%, respectivamente.

Analisando isoladamente os itens respondidos (267 tipos de respostas), observa-se que o trabalho de parto prevaleceu como principal motivo (n=126, 47,19%).

Quanto ao término da gestação, houve uma prevalência do parto normal sobre a cesariana em 105 casos (61,8%) contra 57 (33,5%). Um total de 08 (4,7%) adolescentes foram internadas com diagnóstico de abortamento espontâneo.

Constatou-se um total de 57 cesarianas, das quais 50 com diagnóstico definido em prontuário e 07 com dois diagnósticos marcados, as principais indicações de cesariana identificadas nas adolescentes foram: desproporção céfalo-pélvica (34,0%), sofrimento fetal agudo (24,0%) e pós-datismo (14,0%).

Na análise da idade gestacional na internação, nos dois grupos, evidenciou-se que a maioria das gestantes possuía idade gestacional acima de 37 semanas, com 40 casos (81,6%) no grupo ≤ 16 anos e 110 casos (90,9%) no grupo >16 anos, sem significância estatística.

Tabela 9: Dados da gravidez atual das adolescentes internadas na Maternidade Nascir Cidadão, por idade, 2014 (N=170)

<i>Dados da gravidez atual</i>		<i>Total</i>		<i>≤ 16 anos</i>		<i>> 16 anos</i>		<i>X²</i>	<i>Valor p</i>
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		
Qual motivo desta internação	Trabalho de parto	126	77,8	36	78,3	90	77,6	15,66	0,110
	Amniorexe (bolsa rota)	60	37,0	16	34,8	44	37,9		
	Pressão alta	2	1,2	2	4,3	0	0,0		
	Pos datismo	13	8,0	1	2,2	12	10,3		
	Cesárea eletiva	1	0,6	0	0,0	1	0,9		
	Sofrimento fetal	1	0,6	0	0,0	1	0,9		
	Sangramento vaginal	53	32,7	8	17,4	45	38,8		
	Infeção	7	4,3	3	6,5	4	3,4		
	Oligoâmnio	3	1,9	0	0,0	3	2,6		
	Outra	1	0,6	1	2,2	0	0,0		
	<i>Missing</i>	8	4,7	3	6,1	5	4,1		
Gravidez terminou em*	Parto normal	105	61,8	31	63,3	74	61,2	0,493	0,781
	Cesárea	57	33,5	15	30,6	42	34,7		
	Aborto espontâneo	8	4,7	3	6,1	5	4,1		
Se cesárea, qual a indicação cirúrgica	DCP	17	34,0	5	41,7	12	26,7	8,59	0,475
	Cesárea anterior	5	10,0	1	8,3	4	8,9		
	Pressão alta	1	2,0	1	8,3	0	0,0		
	Pos datismo	7	14,0	1	8,3	6	13,3		
	Iteratividade	2	4,0	0	0,0	2	4,4		
	Sofrimento fetal agudo	12	24,0	3	25,0	9	20,0		
	Oligoâmnio	6	12,0	0	0,0	6	13,3		
	Outra	7	14,0	1	8,3	6	13,3		
<i>Missing</i> (parto normal, aborto, ou sem resposta)	120		37		83				
Qual idade gestacional na internação	< 20 semanas	6	3,5	2	4,1	4	3,3	6,844	0,232
	20 a 27 semanas	1	0,6	0	0	1	0,8		
	28 a 33 semanas	1	0,6	1	2,0	0	0		
	34 a 37 semanas	9	5,3	4	8,2	5	4,1		
	>37 semanas	150	88,2	40	81,6	110	90,9		
	<i>Missing</i>	3	1,8	2	4,0	1	0,8		

n: número de adolescentes; %: Porcentagem; X^2 = Teste Qui Quadrado; *Missing*: Não responderam a pergunta; p=Nível de significância; DPP/PP: Descolamento prematuro da placenta/placenta prévia; DCP: Desproporção céfalo-pélvico; *Não houve relatos de aborto provocado e gravidez ectópica.

6.7 Características Sobre o Recém-Nascido (RN) e Amamentação

A tabela 10 apresenta os resultados imediatos do parto, com os dados sobre o peso dos recém-nascidos (RN), índices de APGAR de primeiro e quinto minuto, o local no qual o RN foi ao seio a primeira vez e o desejo materno em amamentar.

Prevaleceu o peso de 2.501g a 4.000g nos dois grupos com 85,7% dos RN do grupo ≤ 16 anos e 82,69% no grupo >16 anos, sem significância estatística.

Os índices de APGAR de primeiro minuto foram entre 8 e 10 em aproximadamente 80% e acima de 90% no quinto minuto, nos dois grupos.

Os relatos sobre o local onde recém-nascido foram ao seio a primeira vez foram 15 casos (8,8%) no total de adolescentes, 07 (14,3%) casos no grupo ≤ 16 anos e 08 casos (6,6%) no grupo > 16 anos tiveram como local a sala de parto e a maioria 139 (81,9%) relataram o alojamento conjunto como o local da primeira mamada, sem significância estatística entre os grupos e cerca de 60% das adolescentes pretendem amamentar até um ano ou mais em ambos os grupos.

Prevaleceu o peso de 2.501g a 4.000g nos dois grupos com 85,7% dos RNs do grupo ≤ 16 anos e 82,69% no grupo >16 anos, e 83,7% no grupo total. Seguidos de 1501g a 2500g com 6,5% e acima de 4000g 1,8% dos RNs no grupo total.

Os índices de APGAR de primeiro minuto obteve-se entre 8 e 10 em 81,2% dos RNs, seguidos de índice de 5 a 7 em 11,2% e quanto aos índices de APGAR de quinto minuto obteve-se entre 8 e 10 em 93,5% dos RNs, seguidos de índice de 5 a 7 em 0,6% no grupo total.

Nos relatos sobre o local onde os recém-nascidos foram ao seio a primeira vez obteve-se 15 casos (8,8%) no total de adolescentes, 07 (14,3%) casos no grupo ≤ 16 anos e 08 casos (6,6%) no grupo > 16 anos tiveram como local a sala de parto e a maioria 139 (81,9%) relataram o alojamento conjunto como o local da primeira mamada.

Quanto ao tempo que pretendem amamentar, obteve-se que 53,5% das adolescentes pretendem amamentar até um ano no grupo total, prevalecendo dados semelhantes em ambos os grupos.

Não houve significância estatística dos valores obtidos quando estratificou-se os grupos em relação as Características Sobre o Recém-Nascido (RN) e Amamentação

Tabela 10: Dados sobre o recém-nascido e amamentação das adolescentes internadas na Maternidade Nascer Cidadão, por idade, 2014(N=170)

Dados do Recém Nascido (RN)		Total		≤ 16 anos		> 16 anos		X²	Valor p
		n	%	n	%	n	%		
Peso RN	< 500 gramas	0	0	0	0	0	0	3,98	0,408
	500 a 1500 gramas	1	0,6	0	0	1	0,8		
	1501 a 2500 gramas	11	6,5	2	4,1	9	7,4		
	2501 a 4000 gramas	142	83,5	42	85,7	100	82,6		
	>4000 gramas	3	1,8	0	0	3	2,5		
	<i>Missing</i>	13	7,6	5	10,2	8	6,6		
Apgar do primeiro minuto	<5	5	2,9	2	4,1	3	2,5	2,561	0,46
	5 a 7	19	11,2	6	12,2	13	10,7		
	8 a 10	138	81,2	38	77,6	100	82,6		
	<i>Missing</i>	8	4,7	3	6,1	5	4,1		
Apgar do quinto minuto	<5	2	1,2	0	0	2	1,7	3,28	0,35
	5 a 7	1	0,6	0	0	1	0,8		
	8 a 10	159	93,5	46	93,9	113	93,4		
	<i>Missing</i>	8	4,7	3	6,1	5	4,1		
RN foi ao seio a primeira vez	Sala de parto	15	8,8	7	14,3	8	6,6	3,50	0,32
	Alojamento conjunto	139	81,8	37	75,5	102	84,3		
	Não foi ao seio	7	4,1	2	4,1	5	4,1		
	Não quer amamentar	0	0	0	0	0	0		
	<i>Missing</i>	9	5,3	3	6,1	6	5,0		
Quanto tempo pretende amamentar	Até quarto mês	8	4,7	3	6,1	5	4,1	2,45	0,78
	Até sexto mês	49	28,8	13	26,5	36	29,8		
	Até 1 ano	34	20,0	8	16,3	26	21,5		
	Mais de 1 ano	69	40,6	22	44,9	47	38,8		
	<i>Missing</i>	10	5,9	3	6,1	7	5,8		

n: número de adolescentes; %: Porcentagem; X²= Teste Qui Quadrado; *Missing*: Não responderam a pergunta; p=Nível de significância.

7. DISCUSSÃO

Os dados coletados permitiram traçar o perfil epidemiológico das gestantes adolescentes atendidas na Maternidade Nascer Cidadão da região noroeste de Goiânia – Goiás. Devido a população do estudo ser restrita a uma faixa etária definida de 10 aos 19 anos, contendo adolescentes recém-saídas da infância e outras próximas a vida adulta, optou-se pela divisão em dois grupos assim definidos: adolescentes de 10 aos 16 anos (≤ 16 anos) e de 17 a 19 anos (> 16 anos), conforme estudos publicados na literatura (MARCONDES et al., 2004; CHALEM et al., 2007; GRADIM; FERREIRA, MORAES, 2010).

Diversos estudos (GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002; PONTE JÚNIOR; XIMENES NETO, 2004; GOLDENBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005; MAGALHAES et al., 2005; CHALEM et al., 2007; SPINDOLA; SILVA, 2009; GRADIM; FERREIRA; MORAES, 2010; PEDRO FILHO et al., 2011; SIPSMA et al. 2011; TYRBERG; BOLMBERG; KJOLHEDE; 2013) têm descrito as características de gestantes adolescentes. Trata-se de um assunto considerado de saúde pública uma vez que destacam a elevada incidência de gravidez na adolescência existente no Brasil, acima de índices em países europeus (RIBEIRO et al., 2000; GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002; SABROZA et al., 2004; BRASIL, 2005; IBGE, 2010; UNITED NATIONS, 2013).

Ressalta-se que embora diversos estudos comprovem o aumento do número de gestações nas adolescentes precoces, existe uma proporção mais elevada de gravidezes entre as tardias, fazendo com que a média da idade fique acima dos 17 anos (VITALLE et al., 1997; CARVACHO et al., 2008; CAMPOS et al., 2013; ROSA et al., 2014). Este dado foi confirmado neste estudo, no qual a média de idade foi 17,3 anos. Outros, entretanto, demonstraram médias superiores (18 anos) (CARVALHO et al., 2002; SANTOS et al., 2009) e inferiores (16,7 anos) (GRADIM; FERREIRA; MORAES, 2010). Rosa et al. (2014) observaram em seu estudo que a faixa etária das 181 puérperas adolescentes entrevistadas predominou entre 17 a 19 anos (76,8%), seguidos da faixa de 12 aos 17 anos (21,5%).

