



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

GILDA MARIA LEITE DE ARAÚJO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DE
ADOLESCENTES PUÉRPERAS: contribuição para o
planejamento familiar

FORTALEZA – CEARÁ

2012

GILDA MARIA LEITE DE ARAÚJO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DE ADOLESCENTES
PUÉRPERAS: contribuição para o planejamento familiar

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional da Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de ciências da saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Helvécio Neves Feitosa.

FORTALEZA – CEARÁ

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho

A663p

Araújo, Gilda Maria Leite de

Perfil sociodemográfico e reprodutivo de adolescentes puérperas: contribuição para o planejamento familiar / Gilda Maria Leite de Araújo. – 2012.

129f. : enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Educação, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2012.

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof. Dr. Helvécio Neves Feitosa.

1. Gravidez na adolescência. 2. Puérperas. 3. Inovação tecnológica. I. Título.

CDD: 612.83

GILDA MARIA LEITE DE ARAÚJO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DE ADOLESCENTES
PUÉRPERAS: contribuição para o planejamento familiar

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da
Criança e do Adolescente da Universidade
Estadual do Ceará como requisito parcial
para a obtenção do Grau de Mestre.

Aprovada em: 03/04/2012

Banca Examinadora

Prof. Dr. Helvécio Neves Feitosa (Orientador)
Hospital Geral de Fortaleza

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz
Universidade Estadual do Ceará

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Washington Luís, pelo companheirismo, apoio, incentivo, força e equilíbrio em todo processo de realização deste mestrado.

Aos meus filhos, Victor, Gustavo, Laís e Lívia, meus tesouros que Deus me deu para amar e ensinar o verdadeiro significado da vida.

As adolescentes, sujeito desta pesquisa, razão de muito estudo e reflexão para o meu processo de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Helvécio Neves Feitosa, por ter aceitado ser meu orientador e por acreditar neste estudo, muitas vezes alterado até chegar a este formato; verdadeiro mestre, que muito me engrandeceu com seu conhecimento e com seu senso ético em todas as ocasiões.

Aos Professores Doutores Francisco Herlânio Costa Carvalho e Maria Veraci Oliveira Queiroz, por comporem a banca de defesa desta Dissertação e pela contribuição com sugestões para o seu enriquecimento na banca examinadora de qualificação.

Aos Professores Doutores José Wellington Oliveira Lima e Paulo César de Almeida, pela grande contribuição nas estatísticas deste trabalho, que ao longo da sua execução fui extraíndo informações que utilizei na discussão dos dados.

Aos que fazem o Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, pelo apoio e contribuição para realização do meu sonho de ser mestre.

Aos colegas do mestrado que estiveram presentes nesta caminhada, com os quais dividi meus momentos de ansiedade, alegria, medos e conquistas.

Ao corpo funcional do Hospital Geral Dr. César Cals, onde exerço minha profissão, em particular à Direção, ao Comitê de Ética, à enfermeira Zilma Nunes de Melo e às estudantes de enfermagem pela coleta dos dados e pela orientação em saúde sexual e reprodutiva das adolescentes da pesquisa.

*O sábio não se senta para lamentar-se,
mas se põe alegremente em sua tarefa de
consertar o dano feito.*

William Shakespeare

RESUMO

As adolescentes que engravidam de forma não planejada estão propensas à gravidez reincidente, por persistirem os mesmos fatores indutores da primeira gestação. O estudo tem como objetivo geral caracterizar o perfil sociodemográfico e reprodutivo das adolescentes assistidas no puerpério em um hospital público de Fortaleza, referência em ginecologia e obstetrícia no Ceará, onde nasceram vivas 5.344 crianças no ano de 2011, sendo que 1.240 (23,2%) eram filhos de mães de 10 a 19 anos. Fez-se estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado com 310 mães de 14 a 19 anos que buscaram assistência obstétrica nesse serviço no período de maio a agosto de 2011. As mães responderam a questionário semiestruturado, e simultaneamente à coleta de dados houve abordagem educativa, com material ilustrativo e explicativo sobre métodos contraceptivos (cartilha do Ministério da Saúde), dando-lhes acesso às informações necessárias à prevenção da reincidência da gravidez. Foram calculadas as médias e o desvio padrão das variáveis quantitativas e fixado o nível de significância de 5%. Os resultados evidenciaram que 55,16% das adolescentes entrevistadas moravam em Fortaleza e a escolaridade predominante (53,23%) foi o ensino fundamental II. 44,52% tiveram a menarca em média aos 12,44 ($\pm 1,4$) anos e iniciaram a vida sexual em média aos 14,5 ($\pm 1,6$) anos de idade. 55,16% não haviam feito uso de nenhum método contraceptivo e 78,71% estavam na sua primeira gravidez. 97,42% tiveram assistência pré-natal, 62,91% iniciaram o atendimento no primeiro trimestre da gravidez e 55,3% compareceram a seis ou mais consultas. A taxa de parto cesariano foi de 47,42%, com 71,94% das gestações a termo. 9,68% dos recém-nascidos apresentaram baixo peso ao nascer, e 6,13% tiveram Apgar menor que sete escores no quinto minuto. Das complicações na gravidez, a infecção urinária foi predominante em 39,07%, seguida da prematuridade (31,18%) e da pré-eclâmpsia em 14,24%. A amostra permite inferir haver muitas adolescentes expostas anualmente à gravidez não planejada. As causas são várias e demandam um grande rol de soluções. Encontrá-las é responsabilidade de toda a sociedade, incluindo gestores públicos, famílias, educadores e trabalhadores da saúde.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Puérperas. Inovação tecnológica. Prevenção.

ABSTRACT

Adolescents who become pregnant in an unplanned way are prone to recurrent pregnancy, for persisting the same factors that induce the first pregnancy. The study aims to characterize the overall sociodemographic and reproductive response in postpartum adolescents assisted in a public hospital in Fortaleza, a reference in obstetrics and gynecology in Ceará, where 5,344 children born alive in 2011, and 1240 (23.2%) were children of 10-19 years mothers. There has been made a cross-sectional, descriptive and quantitative study, conducted with 310 mothers 14-19 years who sought obstetric care in this service from May to August 2011. The mothers answered semi-structured questionnaire, and while data collection was educational approach, with illustrative and explanatory material about contraceptive methods (booklet of the Ministry of Health), giving them access to information necessary for the prevention of recurrence of pregnancy. There have been calculated mean and standard deviations for quantitative variables and set the level of significance 5%. The results showed that 55.16% of the adolescents interviewed lived in Fortaleza and educated predominant (53.23%) was the primary school II. 44.52% had menarche at an average of 12.44 (\pm 1.4) years and began their sexual life at an average of 14.5 (\pm 1.6) years old. 55.16% had not used any contraceptive method and 78.71% were in their first pregnancy. 97.42% had prenatal care, 62.91% began care in first trimester of pregnancy and 55.3% attended six or more appointments . The cesarean delivery rate was 47.42%, with 71.94% of pregnancies termo. 9.68% of newborns had low birth weight, and 6.13% had Apgar scores below seven at five minutes. Of pregnancy complications, urinary tract infection was prevalent in 39.07%, followed by prematurity (31.18%) and the pre-eclampsia in 14.24%. The sample allows us to infer that there are many adolescents exposed annually to unplanned pregnancy. The causes are varied and require a wide spectrum of solutions. Finding them is the responsibility of all society, including public administrators, families, educators and health workers.

Keywords: Teenage pregnancy. Postpartum women. Technological innovation. Prevention.

LISTA DE SIGLAS

ACEARA	Associação Cearense de Adolescência Andrade Furtado
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CIDA	Centro Docente Assistencial
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	Instituto Brasileiro de Pesquisa
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSF	Programa de Saúde da Família
SASAD	Serviço de Atendimento à Saúde do Adolescente
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TS	Tecnologias em Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista

LISTA DE TABELAS

1	Distribuição da média das variáveis demográficas e reprodutivas, nas adolescentes puérperas, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011....	53
2	Distribuição das adolescentes puérperas, de acordo com a faixa etária, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	54
3	Distribuição das adolescentes puérperas por filiação religiosa, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	55
4	Distribuição das adolescentes puérperas por escolaridade, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	56
5	Distribuição das adolescentes puérperas com relação ao hábito de fumar, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	57
6	Distribuição de acordo com a procedência das adolescentes puérperas, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	58
7	Distribuição das adolescentes puérperas de acordo com a faixa etária da menarca, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	59
8	Distribuição das adolescentes puérperas de acordo com a idade da primeira relação sexual, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011...	59
9	Distribuição das adolescentes puérperas de acordo com o uso de métodos contraceptivos antes de engravidar, HGCC, Fortaleza-CE, maio/agosto / 2011.....	60
10	Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao tipo de contraceptivo utilizado, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	61
11	Distribuição das adolescentes puérperas quanto à referência abortamento prévio, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	62
12	Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao número de gestações, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	62