Quanto ao estado civil, observa-se em nosso estudo que a maioria das adolescentes possui união consensual com os parceiros (57,6%), seguido de solteiras (32,9%), mesmo quando os grupos foram separados pela idade. A comparação entre os dois

grupos não demonstrou diferença significativa para a variável estado civil ($p=0,09$). Rosa et al (2014), Carvacho et al. (2008), Bruno et al (2009) e Queiroz et. al., (2014) descreveram que 76,8%, 60%, 68,4% e 79,6% das adolescentes encontravam-se em união consensual, respetivamente.

Resultados divergentes do presente estudo, Magalhães et al. (2005) quanto ao estado conjugal, demonstraram que existe uma proporção maior de gestantes sem parceiros entre as adolescentes precoces. Campos et al. (2013) encontraram uma prevalência superior (62,2%) de gestantes adolescentes solteiras ou sem conviver com o companheiro, assim como Costa (1995) que constataram 43,7% de solteiras entre adolescentes grávidas e Carvalho et al. (2002) em que 51,9% de solteiras entre as adolescentes de maior idade e 58% entre aquelas situadas na faixa de 14 a 17 anos.

O grande número de uniões consensuais em consequência da gravidez demonstra que possa existir uma pressão social para que o casal formalize uma união e passe a conviver sob o mesmo teto, mesmo sem oficializar o casamento, a vida conjugal motivada pela gravidez precoce não implica em independência financeira, em relação à família de origem, e de cuidado, em relação aos recém-nascidos. Por isso, profissionais de saúde devem ser cautelosos no cuidado com mães adolescentes, principalmente na primeira fase (<16 anos), as quais necessitam de apoio familiar para possibilitar a continuidade de suas atividades rotineiras (estudar e trabalhar), mas sempre co-responsabilizando a mãe pelo bebê, para também interromper a ideia de uma nova gravidez, a partir do planejamento familiar (CHALEM et al. 2007; QUEIROZ et. al., 2014).

Em relação a raça, a maioria das adolescentes desta investigação se definiram como pardas, dados semelhantes ao estudo de Muniz (2010) e Santos et al. (2008) Diferentemente do nosso estudo, as adolescentes participantes do estudo de Rosa et al. (2014) se auto atribuíram de cor branca 60,8%, parda/mestiça 19,3%, preta 19,9%, havendo um predomínio da raça branca, podendo ser justificado pelo local de realização da pesquisa, no sul do país, onde existe um predomínio de descendência europeia.

Importante relatar que no momento da entrevista em nossa pesquisa foi questionado como elas se percebiam em relação a sua cor/raça. Destaca-se que no presente

estudo 14 adolescentes mencionaram ser da raça amarela, dados divergentes do observado pelo pesquisador (seriam pardas). O critério utilizado confere com as cinco categorias atualmente utilizadas nas pesquisas, pela ordem em que figuram no questionário – branca, preta, amarela, parda e indígena – do Censo Demográfico (2010). Esses achados nos remetem a refletir sobre o relato de Petrucelli e Saboia (2013), que menciona:

Toda percepção é uma percepção informada. Porque toda percepção é uma percepção orientada e informada, o que uma pessoa vê, enxerga e integra como figura perceptiva, por exemplo, não é, simplesmente, a imagem óptica que se forma na retina, mas o produto de uma seleção dos componentes desta a partir de um arcabouço mental configurado pelos seus conhecimentos, suas ideias, sua ideologia, crenças, conceitos e, fundamentalmente, seus preconceitos.

Todavia, a percepção das adolescentes em relação à raça amarela está distorcida, demonstrando desconhecimento em relação ao conceito das categorias de cor/raça.

Observou-se que sobre as características de moradia, em termos absolutos, as adolescentes possuem, em sua maioria, casa própria e vivem ao lado do parceiro. Porém, no grupo ≤ 16 anos, predominou adolescentes morando com os pais e por vezes, concomitante com o parceiro, sendo em moradias com 5 a 6 cômodos. As adolescentes >16 anos, vivem em casas de 3 a 4 cômodos, justificado por serem em sua maioria casadas ou em união consensual e possuem, portanto, famílias menores. Estes resultados são vistos em alguns estudos, a saber: Pinto et al. (2005) encontraram que 50,7% das adolescentes gestantes vivem em casas com apenas um quarto, sendo 47,8% das famílias destas mulheres compostas por pelo menos quatro pessoas. Entre as adolescentes, 36,4% viviam em famílias de quatro ou mais membros. Bruno et al. (2009) observaram que 68,4% definiram-se como casadas ou morando junto com o parceiro e 66,8% moravam com os pais. O número de pessoas que convive na mesma casa e o fato de a maioria residir em casa própria revelam a maneira como as famílias na periferia assimilam novas uniões motivadas pela gravidez precoce. A mãe, bebê e muitas vezes também o companheiro passam a morar com as famílias de origem, tendo-se assim, vários núcleos familiares convivendo num mesmo espaço físico, compondo e dividindo a renda e a organização familiar, sem independência financeira, resultados concordantes com os estudos de Chalem et al. (2007) e Queiroz et al. (2014).

Quanto ao local da moradia das participantes, evidenciou-se a relação de proximidade entre a Maternidade e a população de adolescentes assistidas. O bairro mais citado foi o Jardim Curitiba, no qual a Maternidade está localizada, somando-se todas as etapas (Curitiba I, II, III e IV), totalizando 20 adolescentes (11,7%) e os Bairros Jardim Nova Esperança e Jardim Primavera, adjacentes à Maternidade contabilizaram 10 adolescentes, cada um (5,88%). As cidades da região metropolitana Trindade-GO e Goianira-GO, também próximas a maternidade, somaram-se 11 (6,47%) e 5 (2,94%) adolescentes, respectivamente.

A maioria absoluta das adolescentes tinha renda familiar entre 01 a 03 salários mínimos, porém quando estratificamos a renda entre os dois grupos, observa-se que houve uma diferença significativa ($p=0,03$) com um percentual maior de renda entre as adolescentes do grupo >16 anos. A inclusão em planos de assistência governamental demonstrou que 20,4% (≤ 16 anos) e 7,4% (> 16 anos) recebem bolsa família do governo federal ou renda cidadã do governo estadual, demonstrando uma nítida diferença entre os grupos de adolescentes. Evidencia-se que há um maior nível de pobreza no grupo ≤ 16 anos. Segundo o IBGE, a expansão recente de programas de transferência de renda focalizados na população mais pobre, como o Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC-LOAS, entre outros de âmbitos estadual e municipal, vêm contribuindo para uma redistribuição interna entre as diversas partes componentes do rendimento familiar total. O valor de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo per capita para dimensionar uma situação de baixa renda tem sido bastante utilizado por estudiosos e por gestores de vários programas sociais, muito embora os reajustes do salário mínimo, nos últimos anos, tenham ocorrido acima da inflação observada (IBGE, 2010).

Notou-se que a maioria das adolescentes não exerce atividade remunerada (ocupação/atividade profissional). Todavia, quase 30% das adolescentes no grupo >16 anos possuem emprego formal e informal comparado a 4% das participantes ≤ 16 anos, demonstrando diferença significativa entre os grupos neste quesito ($p<0,001$). O grupo de adolescentes >16 anos, procura outras fontes de renda e talvez seja esse o motivo de uma maior renda. Nos dados relatados pelo IBGE, (2014) observa-se um aumento significativo das chamadas “outras fontes” em detrimento dos rendimentos de trabalho e de aposentadoria e pensões. Para o total

das famílias, os rendimentos de “outras fontes” representavam 5,0% do total de rendimento familiar; os rendimentos do trabalho correspondiam a 76,2%; e os rendimentos de aposentadoria e pensão, a 18,8%. Para as famílias com rendimento familiar per capita de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, os rendimentos de “outras fontes” representavam 28,0%, em 2009, do total da renda familiar, ao passo que, em 1999, essa participação era de apenas 4,4% (IBGE, 2010).

Queiroz et al. (2014) encontraram que 90,4% das adolescentes possuíam até um salário mínimo de renda familiar, sendo que 13,3% delas exerciam atividade remunerada, demonstrando claramente uma população com situação econômica inferior a do nosso estudo, no qual encontrou-se que 73% possuíam renda superior a um salário mínimo e quase 22% exerciam atividade remunerada, principalmente no grupo >16 anos.

Para identificarmos o tempo de estudo das adolescentes, consideramos as séries do ensino fundamental, médio e superior em anos de estudo, a saber: De 01 a 09 anos de estudo correspondendo aos 1º ao 9º ano do ensino fundamental; De 10 a 12 anos de estudo correspondendo aos 1º ao 3º ano do ensino médio; Acima de 12 anos de estudo, ensino superior. Das 88 adolescentes que relataram a série de estudo, no grupo total, 84,1% (n=64) possuíam de 9 a 12 anos de estudo (Média=9,91 anos; Desvio Padrão=1,65); 59,5% (n=22) das adolescentes com ≤ 16 anos tinham menos de 10 anos de estudo (Média =7,95 anos; Desvio Padrão = 1,29); 35,3% (n=18) das adolescentes >16 anos possuíam menos de 11 anos de estudo (Média = 9,92 anos; Desvio Padrão=0,92). Quando analisamos o grupo total, das 91 adolescentes que estudavam no início da gravidez, somente 32 delas permaneciam estudando até o momento da avaliação deste estudo, totalizando 59 adolescentes que abandonaram o estudo durante a gravidez (64,8% de evasão escolar), análogo ao trabalho de Carvacho et al. (2008) que encontraram 63% de evasão escolar. No grupo com ≤ 16 anos, das 37 adolescentes que estudavam no início da gravidez, somente 15 delas permaneciam estudando até o momento da avaliação deste estudo, totalizando 22 adolescentes que abandonaram o estudo durante a gravidez (59,4% de evasão escolar). No grupo com >16 anos, das 54 adolescentes que estudavam no início da gravidez, somente 17 delas permaneciam estudando até o momento da avaliação deste estudo, totalizando 37 adolescentes que abandonaram o estudo durante a gravidez (68,5% de evasão escolar).

Lembramos que neste grupo, encontramos os maiores índices de atividade remunerada, em contrapartida a maior evasão escolar, associando-se a evasão escolar ao exercício de atividade remunerada e conseqüentemente maior renda familiar.

Bruno et al. (2009), em um estudo com 187 adolescentes, 70,6% tinham entre 16 e 19 anos, apenas 35,9% estudaram mais de oito anos, porém 34,7% trabalhavam. Santos et al. (2009) mencionaram que o perfil das adolescentes grávidas assistidas no setor público de Indaiatuba (SP) engloba jovens de baixa nível de escolaridade, com alto índice de evasão escolar, situação financeira desfavorável e vivendo em união estável. Carvacho et al. (2008) descreveram que das adolescentes que haviam iniciado ensino fundamental, quase metade não concluíram, 63% das adolescentes já tinham interrompido a formação escolar e a maioria não tinham trabalho remunerado, situações semelhantes a encontrada neste estudo com alto índice de evasão escolar. Rosa et al. (2014) quanto à escolaridade, demonstram que das 181 puérperas adolescentes participantes do estudo, 80,1% não frequentavam a escola. Destas, 5,2% haviam concluído o ensino fundamental e relataram que almejavam continuar seus estudos no ano seguinte e 7,6% haviam concluído o ensino médio. Rosa et al. (2014) mostram que 36,4% das puérperas adolescentes abandonaram as escolas motivadas pela gestação, 23,5% referiram o abandono por vontade própria e 4,8% devido à mudança de cidade que dificultou a adaptação à nova escola e nenhuma relatou ser incentivada pela família a permanecer estudando. Queiroz et al. (2014) relataram que 54% já haviam cursado o ensino fundamental, sendo que 9,02% haviam concluído o ensino médio.

No presente estudo, destaca-se que após a exclusão das adolescentes que estudavam (n=32), restaram 138 adolescentes (81,1%) que não estudavam no momento da avaliação, as quais responderam ao quesito “porquê parou de estudar?”. Os achados demonstraram que a gravidez foi o principal motivo para o abandono dos estudos (44,2%) no grupo total e no grupo ≤ 16 anos (61,8% das adolescentes). Outros motivos, tais como, vontade própria, término do ensino médio, mudança de endereço, dentre outros foram a segunda causa (40,6%) no grupo total e o principal (45,2%) nas adolescentes > 16 anos ($p=0,052$), dados semelhantes ao relato de Rosa et al. (2014).

A gestação na adolescência leva a interrupção precoce da escolaridade, dificulta tanto a inserção futura das adolescentes no mercado de trabalho quanto a obtenção de emprego com melhor remuneração, gerando assim um processo de reprodução da pobreza (GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002). Estes fatores têm causado sérias implicações por ser um período de transformações que acaba por atingir a adolescente e seus projetos sociais como um todo, adia possibilidade de desenvolvimento, exige um maior comprometimento de suas ações, e coloca fim à liberdade e ao tempo que deveria ser dedicado a uma melhor preparação para o futuro (NASCIMENTO et al., 2011).

Das 32 adolescentes que continuaram estudando, a média de idade foi 16,78 anos (Desvio padrão = 1,27) para o grupo total. Quando analisados separadamente, as adolescentes com ≤ 16 anos tinham média de 15,67 anos (Desvio padrão = 0,46) e as adolescentes com >16 anos, média de 17,76 anos (Desvio padrão = 0,88). Sobre a média de anos de estudo, neste grupo ($n=32$), foi acima de 10 anos, em geral.

Sobre a pretensão em voltar a estudar, 89,9% do total das adolescentes desejam retomar os estudos, sendo 94,1% e 88,5%, nos grupos ≤ 16 anos e >16 anos, respectivamente. Situação nem sempre possível, pois, estudos anteriores demonstraram que mulheres que engravidam na adolescência tendem a ter menos anos de estudo que as outras e para a maioria dos investigadores, um estado de baixa escolaridade é preditor de repetição precoce da gravidez, sendo que a maternidade cria, por si mesma, dificuldades para o retorno à escola (MAGALHÃES et al., 2005; XIMENES NETO et al., 2007; GRADIM; FERREIRA; MORAES, 2010; PEDRO FILHO et al., 2011; SIPSMA et al., 2011). O baixo nível escolar e o fato de mais da metade não estar estudando, torna-se preocupante visto que a maioria das adolescentes concentrava-se na faixa etária dos 17 a os 19 anos, período no qual ocorre a conclusão dos estudos. Desta forma, os baixos níveis de escolaridade e socioeconômicos apresentados pela maioria das puérperas adolescentes, influenciam na obtenção de ações preventivas de saúde, tornando a adolescente mais vulnerável (XIMENES NETO et al., 2007).

Percebe-se que após a confirmação da gravidez, a interrupção dos estudos é frequente, a pretensão em voltar a estudar, apesar de ser um desejo da grande maioria das adolescentes parece uma realidade cada vez mais distante, em uma população com baixa renda, uniões nem sempre estáveis, pouca idade, em sua

maioria sem atividade remunerada e devido às mudanças na vida social, ficam estagnadas na mesma situação reiniciando o ciclo das futuras gerações. Esta alta prevalência de baixa escolaridade observada nas adolescentes no presente estudo e na literatura revelam uma defasagem quanto à faixa etária e sua relação com o grau de escolaridade, fator preocupante que cabe medidas de ações educativas em saúde.

Um importante aspecto levantado neste estudo refere-se a antecedentes ginecológicos e sexuais das adolescentes. A idade da menarca constitui-se nos dias de hoje um importante indicador na análise da saúde reprodutiva, e não somente em relação as questões de crescimento. Sabe-se que nos últimos decênios, a idade da menarca tem sido cada vez mais precoce (PEDRO FILHO et al., 2011). No presente estudo, chama a atenção que no grupo total, a idade da menarca predominou de 11 a 13 anos, em consonância com relatos da literatura (PONTE JÚNIOR; XIMENES NETO, 2004; SANTOS et al., 2009; MUNIZ, 2010; GRADIM; FERREIRA; MORAES, 2010; PEDRO FILHO et al., 2011; MOURA et al., 2011; RODRIGUES; JARDIM, 2012; QUEIROZ et al., 2014; ROSA et al. 2014).

A menarca é apontada como fenômeno capaz de estimular o início da atividade sexual, já que o corpo da jovem vai adquirindo características de amadurecimento, tornando-se apta a conceber (PEDRO FILHO et al., 2011). Outros estudos mostram que a diminuição da idade da menarca pode estar associada às mudanças no contexto ambiental, a fatores genéticos e a variáveis como etnia, nível socioeconômico e condição nutricional (CARVALHO et. al., 2007; PAIVA et al., 2008).

Ao lado da ocorrência precoce da menarca, as adolescentes têm tido sua iniciação sexual cada vez mais jovem (SANTOS JÚNIOR, 1999; PONTE JÚNIOR; XIMENES NETO, 2004; GRADIM; FERREIRA; MORAES, 2010; MOURA et al., 2011). A idade da sexarca foi semelhante ao encontrado por Rodrigues e Jardim (2012) de 13,7 anos, num grupo de adolescentes escolares e Queiroz et. al. (2014) que tiveram índices de 77,75 de adolescentes com sexarca abaixo de 13 anos.

O perfil gineco-obstétrico das puérperas reafirma que além da menarca estar sendo antecipado, o início da atividade sexual (sexarca) também está ocorrendo de forma precoce, isto é, em torno dos 15 anos de idade, igualando-se assim aos resultados apontados em outras investigações (PERETTO et al., 2011) e apesar da idade da

menarca não divergir entre os grupos no nosso estudo, a sexarca teve uma tendência a ser mais precoce nas adolescentes ≤ 16 anos, demonstrando a relação intrínseca entre a sexarca precoce e a gravidez na adolescência. Estes achados são demonstrados nos estudos de Santos et al. (2009) que observaram que 59,3% das adolescentes tiveram sua sexarca com idade entre 13 e 14 anos e Moura et al. (2011); Patias e Dias (2014) que encontraram como idade média de início de atividade sexual 14,76 e 14,66 anos, respectivamente.

O motivo principal mencionado pelas adolescentes para o primeiro ato sexual foi o sentimento pelo parceiro (60%) seguido de curiosidade (20,6%) sem diferença entre os grupos. Importante destacar que 05 (2,9%) adolescentes tiveram a primeira relação sexual devido abuso sexual, dado prevalente somente nas adolescentes >16 anos, sendo (4,1%) neste grupo. Nossos achados possuem percentuais superiores ao estudo de Ponte Júnior e Ximenes Neto (2004), apesar de possuir a mesma ordem de achados do nosso estudo. Muniz (2010) e Gonçalves; Gigante (2006) também encontraram resultados similares (sentimento seguido de curiosidade). As transformações de caráter hormonal e biológica que levam a menarca e capacidade reprodutiva desencadeiam um aumento da curiosidade e instinto sexual (Santos et al, 2009).

A quantidade de parceiros sexuais em nosso estudo teve percentual maior de adolescentes ≤ 16 anos com apenas um parceiro, 38,8% contra 23,1% >16 anos, somente 27,6%, haviam tido apenas um parceiro e quase metade das adolescentes já haviam tido 3 ou mais parceiros, demonstrando uma multiplicidade maior de parceiros que a encontrada no estudo de Chalem et al. (2007) que encontraram 55,5% de adolescentes com apenas um parceiro sexual, sendo 66,7% em ≤ 16 anos e 49% em >16 anos e somente 22,9% haviam tido 3 ou mais.

No conhecimento de método contraceptivo, 99,4% (n=169) conheciam algum método contraceptivo sendo que a maioria indicou mais de uma opção de método contraceptivo, totalizando 853 itens de respostas. Índice superior ao de Gradim; Ferreira; Moraes (2010) de 90,90% e Patias; Dias (2014) de 96% de adolescentes gestantes e 98% de não gestantes conheciam métodos contraceptivos. No estudo de Rodrigues e Jardim (2012), as adolescentes foram questionadas sobre o conhecimento da contracepção de emergência (pílula do dia seguinte) e os resultados revelaram que 87,8% das adolescentes conheciam a pílula e a forma de

utilização, sendo que 28,8% já haviam utilizado, números semelhantes ao nosso estudo. Quanto aos métodos já utilizados, a ordem percentual manteve a mesma do encontrado sobre o conhecimento sobre contraceptivos: camisinha; pílula; pílula do dia seguinte; anticoncepcional injetável mensal. Os métodos DIU, diafragma e implantes não foram mencionados como métodos já utilizados pelas adolescentes.

Importante ressaltar, que apesar de conhecerem e fazer uso dos métodos, as adolescentes engravidam de forma não planejada, demonstrando a necessidade de aumentar as informações/orientações nas escolas, unidades de saúde, meios de comunicação, a fim de mudar o comportamento destas jovens. Um alto percentual de adolescentes (74,1%) não fazia uso de método contraceptivo quando engravidou. Diferentemente do estudo descrito por Rosa et al. (2014) no qual os achados mostram que à utilização de métodos contraceptivos foi de 64,1% contra 35,9% que não utilizavam nenhum método. Santos et al., (2009) também relataram que as adolescentes têm gravidez de forma inesperada, apesar de conhecer os métodos contraceptivos. Patias e Dias (2014) questionaram as adolescentes sobre o desejo de receber orientações sobre métodos contraceptivos, e os resultados demonstraram que 61% das adolescentes gestantes e 72% das não gestantes referiram que gostariam de receber mais informações.

Sobre o apoio recebido familiar confirmamos que a maioria recebe apoio familiar durante a gestação. Importante mencionar que a falta de apoio ou abandono do parceiro, geralmente com instabilidade psicológica e social, muitas das vezes adolescentes, inseguros e com baixa autoestima, pode comprometer o estado de saúde da gestante adolescente (MAGALHÃES et al., 2005). Cabe salientar que mais de 20% das participantes não mantêm relacionamento amoroso com o pai de seu filho no momento da internação, sendo que 3,5% já estão com outro parceiro, demonstrando a fragilidade das relações e a instabilidade familiar das adolescentes, o que aumenta as chances de uma nova gestação pois as adolescentes que engravidam prematuramente, geralmente, são forçadas a dar um novo rumo às suas vidas, deixando de morar com os pais, abandonando a escola e, em muitos casos, engravidam de um novo parceiro (BRUNO et al., 2009).