13	Distribuição das adolescentes puérperas quanto à realização da assistência pré-natal, HGCC, Fortaleza-CE, maio/agosto/ 2011.....	63
14	Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao período gestacional de início do pré-natal às, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	64
15	Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao número de consultas no pré-natal, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011...	65
16	Distribuição das adolescentes puérperas de acordo com as complicações referidas durante o ciclo gravídico puerperal, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	65
17	Distribuição das adolescentes puérperas com relação à ocorrências de pré-eclâmpsia, HGCC, Fortaleza-CE, maio/agosto/2011.....	66
18	Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao tipo de parto, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	68
19	Distribuição das adolescentes puérperas por faixa etária quanto a idade gestacional pelo método de Capurro, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	69
20	Distribuição das adolescentes puérperas quanto à idade gestacional pelo método de Capurro, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011..	69
21	Distribuição dos recém-nascidos de adolescentes puérperas de acordo com o índice de Apgar no quinto minuto de vida, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	70
22	Classificação do peso ao nascer dos filhos de mães adolescentes, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.....	72
23	Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao perfil sociodemográfico, HGCC, Fortaleza-CE, maio/agosto 2011.....	98
24	Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao perfil reprodutivo, HGCC, Fortaleza-CE, maio/agosto/2011.....	99

LISTA DE QUADROS

1	Esquematização da classificação das variáveis segundo o perfil epidemiológico das adolescentes, HGCC, maio./ago.2011	50
2	Esquematização da classificação dos pontos de corte para algumas variáveis socioeconômicas e reprodutivas.....	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 ANÁLISE DA LITERATURA.....	25
2.1 A adolescência.....	25
2.1.1 A gravidez na adolescência.....	27
2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS) e o direito à integralidade da assistência ao adolescente.....	31
2.2.1 SUS e os princípios que o regem.....	31
2.2.2 Direito à integralidade da assistência ao adolescente.....	32
2.3 Inovação tecnológica voltada à contracepção.....	36
2.3.1 Planejamento familiar.....	38
2.3.2 Oportunização.....	40
3 OBJETIVOS.....	43
3.1 Geral.....	43
3.2 Específicos.....	43
4 MATERIAL E MÉTODO.....	45
4.1 Natureza do estudo.....	45
4.2 Campo de estudo.....	45
4.3 População e amostra do estudo.....	45
4.3.1 Critério de inclusão.....	46
4.3.2 Critério de exclusão.....	46
4.4 Coletas de dados.....	46
4.4.1 Técnica e instrumento de coleta de dados	46
4.4.2 Conteúdos e variáveis do instrumento de coleta de dados.....	48
4.5 Análise dos dados.....	51
4.6 Questões éticas.....	51

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
5.1 Análise e discussão das variáveis sociodemográficas e reprodutivas.....	54
6 CONCLUSÕES.....	74
7 PROPOSIÇÕES.....	77
REFERÊNCIAS.....	79
APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARCIDO.....	91
APENDICE B – INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO	93
APENDICE C – QUESTIONÁRIO.....	95
APENDICE D – TABELAS 23 E 24.....	98
ANEXO A – CARTILHA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE C.....	101
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HGCC	129

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O perfil de morbidade e mortalidade, as características demográficas, os principais fatores de riscos e de seus determinantes, revelam a situação de saúde da população e dão suporte, também, aos processos de gestão pública. Essas informações contribuem para a construção do conhecimento em saúde e deveriam ser amplamente divulgadas aos profissionais de saúde e estar disponíveis para toda a população (MOTA E CARVALHO 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), com o aumento dos gastos e diminuição desses recursos, os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) tiveram que se reestruturar e buscar informações consistentes sobre os benefícios das novas tecnologias em saúde (TS) e a sua repercussão financeira sobre a esfera pública, como subsídio para os gestores no planejamento de política e a efetiva tomada de decisão.