A maioria das gestantes incluídas neste estudo foi composta por primigestas e realizaram o acompanhamento do pré-natal, em Unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF). ROSA et al, (2014) encontraram que 145 (80,1%) das puérperas

adolescentes eram primigestas, semelhante a Queiroz et al., (2014) que encontraram 80%, percentuais ligeiramente superior ao encontrado neste estudo.

O ganho de peso na gravidez mostrou uma distribuição homogênea entre as faixas de ganho de peso em números absolutos, com ligeira prevalência de baixo ganho de peso, abaixo de 8 kg. Campos et al. (2013), por meio do IMC, constataram que 74,1% das gestantes engravidaram com peso adequado e 35,3% das adolescentes tiveram ganho de peso adequado. Em nosso estudo consideramos o ganho de peso adequado quando ocorreu aumento de peso entre 9 e 12 kg, sendo presente em 26,5% dos casos.

Elevadas taxas de gestações não planejadas em adolescentes foram encontrados em nosso estudo e os achados confirmam que a baixa escolaridade contribuiu para a primeira gravidez (RIGSBY; MACONES; DRISCOLL, 1998; BRUNO et al., 2009) e sugerem uma pérfida associação entre um processo educativo interrompido ou de qualidade insatisfatória e a precocidade de iniciação sexual e gravidez não planejada. Estudo desenvolvido em Campina Grande descreve que a frequência de partos de adolescentes foi de 27,2% e os principais fatores de risco associados à gestação na adolescência foram a baixa escolaridade da adolescente, início precoce da atividade sexual e história materna de gravidez na adolescência. Como fatores protetores observaram-se história de consulta ginecológica prévia e uso de métodos hormonais (AMORIM et. al. 2009).

A maioria das adolescentes internaram em trabalho de parto e o término da gestação se deu por parto normal (61,8%) contra (33,5%) de cesáreas. Dados de Santos et al. (2014) foram de 39,7% de partos cesarianas nas adolescentes. As principais indicações de cesariana identificadas nas adolescentes foram: desproporção céfalo-pélvica (34,0%), sofrimento fetal agudo (24,0%), condições que são determinantes para a interrupção de gravidez por cesariana.

A idade gestacional na internação foi acima de 37 semanas, confirmando a maioria de gestações de termo compatíveis com os dados de Santos et al. (2014) que encontraram 86,5% de mães adolescentes gestação de termo em Feira de Santana-Bahia. Não evidenciou-se neste estudo índices significativos de complicações, porém Queiroz et al. (2014) evidenciaram 51,06% de bebês com alguma complicação, sendo a ocorrência de prematuridade a mais recorrente, relacionando esse dado o início tardio do pré-natal. Vale ressaltar que a maternidade onde

realizou-se o presente estudo é de baixo risco e não possui UTI neonatal para assistência a recém-nascidos com complicações e/ou prematuros, e que geralmente as adolescentes de maior risco são transferidas para hospitais terciários.

O peso dos recém nascidos prevaleceu o peso adequado para gestações de termo 2.501g a 4.000g semelhantes a Campos et al. (2013) que encontraram média de peso a nascer de 3200g. Santos et al. (2014) tiveram achados de 28,4% de peso entre 2500g-2999g e 59,4% de recém nascidos acima de 3000g, totalizando 87,8%, dados superiores ao encontrado em nosso estudo.

Apesar da literatura mundial apontar maior incidência de recém-nascidos prematuros (< 37 semanas) e de baixo peso (< 2500g) no grupo de gestantes adolescentes, especialmente nas faixas muito precoces, comparadas às adolescentes da faixa de 17 a 19 anos e adultas jovens (20 a 24 anos). MARTINEZ et. al., (2011). Tais observações não foram encontradas neste estudo.

Os índices de APGAR foram a maioria normais, demonstrando a boa vitalidade dos recém nascidos, porém os relatos sobre os locais onde recém-nascido foram ao seio a primeira vez demonstrou um baixo índice de primeira mamada na sala de parto, dados contrários aos preconizados pelo programa de humanização do parto e atendimento do Ministério da Saúde. Chalem et al. (2007) encontraram que 94,4% dos fetos haviam recebido índice de Apgar de quinto minuto entre 7 e 10, dados que são compatíveis ao nosso estudo que encontrou que 93,5% do recém nascidos com índices de Apgar entre 8 e 10. Cabe novamente destacar que a Maternidade onde foi realizado o estudo é um serviço de baixo e médio risco, não sendo comum a realização e partos em gestantes de maior complexidade.

A UNICEF, UNESCO e OMS informam que a gravidez e o parto em mulheres muito jovens têm sido considerados como problemas sociais e sua redução é considerada medida vital para a saúde (MAGALHÃES et al., 2005). Trata-se de um fenômeno complexo associado a fatores educacionais, sociais, comportamentais que merece um olhar ímpar, com estabelecimento de estratégias específicas e políticas públicas efetivas e eficazes direcionadas a este público, principalmente no que concerne ao setor saúde, com profissionais e serviços de qualidade.

Como um dos itens dessa estratégia, o planejamento familiar na população de adolescentes é de suma importância e a prevenção de agravos a essa população

constitui desafio para as políticas públicas. Fazem-se necessários, ainda, o respeito e a promoção da autonomia das adolescentes, para que elas vivam sua sexualidade de forma plena e com planejamento de anticoncepção ou concepção, no âmbito da promoção da saúde (QUEIROZ et al., 2014). Outras ações preventivas desenvolvidas com a temática podem e devem ser criadas a fim de proporcionarmos mudanças no cenário atual.

No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE), uma das políticas públicas do Ministério da Saúde voltadas para crianças e adolescentes em processo de escolarização, visa mudar o contexto de atenção ao adolescente, buscando ampliar o acesso dessa população às ações e às informações em saúde. Privilegiar a escola nas ações de saúde para esse grupo parte do reconhecimento desse equipamento social como um espaço de acesso ao conhecimento, de socialização, de formação humana, ética e cidadã para os adolescentes. Esse espaço possibilita uma maior interação entre os professores e profissionais de saúde para ações intersetoriais e colaborativas para lidar com situações de vulnerabilidade à saúde do adolescente. No que se refere às ações do PSE, os resultados indicaram baixa concretude das parcerias entre os setores de educação e de saúde do município. Sabe-se que a escola representa um espaço de acesso ao conhecimento, de socialização, de formação humana, ética e cidadã, bem como cria uma oportunidade para o acesso em saúde condizente com as situações de vulnerabilidade e de risco vivenciados pelos adolescentes. Neste sentido, o PSE visa levar aos estudantes da rede pública ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, apoiando-se na ideia de que a saúde é uma produção social de determinação múltipla e complexa e que exige, portanto, uma participação ativa dos diversos setores da gestão pública e dos atores sociais envolvidos na apreensão dessa realidade local de saúde dos adolescentes (QUEIROZ et al., 2014).

Finalizamos este trabalho afirmando que a melhoria da qualidade da educação básica as adolescentes é a maneira segura de lhe dar mais poder e de capacitá-las a fazer opções legítimas sobre o tipo de vida que desejam ter.

8. CONCLUSÃO

A busca pelo conhecimento do perfil epidemiológico, fatores predisponentes e repercussões perinatais de adolescentes gestantes atendidas na Maternidade Nascer Cidadão em Goiânia, em uma visão geral do grupo e estratificada por idade, demonstrou-se que as adolescentes possuem:

- Características sócio demográficas das adolescentes grávidas:

Uma média de idade de 17,3 anos, pardas, mora em casa própria com os parceiros (união consensual). No grupo de adolescentes ≤ 16 anos, prevaleceu a moradia com os pais, dados divergentes das adolescentes >16 anos. O número de cômodos na moradia, no grupo ≤ 16 anos e em geral, os achados foram semelhantes (5 a 6 cômodos). No grupo >16 anos, as categorias (3 a 4) e (5 a 6) demonstraram achados análogos. Em todos os grupos, o número de moradores variou de 3 a 4 pessoas. A renda familiar foi entre 01 a 03 salários mínimos, porém quando estratificamos a renda entre os dois grupos, observa-se que houve uma diferença significativa ($p=0,03$) com um percentual maior de renda entre as adolescentes do grupo >16 anos. A inclusão em planos de assistência governamental demonstrou que 20,4% (≤ 16 anos) e 7,4% (> 16 anos) recebem bolsa família do governo federal ou renda cidadã do governo estadual. Não exercem atividade remunerada. Quase 30% das adolescentes no grupo >16 anos possuem emprego formal e informal comparado a 4% das participantes ≤ 16 anos, demonstrando diferença significativa entre os grupos ($p<0,001$). Quanto à escolaridade, 45,3% das adolescentes encontrava-se no ensino médio incompleto. No grupo ≤ 16 anos prevaleceu o ensino fundamental incompleto (53,1%) e no grupo >16 anos, ensino médio incompleto (47,1%). Verificou-se que 53,5% do total de adolescentes estudavam quando engravidaram. Quando analisamos de forma separada os grupos, observa-se que 75,7% e 44,6% das adolescentes ≤ 16 anos e >16 anos, respectivamente, estudavam no início da gestação, demonstrando a diferença significativa ($p=<0,001$).

- Antecedentes ginecológicos e sexuais:

A idade da menarca foi entre 11 e 13 anos (grupo em geral e estratificado pela idade) e da sexarca, de 14 a 15 anos (grupo em geral e >16 anos). As adolescentes com ≤ 16 anos, a prevalência ocorreu entre 13 a 14 anos, demonstrando diferença significativa entre os grupos ($p=0,009$). O motivo principal mencionado pelas

adolescentes para o primeiro ato sexual foi o sentimento pelo parceiro seguido de curiosidade. A quantidade de parceiros, os dados não demonstraram uma prevalência no grupo em geral e >16 anos, sendo dispersos de um a mais de cinco parceiros.

- Conhecimento e uso dos métodos contraceptivos:

Exceto uma adolescente, todas as demais conhecem algum método contraceptivo (n=169, 99,4%), sendo que a maioria indicou conhecimento de mais de uma opção de método contraceptivo. Os mais conhecidos e utilizados foram em ordem: a camisinha; a pílula (contraceptivo oral); a pílula do dia seguinte (concepção de emergência); injetável mensal. Apesar de ter o conhecimento sobre os métodos contraceptivos, a maioria não fazia uso quando engravidou.

- Antecedentes familiares e obstétricos:

Cento e vinte e nove adolescentes (75,9%) referiram ter algum familiar de primeiro grau que teve filhos antes dos 20 anos de idade. Mais de 50% das participantes possuem três ou mais irmãos. Sobre o apoio recebido durante a gestação, os dados demonstraram que a família (85,9%), o pai do bebê (82,4%) e a família paterna (75,3%) apoiaram a adolescente desde o início da gestação. 75,9% (n=129) das adolescentes ainda mantêm relacionamento amoroso com o pai do bebê.

- Dados da gravidez atual:

Sobre a programação da gravidez, 69,4% foram inesperadas/aceitas e 30,6% planejadas/desejadas pelas adolescentes, não demonstrando diferença significativa entre os grupos. A maioria das gestantes eram primigestas (n=123, 72,4%). As adolescentes com >16 anos apresentaram percentuais maiores para gestações subsequentes. Sobre o acompanhamento do pré-natal, os dados indicaram que a maioria foi em ESF seguido de posto de saúde e/ou CAIS, sendo realizadas mais de 6 consultas de pré-natal e não apresentaram nenhuma internação durante o período. Noventa e uma adolescentes (53,6%) relataram ter alguma complicação durante a gravidez. A maioria das adolescentes ganharam menos de 12 kg. Quanto ao término da gestação, houve uma prevalência do parto normal sobre a cesariana em 105 casos (61,8%) contra 57 (33,5%). Um total de 08 (4,7%) adolescentes foram internadas com diagnóstico de abortamento espontâneo. A maioria das gestantes possuía idade gestacional acima de 37 semanas. Prevaleceu o peso de 2.501g a

4.000g nos dois grupos com 85,7% dos RN do grupo ≤ 16 anos e 82,69% no grupo >16 anos, sem significância estatística.

- Características Sobre o Recém-Nascido (RN) e Amamentação:

Os índices de APGAR de primeiro minuto foram entre 8 e 10 em aproximadamente 80% e acima de 90% no quinto minuto, nos dois grupos, com ligeira superioridade no APGAR de primeiro minuto para as adolescentes do grupo >16 anos e semelhança entre os grupos em relação ao APGAR de quinto minuto. Quanto ao local onde recém-nascido foi ao seio a primeira vez foram 15 casos (8,8%) no total de adolescentes, 07 (14,3%) casos no grupo ≤ 16 anos e 08 casos (6,6%%) no grupo >16 anos tiveram como local a sala de parto e a maioria, 139 (81,9%) relataram o alojamento conjunto como o local da primeira mamada, sem significância estatística entre os grupos e cerca de 60% das adolescentes pretendem amamentar até um ano ou mais em ambos os grupos.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao ver este trabalho concluído, e com seus objetivos atingidos, é impossível não mencionar a satisfação pessoal como pesquisador e profissional da saúde. Conhecer a realidade das gestantes adolescentes atendidas na Maternidade Nascer Cidadão era uma aspiração de 12 anos de trabalho, por assistir, constantemente, essas jovens tão frágeis, que se tornam mães precocemente.

Considerar que esse tipo de gestação seja um problema de saúde pública, talvez seja visão ampla de situações epidemiológicas e estatísticas e não percebe-se a verdadeira realidade individual da jovem que se torna mãe e muda sua vida. Pois, em cada uma delas é possível perceber essa mudança de imediato, há na maioria das vezes a aproximação da família, que já estão acostumadas às gestações precoces, há o fortalecimento do vínculo com o parceiro, que permaneceu ao lado delas em cerca de $\frac{3}{4}$ das vezes. Quanto ao futuro, percebe-se que elas pouco se preocupam com ele, vivem o seu momento e parecem felizes assim, disseminando esse sentimento entre as pessoas de sua convivência, tanto que ocorre uma perpetuação deste fato entre as famílias, mesmo com uma renda familiar exígua.

Algumas limitações do estudo referem-se às dificuldades encontradas no serviço público, tais como: falta de vagas para internação na maternidade; falta de material e insumos e até mesmo falta de recursos humanos. Com número diminuído de médicos, enfermeiros e técnicos de saúde, assim, a capacidade de internação ficava restringida, aumentando o tempo de coleta proposto.

Chama-se a atenção quanto às sugestões de estratégias que poderiam ser traçadas para a diminuição dos índices de gravidez na adolescência, a saber: desenvolvimento de atividades e programas que visem incentivar a implantação e implementação das ações de atenção integral aos adolescentes, dentro dos preceitos do SUS; Discutir e adequar às realidades locais, muitas delas já conhecidas e identificadas por meio deste estudo e estabelecer normas; Incentivar a ampliação de cobertura, de maneira que as ações básicas dirigidas a esse grupo de adolescentes, sejam disponíveis para todos; Apoiar os esforços no sentido do aperfeiçoamento dos sistemas de referência; Assessorar, sempre que solicitado, a formação de grupos locais na elaboração de programas; Promover ações nas interfaces educação, cultura, esporte, lazer, trabalho e justiça; Promover a

participação dos adolescentes em ações educativas que permitam a esse grupo reconhecer-se como a si próprio e ao seu contexto familiar, comunitário e cultural, assim como permitir aos pais, educadores e sociedade o conhecimento da adolescência; Incentivar fóruns de debates sobre os direitos dos adolescentes propiciando a criação de canais de expressão dos jovens; Promover atividades de supervisão do programa e intercâmbio de experiências, objetivando homogeneizar e aprimorar o mesmo; Avaliar, sistematicamente, o Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente, através de indicadores institucionais, da criação de mecanismos próprios à comunidade e dos adolescentes. Merece ser enfatizado e destacado que estratégias de abordagem, inclusive por meio das mídias sociais e internet, seja realizado para conscientização destas jovens sobre seu planejamento futuro com maior autonomia, reduzindo o comportamento de risco.

Há uma necessidade de implantação/implementação do PSE na região, visando uma maior interação entre educação e saúde, afim de promover a orientação adequadas das adolescentes, trabalhando o protagonismo juvenil com co-responsabilização e empoderamento dos adolescentes pela sua saúde. Trabalhar também a capacitação/instrumentalização de professores sobre saúde, principalmente educação sexual e reprodutiva. Equipar as unidades de saúde para as atividades de planejamento familiar com fornecimento e orientações sobre utilização dos métodos contraceptivos. Ainda, projetos de extensão/pesquisa realizados por meio de parcerias entre as instituições de ensino superior, podem ser instrumentos de avaliação e alterações nas ações no planejamento e execução dos programas de saúde da adolescente.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, M.M.R.; LIMA, L.A.; LOPES, C.V.; ARAÚJO, D.K.L.; SILVA, J.G.G.; CÉSAR, L.C.; Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controlado. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; 31(8):404-10, 2009.
- BELO, M.A.V.; SILVA, J.L.P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev Saúde Pública.** 38(4): 479-487, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde (MS). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher- PNDS, 2006.** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: MS, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Epidemiologia e morbidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20/06/2012.
- _____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20/06/2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério.** Atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF), 2005.
- BRUNO, Z.V.; FEITOSA, F.E.L.; SILVEIRA, K.P.; MORAIS, I.Q.; BEZERRA, M.F. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 31(10): 480-484, 2009.
- CAMPOS, A.B.F.; PEREIRA, R.A.; QUEIROZ, J.; SAUNDERS, C. Ingestão de energia e de nutrientes e baixo peso ao nascer: estudo de corte com gestantes adolescentes. **Rev. Nutr.**, Campinas, 26(5):551-561, set./out., 2013
- CARVACHO, I.E.; MELLO, M.B.; MORAIS, S.S.; SILVA, J.L.P. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública.** 42(5): 886-94, 2008.
- CARVALHO WRG, FARIAS ES, GUERRA-JÚNIOR G. A idade da menarca está diminuindo? **Rev Paul Pediatría**; 25(1):76-81. 2007.
- CARVALHO, M.A.B.; SOUZA, D.V.; OLIVEIRA, H.A.; PIRES, LPM. Gravidez na adolescência – aspectos socioeconômicos. **Ginecol. Obstetr. Atual.** 11: 7-14, 2002.
- CHALEM, E.; MITSUHIRO, S.S.; FERRI, C.P.; BARROS, M.C.M; GUINSBURG, R.; LARANJEIRA, R. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 23(1): 177-186, jan., 2007.
- CHAN, B.C.; LAO, T.T. Effect of parity and advanced maternal age on obstetric outcome. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** 102(3): 237-247, sep., 2008.

CHEN, X.K.; WEN, S.W.; FLEMING, N.; DEMISSIE, K.; RHOADS, G.G.; WALKER, M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. **Int J Epidemiol**, 36(2): 368-373, apr., 2007.

COSTA, M.C.O. **Análise do estado nutricional de filhos de mãe adolescente**. In: 5º. Congresso Brasileiro de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria. 1º. Congresso da ASBRA; 3º. Congresso do Comitê de Adolescência da ALAPE; 1993. Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte, 1995.

DATASUS - MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> Acesso em 15 de novembro de 2014.

GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**. 18: 153-161, 2002.

GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C.; FILHA, M.M.T. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**. 35(1): 74-80, 2001.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M.C.T.; SILVA, R.S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 21(4): 1077-1086, jul/ago, 2005.

GONÇALVES, H.; GIGANTE, D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma coorte de nascimento. **Cad. Saúde Pública**. 22(7): 1459-1469, 2006.

GRADIM, C.V.C.; FERREIRA, M.B.L.; MORAES, M.J. O perfil das grávidas adolescentes em uma Unidade de Saúde da família de Minas Gerais. **Rev. APS. Juiz de Fora**. 13(1): 55-61, jan/mar, 2010.

HARPER, L.M.; CHANG, J.J.; MACONES, G.A. Adolescent pregnancy and gestational weight gain: do the Institute of Medicine recommendations apply? **Am J Obstet Gynecol**. 205(2): 140, Aug, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese dos Indicadores Sociais** – Estudos e Pesquisas, Rio de Janeiro: 25-52, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro; 2010.

LIMA, C.T.B.; FELICIANO, K.V.O.; CARVALHO, M.F.S.; SOUZA, A.P.P.; MENABÓ, J.B.C.; RAMOS, L.S.; CASSUNDE, L.F.; KOVACS, M.H. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Rev. Bras Saúde Mater. Infant**. 4(1): 71-83, jan/mar, 2004.

MACIEL, S.S.S.V.; MACIEL, W.V.; OLIVEIRA, A.G.L.; SOBRAL, L.V.; SOBRAL, H.V.; CARVALHO, E.S.; SILVA, A.K.S. Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru, PE. **Revista da AMRIGS**. Porto Alegre. 56(1): 46-50, jan-mar, 2012.

MAGALHÃES, M.L.C.; FURTADO, F.M.; NOGUEIRA, M.B.; CARVALHO, F.H.C.; ALMEIDA, F.M.L.; MATTAR, R.; CAMANO, L. Gestação na adolescência precoce e

tardia: há diferença nos riscos obstétricos? **Rev Bras Ginecol Obstet.** 28(8): 446-452, 2006.

MAGALHÃES, M.L.C.; MATTAR, R.; FURTADO, F.M.; FRANCISCO, H.C.C.; NOGUEIRA, M.B. Características epidemiológicas da gravidez na adolescência. Estudo em maternidade Escola de Fortaleza. **Rev Sogia.** 12(2): 49-70, 2005.