Nos dias atuais, a comunicação fácil e instantânea favorece a maior troca de conhecimentos e de experiências entre os povos, diminuindo as distâncias e, de certa forma, as fronteiras nacionais deixam de ser obstáculo à sua livre propagação. A informação já não fica encapsulada e as experiências circulam rapidamente, requerendo, dentre outras coisas, renovações nos modelos organizacionais vigentes, em todos os setores, e não seria diferente na área da saúde.

Por outro lado, a desinformação em alguns setores é um mal que perpassa de maneira invisível as vidas de milhões de adolescentes das diversas classes sociais. Não obstante as transformações culturais das últimas décadas, os preconceitos em relação a tudo o que diz respeito, direta ou indiretamente, à sexualidade, continuam tão arraigados como antes.

Observa-se no cotidiano que o adolescente posterga a procura de uma orientação profissional para esclarecer-se sobre sexualidade e contracepção, por falta de conhecimento ou aconselhamento no meio familiar, e possivelmente por falta de habilidade dos educadores e trabalhadores de saúde na abordagem deste tema. Vasconcelos e Pasche (2007, p.535), após citar todos os princípios

constitucionais que servem de fundamento ao SUS, lembram que “o direito à informação também se constitui em um requisito básico para a afirmação da cidadania”.

No Brasil, de acordo com pesquisa do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2007), havia, no ano 2000, 36,75 milhões de jovens entre 10 e 19 anos, sendo que 17,9 milhões desses indivíduos estavam entre 15 e 19 anos (IBGE, 2000); e conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), existem atualmente 34.157.631 pessoas entre 10 e 19 anos, e 16.990.870 entre 15 e 19 anos. Esse grande contingente populacional é bastante diverso e a orientação de políticas sociais que respondam às suas necessidades de saúde depende da disponibilidade de informações detalhadas sobre sua localização, perfil demográfico e condições de vida (BRASIL, 2002).

Segundo cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) – da série “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos” - os direitos dos adolescentes à informação e à educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, a meios e métodos que os auxiliem a evitar uma gravidez não planejada e a prevenir as doenças sexualmente transmissíveis (DST), estão assegurados na Constituição Federal e na Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar, e deve ser garantido pelo governo.

Os adolescentes deveriam receber estas orientações antes mesmo de iniciarem sua primeira atividade sexual, através dos serviços de saúde, como forma de ajudá-los a lidarem com a sua sexualidade de maneira “positiva e responsável, incentivando comportamentos de prevenção e de autocuidado” (BRASIL, 2006).

Vieira *et al.* (2007) salientam a responsabilidade das famílias, escolas, comunidades religiosas, prestadores de assistência à saúde e de formação profissional, habilitados e capacitados para o diálogo sobre métodos anticoncepcionais e sexualidade com os adolescentes, de maneira não preconceituosa e sem juízo de valor, sobre suas dúvidas e vivências. Abordam, ainda, a necessidade de implementar estratégias que permitam conscientizá-los sobre saúde sexual e reprodutiva, como forma de prevenir e promover uma adolescência saudável.

A desinformação dos adolescentes e o início precoce da atividade sexual, sem proteção contraceptiva, têm como conseqüência maior o crescimento dos índices de gravidez na adolescência, de abortos que deixam sequelas psicológicas e, ainda, de DSTs (BRASIL, 1994).

A maternidade precoce muitas vezes é responsável pela maior paridade das mulheres ao longo da sua vida reprodutiva. As adolescentes que engravidaram de forma não planejada e muitas vezes não desejada, estão mais propensas à gravidez subsequente, com os mesmos fatores desfavoráveis e inesperadamente, como a primeira gestação (BERLOFI *et al.*, 2006).

Melhado *et al.* (2008) relatam que as adolescentes que receberam assistência pré-natal especializada com acompanhamento do binômio mãe/filho após o parto apresentaram 3,3% de taxa de reincidência de gravidez inesperada, enquanto no grupo controle, constituído por adolescentes que não tiveram esse acompanhamento, foi observada taxa de reincidência de 15,4%, e que embora a reincidência da gravidez na adolescência seja frequente em todas as classes sociais, a maior incidência ocorre nas populações de baixa renda e nas adolescentes mais jovens.

Olinto e Galvão (1999), em um estudo transversal de base-populacional com uma amostra de 3.002 mulheres de 15 a 49 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