MAIA, V. O. A; MAIA, A.C.A.; QUEIROGA, F.L.; MAIA FILHO, V.O.A.; ARAUJO, A.B.; LIPPO, L.A.M.; ALBUQUERQUE, R.M. Via de Parto em Gestações Sucessivas em Adolescentes: Estudo de 714 Casos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 26 (9): 703-707, oct., 2004.

MALFATTI, C.R.M.; ASSUNÇÃO, A.N.; BURGOS, M.S.; EHLE, L.D. Perfil das gestantes cadastradas nas equipes de saúde da família da 13ª coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, 15(3): 458-463, jul/set., 2006.

MARCONDES, E.; VAZ, F.A.C.; OKAY, Y.; RAMOS, J.L.A. **Pediatria básica: pediatria clínica especializada.** São Paulo: Sarvier, 2004.

MARTINEZ, E. Z.; ROZA, D. L.; CACCIA-BAVA, M.C.G.G.; ACHCAR, J.A.; DAL-FABBRO, A.L.. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do estado e São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cad Saude Publica;** 27(5):855-867, 2011.

MARTINS, P.C.R.; PONTES, E.R.J.C.; PARANHOS FILHO, A.C.; RIBEIRO, A.A. Gravidez na adolescência: estudo ecológico nas microrregiões de saúde do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil – 2008; **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, 23(1):91-100, jan-mar 2014.

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D.; OLIVEIRA, B. Z.; PIMENTEL., E. C. Características das gestações de adolescentes internadas em maternidades do estado de São Paulo, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, 23(2):305-316, abr-jun. 2014

MIRANDA, A.E.; GADELHA, A.M.J.; SZWARCOWALD, C.L. Padrão de comportamento relacionado a práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. **Cad Saúde Pública.** 21(1): 207-216, jan/fev., 2005.

MOURA, B.; SALDANHA, M.; LOPES, M.; GUARANÁ, M.; MENDES, N.; SIMÕES, R.; CARNEIRO, R.; AMADO, R.; AGUIAR, T.; LUZ, V.; SAYEG, M.A. Gravidez na adolescência: fatores associados e resultados perinatais em uma Maternidade-Escola do Rio de Janeiro, **Adolesc. Saude.** Rio de Janeiro. 8(1): 15-20, jan/mar, 2011.

MUNIZ, M.C.V. **Perfil epidemiológico de puérperas adolescentes em Cáceres – MT.** [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2010.

NASCIMENTO, M.G.; XAVIER, P.F.; AS, R.D.P. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolesc. Saúde.** Rio de Janeiro. 8(4): 41-47, out/dez, 2011.

OS MOVIMENTOS SOCIAIS NO BRASIL, Disponível em: <http://pt.slideshare.net/Shirlyayne/os-movimentos-sociais-no-brasil> (acessado em 25/01/2014).

PAIVA V, CALAZANS G, VENTURI G, DIAS R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**.;42(Suppl 1):45-53. 2008.

PATIAS, N.D.; DIAS, A.C.G. Sexarca, informação e uso de métodos contraceptivos: comparação entre adolescentes. **Psico-USF, Bragança Paulista**, v. 19, n. 1, p. 13-22, jan./abril 2014

PEDRO FILHO, F.; SIGRIST, R.M.S.; SOUZA, L.L.; MATEUS, D.C.; RASSAM, E. Perfil epidemiológico da grávida adolescente em Jundiá e sua evolução em trinta anos. **Adolesc. Saúde**. Rio de Janeiro. 8(1): 21-27, jan/mar, 2011.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1995.

PERETTO M, LOPES MJM, SOARES JSF, SWAROWSKY GE. Gravidez na adolescência em oito municípios do RS: perfil de ocorrência e rede de serviços. **Rev Electr Enf**. out-dez;13(4):721-729. 2011.

PETRUCCELLI, J.L.; SABOIA, A.L. **Raça, identidade, identificação abordagem histórica conceitual em Estudos e Análises - Características Étnico-raciais da População - Classificações e identidades**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rio de Janeiro, p.21, 2013.

PINTO, L.F.; MALAFAIA, M.F.; BORGES; J.A.; BACCARO; A.; SORANZ; D.R. **Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1):205-213, 2005.

PONTE JÚNIOR, G.M.; XIMENES NETO, F.R.G. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: Uma análise das causas e riscos. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. 6(1): 25-37, 2004.

QUEIROGA, K. R. O.; FARIAS, M. C. A. D.; CASIMIRO, G. S.; NASCIMENTO, A. R. S.; MAIA, P. C. G. G. S.; ABRANTES, K. S. M.; VALENTI, V. E.; ABREU, L. C. O QUE É E COMO SE EXPLICA A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, **Journal of Human Growth and Development**, 24(2):142-149, 2014.

QUEIROZ, M. V. O.; BRASIL, E. G. M.; ALCÂNTARA, C. M.; CARNEIRO, M. G. O.. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. **Rev Rene**. maio-jun; 15(3):455-62, 2014.

RIBEIRO, E.R.; BARBIERI, M.A.; BETTIOL, H.; SILVA, A.A. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**. 34: 136-142, 2000.

RIGSBY, D.C.; MACONES, G.A.; DRISCOLL, D.A. Risk factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. **J. Pediatr Adolesc Gynecol**. 11(3): 115-26, 1998.

RODRIGUES, M.F.; JARDIM, D.P.; Conhecimento e uso da contracepção de emergência na adolescência: contribuições para a enfermagem. **Cogitare Enferm. Out/Dez**; 17(4):724-9, 2012

ROSA, F. S.; CECAGNO, D.; MEINCKE, S. M. K.; BORDIGNON, S. S.; SOARES, M. C.; CORRÊA, A. C. L. Uso de contraceptivos por puérperas adolescentes. **av. enferm.**, XXXII (2): 245-251, 2014

ROTHMAN, K.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. **Modern Epidemiology**. 3ª ed. Philadelphia - USA: Lippincott Williams, 2008.

SABROZA, A.R.; LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N; COSTA, J.V. Perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município de Rio de Janeiro, Brasil. – 1999-2001. **Cad. Saúde Pública**. 20 suppl. 1: S112-120, 2004.

SAITO, M.I.; LEAL, M.M. Educação sexual na escola. **Pediatria** (São Paulo). 22(1): 44-48, 2000.

SANTOS JÚNIOR, J.D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: SHCOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. organizadores. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde. 223-29, 1999.

SANTOS, G.H.N.; MARTINS, M.G.; SOUSA, M.S.; Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 30(5): 224-231, 2008.

SANTOS, J.O.; SILVA, C.F.S.; PETENÃO, E.; SOSTER, F.C.B.; BERARD, M.B.; SILVA, S.R. Perfil das adolescentes com reincidência de gravidez assistidas no setor público de Indaiatuba (SP). **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**. 27(2):115-121, 2009.

SANTOS, N. L. A. C.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T. R.; VIEIRA, G. O.; BACELAR, E. B.; ALMEIDA, A. H.V... Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3):719-726, 2014

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria de Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, p.328, 2006.

SCHEMPF, A.H.; BRANUM, A.M.; LUKACS, S.L.; SCHOENDORF, K.C. The contribution of preterm birth to the Black-White infant mortality gap, 1990 and 2000. **Am J Public Health** 97(7): 1255-1260, jul., 2007.

SILVA, L.; TONETE, V.L.P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev Latina-Am Enfermagem** [on-line]. Ribeirão Preto. 14(2):199-206, mar/abril, 2006.

SILVA, F. M., SILVA, I. A.C., **O estado civil da mulher nos anos de 1970**, Trabalho temático interdisciplinar baseado na obra *As Meninas* de Lygia Fagundes Telles, apresentado para avaliação dos docentes da grade curricular do 2º semestre do curso de Biblioteconomia e Ciência da Informação da Fundação Escola de

SIMÕES, A. R. Gravidez na adolescência: Perfil das gestantes e puérperas e fatores associados. **R. Saúde Públ.** Santa Cat., Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

SIPSMA, H.L.; PHIL, M.; ICKOVICS, J.R.; LEWIS, J.B.; ETHIER, K.A.; KERSHAW, T.S. Adolescent pregnancy desire and pregnancy incidence. **Womens Health Issues**. 21(2): 110-116, 2011.

Sociologia e Política de São Paulo. Disponível em: http://www.fespsp.org.br/fesp/uploads/fck_assets/arquivos/FernandaMSilva_IngridACSilva.pdf, acessado em 25/01/2014.

SPINDOLA, T.; SILVA, L.F.F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré natal de um hospital universitário. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.** 13(1): 99-107, jan/mar, 2009.

TABORDA, J. A.; SILVA, F. C.; ULBRICHT, L.; NEVES, E. B. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 22 (1): 16-24, 2014.

TYRBERG, R.B.; BOLMBERG, M.; KJOLHEDE, P. Deliveries among teenage women – with emphasis on incidence and mode of delivery: a Swedish national survey from 1973 to 2010. **BMC Pregnancy and Childbirth.** 13: 204, 2013.

UNITED NATIONS, **Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Prospects: The 2012 Revision, Volume I: Comprehensive Tables ST/ESA/SER.A/336.** United Nations New York, 2013.

VIEIRA, L.M.; SAES, S.O.; DÓRIA, A.A.B.; GOLDBERG, T.B.L. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** 6(1): 135-40, 2006.

VITALLE, M.S.S.; BRASIL, A.L.D.; LOBREGA, F.J. Recém-nascido de mãe adolescente de baixo nível socioeconômico. **Rev. Paul. Pediatr.** 15(1): 17-23, 1997.

WAISSMAN, A.L.; MACHADO, T.R.S. A gestação nos extremos da idade reprodutiva. In: ZUGAIB, M.; RUOCCO, R.M.S.A. editores. **Pré-natal.** 3ª ed. São Paulo (SP): Atheneu, 115-119, 2005.

WHO, World Health Organization. Young People's Health – **A Challenge for Society Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All Technical Report.** Series 731. Geneve: WHO, 1986.

XIMENES NETO FRG, DIAS MSA, ROCHA J, CUNHA ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev Bras Enferm.** jun;60(3):279-285, 2007.

YAZAKI, L.M.. Maternidades sucessivas em adolescentes no Estado de São Paulo. In: 16º Encontro Nacional de Estudos Populacionais; set 29-out 3; Caxambu (MG), 2008.

ZIRBEL, I., **Estudos Feministas e Estudos de Gênero no Brasil: Um debate.** Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da UFSC, Florianópolis, 2007. Capítulos 1 e 2). Disponível em: http://www.academia.edu/3416728/Movimento_Feminista_Brasileiro_Movimento_de_Mulheres._Uma_vers%C3%A3o_hist%C3%B3rica, acessado em 25/01/2014.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (maior de 18 anos)

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, você e/ou seu responsável, caso seja menor de 18 anos, devem assinar ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida você poderá procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelo telefone (62) 3521-1215.

Informações sobre a pesquisa:

Título do projeto: Gravidez na adolescência: Perfil epidemiológico, fatores de riscos associados e resultados perinatais em uma maternidade pública de Goiânia (GO)

Pesquisador Responsável: Jony Rodrigues Barbosa

Telefone para contato (à cobrar): (62) 8414-7152 / (62) 3224-5276.

A sua participação será de grande importância para o nosso estudo, pois através dela poderemos traçar o perfil epidemiológico, fatores de riscos e os resultados perinatais das gestantes adolescentes atendidas na Maternidade Nascer Cidadão, localizada na Avenida Oriente, S/Nº Área Pública Municipal (APM) 09, Jd. Curitiba III, Goiânia - GO, onde serão registrados os dados referentes ao: Perfil sócio-demográfico (idade, estado civil, raça, endereço, moradia, renda familiar, escolaridade); Antecedentes ginecológicos e sexuais (idade da primeira menstruação (menarca), idade da primeira relação sexual (sexarca), motivo da sexarca, quantidade de parceiros que já teve relação sexual); Conhecimento dos métodos contraceptivos que evitam a gravidez (pílula, camisinha, tabelinha, diafragma, dispositivo intra-uterino, tempo que usou ou usa o método); Antecedentes familiares (adolescentes grávidas na família, apoio da família); Antecedentes obstétricos (número de gestações, pré-natal, complicações); Dados da gravidez atual (motivo da internação, tipo de parto); Dados sobre o recém-nascido (peso, Apgar de primeiro e quinto minutos, amamentação). Nosso objetivo geral é analisar o perfil epidemiológico, fatores associados e resultados perinatais de adolescentes gestantes atendidas nesta maternidade de Goiânia. Os objetivos específicos englobam: Identificar as características sócio demográficas de adolescentes grávidas delineando o perfil epidemiológico; Conhecer os fatores de riscos associados à gestação; Verificar os métodos contraceptivos utilizados pelas adolescentes para evitar a gravidez; Avaliar se relações familiares influencia na gestação da adolescência; Avaliar as condições do surgimento e acompanhamento da gestação; Demonstrar os dados perinatais sobre o parto e concepto. Desta forma, poderemos identificar os possíveis fatores comuns à maioria das gestantes adolescentes e com estes dados permitir traçar estratégias para prevenir outras gestações em idade tão precoce, causando um problema social na vida destas jovens. **Não haverá riscos** para sua participação na realização da pesquisa proposta, pois se trata de uma simples coleta de dados por meio de formulário específico, a qual engloba perguntas referentes aos dados pessoais e informações contidas em prontuário médico. Algumas perguntas podem causar constrangimento por se tratar de um assunto que aborda questões relacionadas à vida íntima. Porém, o ambiente de realização das perguntas permitirá a preservação do sigilo das informações prestadas.

Espera-se que o benefício seja o conhecimento dos fatores que influenciam a gravidez na adolescência e em qual perfil de adolescente há um risco aumentado de engravidar. Almeja-se que este estudo possa servir de referência para que o poder público realize ações de orientação e educação junto as adolescentes, com intuito de prevenir a gravidez nesta fase da vida, diminuindo os índices de gestação na adolescência na região noroeste de Goiânia. Porém, sua participação é voluntária. A pesquisa será realizada através de uma entrevista e preenchimento de um formulário com posterior análise dos dados. O período de participação será por alguns minutos, tempo necessário para que sejam coletadas algumas informações referentes ao seu perfil e também dados do prontuário médico existente na Maternidade Nascer Cidadão que contém informações do seu quadro clínico. Serão garantidos o anonimato e o sigilo das informações, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos. Você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa em qualquer momento da pesquisa. Você poderá retirar-se do estudo ou não permitir a utilização de seus dados em qualquer momento da pesquisa. Sendo um participante voluntário, você não terá nenhum pagamento e/ou despesa referente à sua participação no estudo. Garantimos às participantes da pesquisa que todos os dados coletados serão guardados pelo pesquisador pelo prazo de 5 (cinco) anos, sendo logo após incinerados, seu emprego em uma outra pesquisa estará condicionado à nova submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Pesquisador – Jony Rodrigues Barbosa

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, n.º de prontuário _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo:

“Gravidez na adolescência: Perfil epidemiológico, fatores de riscos associados e resultados perinatais em uma maternidade pública de Goiânia (GO)”, como sujeito.

Fui devidamente informada e esclarecida pelo pesquisador: **Jony Rodrigues Barbosa**, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento, se for o caso).

Goiânia, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura da adolescente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (até 17 anos)

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, você e/ou seu responsável, caso seja menor de 18 anos, devem assinar ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida você poderá procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelo telefone (62) 3521-1215.

Informações sobre a pesquisa:

Título do projeto: Gravidez na adolescência: Perfil epidemiológico, fatores de riscos associados e resultados perinatais em uma maternidade pública de Goiânia (GO)

Pesquisador Responsável: Jony Rodrigues Barbosa

Telefone para contato (à cobrar): (62) 8414-7152 / (62) 3224-5276.

A sua participação será de grande importância para o nosso estudo, pois através dela poderemos traçar o perfil epidemiológico, fatores de riscos e os resultados perinatais das gestantes adolescentes atendidas na Maternidade Nascer Cidadão, localizada na Avenida Oriente, S/Nº APM 09, Jd. Curitiba III, Goiânia - GO, onde serão registrados os dados referentes ao: Perfil sócio-demográfico (idade, estado civil, raça, endereço, moradia, renda familiar, escolaridade); Antecedentes ginecológicos e sexuais (idade da primeira menstruação (menarca), idade da primeira relação sexual (sexarca), motivo da sexarca, quantidade de parceiros que já teve relação sexual); Conhecimento dos métodos contraceptivos que evitam a gravidez (pílula, camisinha, tabelinha, diafragma, dispositivo intrauterino, tempo que usou ou usa o método); Antecedentes familiares (adolescentes grávidas na família, apoio da família); Antecedentes obstétricos (número de gestações, pré-natal, complicações); Dados da gravidez atual (motivo da internação, tipo de parto); Dados sobre o recém-nascido (peso, Apgar de primeiro e quinto minutos, amamentação). Nosso objetivo geral é analisar o perfil epidemiológico, fatores associados e resultados perinatais de adolescentes gestantes atendidas nesta maternidade de Goiânia. Os objetivos específicos englobam: Identificar as características sócio demográficas de adolescentes grávidas delineando o perfil epidemiológico; Conhecer os fatores de riscos associados à gestação; Verificar os métodos contraceptivos utilizados pelas adolescentes para evitar a gravidez; Avaliar se relações familiares influencia na gestação da adolescência; Avaliar as condições do surgimento e acompanhamento da gestação; Demonstrar os dados perinatais sobre o parto e concepto. Desta forma, poderemos identificar os possíveis fatores comuns à maioria das gestantes adolescentes e com estes dados permitir traçar estratégias para prevenir outras gestações em idade tão precoce, causando um problema social na vida destas jovens. **Não haverá riscos** para sua participação na realização da pesquisa proposta, pois se trata de uma simples coleta de dados por meio de formulário específico, a qual engloba perguntas referentes aos dados pessoais e informações contidas em prontuário médico. Algumas perguntas podem causar constrangimento por se tratar de um assunto que aborda questões relacionadas à vida íntima. Porém, o ambiente de realização das perguntas permitirá a preservação do sigilo das informações prestadas. **Espera-se que o benefício** seja o conhecimento dos fatores que influenciam a gravidez na adolescência e em qual perfil de adolescente há um risco aumentado de engravidar. Almeja-se que este estudo possa servir de referência

para que o poder público realize ações de orientação e educação junto as adolescentes, com intuito de prevenir a gravidez nesta fase da vida, diminuindo os índices de gestação na adolescência na região noroeste de Goiânia. Porém, sua participação é voluntária. A pesquisa será realizada através de uma entrevista e preenchimento de um formulário com posterior análise dos dados. O período de participação será por alguns minutos, tempo necessário para que sejam coletadas algumas informações referentes ao seu perfil e também dados do prontuário médico existente na Maternidade Nascer Cidadão que contém informações do seu quadro clínico. Serão garantidos o anonimato e o sigilo das informações, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos. Você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa em qualquer momento da pesquisa. Você poderá retirar-se do estudo ou não permitir a utilização de seus dados em qualquer momento da pesquisa. Sendo um participante voluntário, você não terá nenhum pagamento e/ou despesa referente à sua participação no estudo. Garantimos às participantes da pesquisa que todos os dados coletados serão guardados pelo pesquisador pelo prazo de 5 (cinco) anos, sendo logo após incinerados, seu emprego em uma outra pesquisa estará condicionado à nova submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Pesquisador – Jony Rodrigues Barbosa

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA AUTORIZADO PELO RESPONSÁVEL, QUANDO SUJEITO FOR MENOR DE 18 ANOS.

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo sua participação no estudo: **“Gravidez na adolescência: Perfil epidemiológico, fatores de riscos associados e resultados perinatais em uma maternidade pública de Goiânia (GO)”**, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador: Jony Rodrigues Barbosa sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da sua participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do acompanhamento/ assistência/tratamento prestado ao sujeito pesquisado.

Goiânia, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do(a) Responsável

APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, FATORES ASSOCIADOS E RESULTADOS PERINATAIS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA – GO									
Formulário de coleta de dados									
Data: / /			Prontuário:			Nº ficha:			
1-Identificação:									
1.1-nome:									
1.2-data de nascimento: / /									
1.3-idade:									
1.4-estado civil:									
1-solteira:	<input type="checkbox"/>	2-união	<input type="checkbox"/>	3-casada:	<input type="checkbox"/>	4-separada:	<input type="checkbox"/>	5-viúva:	<input type="checkbox"/>
		consensual:							
1.5-raça:									
1-branca:	<input type="checkbox"/>	2-negra:	<input type="checkbox"/>	3-parda:	<input type="checkbox"/>	4-indígena:	<input type="checkbox"/>	5-amarela:	<input type="checkbox"/>
1.6-endereço:									
Rua/quadra/lote/nº:									
Bairro:									
Cidade:									
2-Moradia									
2.1-propriedade:									
1-própria:	<input type="checkbox"/>	2-alugada:	<input type="checkbox"/>	3-cedida:	<input type="checkbox"/>	4-outra:	<input type="checkbox"/>		
2.2-mora com:									
1-pais:	<input type="checkbox"/>	2-parceiro:	<input type="checkbox"/>	3-parentes:	<input type="checkbox"/>	4-sozinha:	<input type="checkbox"/>	5-outra:	<input type="checkbox"/>
2.3-número de cômodos									
1-de 1 a 2:	<input type="checkbox"/>	2-de 3 a 4:	<input type="checkbox"/>	3-de 5 a 6:	<input type="checkbox"/>	4-mais de 6:	<input type="checkbox"/>		
2.4-número moradores na casa									
1-de 1 a 2:	<input type="checkbox"/>	2-de 3 a 4:	<input type="checkbox"/>	3-de 5 a 6:	<input type="checkbox"/>	4-mais de 6:	<input type="checkbox"/>		
3-Renda familiar em salário mínimo (SM) e ocupação/atividade profissional									
1-até 01 SM:	<input type="checkbox"/>	2-01 SM:	<input type="checkbox"/>	3-de 1 a 3 SM:	<input type="checkbox"/>	4-mais de 3 SM:	<input type="checkbox"/>		
3.1-participa de algum programa de assistência do governo?									
1-não:	<input type="checkbox"/>	2-sim:	<input type="checkbox"/>	qual?:					
3.2-ocupação/atividade profissional									
1-não trabalha:	<input type="checkbox"/>	2-estudante:	<input type="checkbox"/>	3-do lar:	<input type="checkbox"/>	4-emprego	<input type="checkbox"/>	emprego	<input type="checkbox"/>
						formal:		informal:	
4-Escolaridade									
1-não	<input type="checkbox"/>	2-ensino	<input type="checkbox"/>	3-ensino	<input type="checkbox"/>	4-ensino médio	<input type="checkbox"/>	5-ensino médio	<input type="checkbox"/>
alfabetizada:		fundamental		fundamental		incompleto:		completo:	
		incompleto		completo					
6- ensino superior incompleto:	<input type="checkbox"/>	7-ensino superior completo:	<input type="checkbox"/>						
4.1-estudava quando engravidou?									
1-não:	<input type="checkbox"/>	2-sim:	<input type="checkbox"/>	3-que série?:					
4.2-ainda estuda?									
1-não:	<input type="checkbox"/>	2-sim:	<input type="checkbox"/>	3-que série?:					
4.3-porque parou de estudar?									
1-falta de apoio	<input type="checkbox"/>	2-falta de apoio do	<input type="checkbox"/>	3-falta de	<input type="checkbox"/>	4-gravidez:	<input type="checkbox"/>	5-trabalho:	<input type="checkbox"/>
da família:		parceiro:		recursos					
				financeiros:					
4.3-pretende voltar a estudar?									
1-não:	<input type="checkbox"/>	2-sim:	<input type="checkbox"/>						

5-Antecedentes ginecológicos e sexuais				
5.1-idade da menarca (1ª menstruação)				
1 < 10 anos	2 10 anos	3 11 anos	4 12 anos	5 13 anos
6-14 anos	7-15 anos	8-16 anos	9-após de 16 a	10-não lembra
5.2-idade da sexarca (1ª relação sexual)				
1 < 10 anos	2-10 anos	3-11 anos	4-12 anos	5-13 anos
6-14 anos	7-15 anos	8-16 anos	9 após de 16 a	10 não lembra
5.3-motivo da sexarca				
1-sentimento pelo parceiro:	2-casamento:	3-curiosidade:	4-abuso sexual/ forçada:	5-ocasião:
5.4-quantidade de parceiros que já teve relação sexual				
1-um	2-dois	3-três	4-quatro	5-cinco ou mais
6-Conhece os métodos anticoncepcionais para evitar gravidez?				
1-não:	2-sim:			
6.1-quais?				
1-pílula:	2-injetável mensal:	3-injetável trimestral:	4-camisinha:	5-dispositivo intra-uterino (DIU):
6-diafragma:	7-implantes:	8-tabelinha:	9-pílula do dia seguinte:	10-outro:
6.2 já usou algum método anticoncepcional?				
1-não:	2-sim:			
6.3-qual?				
1-pílula:	2-injetável mensal:	3-injetável trimestral:	4-camisinha:	5-dispositivo intra-uterino (DIU):
6-diafragma:	7-implantes:	8-tabelinha:	9-pílula do dia seguinte:	10-outro:
6.4-usava algum método quando engravidou?				
1-não:	2-sim:			
6.5-qual?				
1-pílula:	2-injetável mensal:	3-injetável trimestral:	4-camisinha:	5-dispositivo intra-uterino (DIU):
6-diafragma:	7-implantes:	8-tabelinha:	9-pílula do dia seguinte:	10-outro:
6.6-tempo de uso do método anticoncepcional na época da gravidez				
1-< 6 meses:	2-de 6 a 12 meses:	3-de 12 a 18 meses:	4-de 18 a 24 meses:	5-> 24 meses
7-Antecedentes familiares				
7.1-há algum familiar de primeiro grau que teve filhos antes dos 20 anos?				
1-nenhum	2-mãe	3-pai	4-irmã	5-irmão
7.2-quantos irmãos e/ou irmãs tem ao todo?				
1-um	2-dois	3-três	4-mais de três	5-nenhum
7.3 teve apoio da família durante a gravidez?				
1-não:	2-sim (toda família):	3-só da mãe:	4-só do pai:	5-outros familiares:
7.4 teve o apoio do pai do bebê durante a gestação?				
1-nenhum	2-sim, desde o início:	3-sim, parcialmente:	4-só financeiramente:	
7.5 ainda mantém relacionamento amoroso com o pai do bebê?				
1-nenhum, estou sozinha:	2-sim, desde o início:	3-sim, parcialmente:	4-não, já tenho ou.ro parceiro:	

7.6-teve o apoio dos familiares do pai do bebê durante a gestação?				
1- nenhum	<input type="checkbox"/>	2-sim, desde o	<input type="checkbox"/>	3-sim,
		início:	parcialmente:	4-só
			financeiramente:	<input type="checkbox"/>
7.7-você considera que esta gravidez foi:				
1-planejada	<input type="checkbox"/>	2-desejada	<input type="checkbox"/>	3-inesperada
				4-inesperada/ não-
			/aceita	aceita
				<input type="checkbox"/>
8- Antecedentes Obstétricos				
8.1-número de gestações (incluindo a atual)				
1-uma	<input type="checkbox"/>	2-duas	<input type="checkbox"/>	3-três
				4-mais de três
				<input type="checkbox"/>
8.2-se houve gravidez anterior, você teve quantos:				
1-parto normal	<input type="checkbox"/>	2-cesárea	<input type="checkbox"/>	3-aborto
				espontâneo
				4-aborto
				provocado
				5-gravidez
				ectópica
				<input type="checkbox"/>
8.3-onde você realizou o acompanhamento pré-natal?				
1-não fez pré	<input type="checkbox"/>	2-ESF	<input type="checkbox"/>	3-posto de
natal			saúde/CAIS	4- hospital/
				maternidade baixo
				risco
				5- hospital/
				maternidade alto
				risco
				<input type="checkbox"/>
8.4-você realizou quantas consultas de pré-natal?				
1-nenhuma	<input type="checkbox"/>	2-de 1 a 2	<input type="checkbox"/>	3-de 3 a 4
				4- de 5 a 6
				5- > 6
				<input type="checkbox"/>
8.5-teve alguma internação durante o pré-natal				
1-não	<input type="checkbox"/>	2- sim	<input type="checkbox"/>	
8.6-teve complicações durante a gravidez antes desta internação?				
1-não	<input type="checkbox"/>	2-infecção urinária	<input type="checkbox"/>	3-pressão alta
				4-anemia
				5-outra
				<input type="checkbox"/>
8.7-qual seu ganho de peso durante esta gravidez?				
1-< 8Kg	<input type="checkbox"/>	2- de 9 a 12Kg	<input type="checkbox"/>	3-de 13 a 16Kg
				4->17Kg
				5- não sabe
				<input type="checkbox"/>
9- Dados da gravidez atual				
9.1-qual motivo desta internação?				
1-trabalho de	<input type="checkbox"/>	2-amniorexe	<input type="checkbox"/>	3- pressão alta
parto		(bolsa rota)		4-pós-datismo
				5-cesárea eletiva
6- sofrimento	<input type="checkbox"/>	7-sangramento	<input type="checkbox"/>	8-infecção
fetal		vaginal		9- oligoâmnio
				10-outra
				<input type="checkbox"/>
9.2-esta gravidez terminou em:				
1-parto normal	<input type="checkbox"/>	2-cesárea	<input type="checkbox"/>	3-aborto
				espontâneo
				4-aborto
				provocado
				5-gravidez
				ectópica
				<input type="checkbox"/>
9.3-se cesárea, qual foi a indicação cirúrgica?				
1-desproporção	<input type="checkbox"/>	2-cesárea anterior	<input type="checkbox"/>	3- pressão alta
céfalo-pélvica				4-pós-datismo
				5- iteratividade
				(02 ou + cesáreas
				anteriores
6- sofrimento	<input type="checkbox"/>	7-descolamento de	<input type="checkbox"/>	8-infecção
fetal agudo		placenta ou		9- oligoâmnio
		placenta prévia		10-outra
				<input type="checkbox"/>
9.4-qual a idade gestacional (IG) na internação?				
1-< 20sem.	<input type="checkbox"/>	2-de 20 a 27sem	<input type="checkbox"/>	3-de 28 a 33sem
				4-de 34 a 37sem
				5-> 37sem
				<input type="checkbox"/>
10- Dados sobre o recém nascido (RN)				
10.1-o peso do recém-nascido foi:				
1-< 500g	<input type="checkbox"/>	2-500 a 1500g	<input type="checkbox"/>	3-1501 a 2500g
				4-2501 a 4000g
				5- . 4000g
				<input type="checkbox"/>
10.2-apgar de primeiro minuto foi:				
1- < 5	<input type="checkbox"/>	2- de 5 a 7	<input type="checkbox"/>	3- de 8 a 10
				<input type="checkbox"/>
10.3-apgar de quinto minuto foi:				
1- < 5	<input type="checkbox"/>	2- de 5 a 7	<input type="checkbox"/>	3- de 8 a 10
				<input type="checkbox"/>
10.4-o RN foi ao seio a primeira vez:				
1-na sala de	<input type="checkbox"/>	2-no alojamento	<input type="checkbox"/>	3-não foi ao seio
parto		conjunto		<input type="checkbox"/>
10.5-quanto tempo pretende amamentar?				
1-não quer	<input type="checkbox"/>	2- até o 4º mês	<input type="checkbox"/>	3-até o 6º mês
amamentar				4-até 1 ano
				5->1 ano
				<input type="checkbox"/>

Anexo A



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Goiânia, 29 de julho de 2013.

**PARECER CONSUBSTANCIADO REFERENTE AO ATENDIMENTO DE
PENDÊNCIAS EM PROJETO DE PESQUISA**
Protocolo nº 094/13

I. Identificação:

1. *Título do projeto: Gravidez na adolescência: Perfil epidemiológico, fatores de risco associados e resultados perinatais em uma maternidade pública de Goiânia (GO).*
2. *Pesquisador Responsável: Jony Rodrigues Barbosa (mestrando)*
3. *Unidade/Órgão: Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) - UFG*
4. *Orientadora: Patrícia de Sá Barros.*
5. *Data de apresentação do protocolo à CEP: 09/04/2013*
6. *Data do Relato: 6/05/2013.*
7. *Data de Atendimento das Pendências: 18/06/2013.*

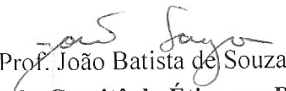
II - Parecer do CEP:

Informamos que o *Comitê de Ética em Pesquisa* da Universidade Federal de Goiás, após análise das adequações solicitadas, **Aprovou**, em 29 de julho de 2013, o projeto acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/UFG, relatórios da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões) de acordo com as recomendações da Resolução 196/96.

III - Data da reunião: 29/07/2013

Assinatura do Relator:


Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFG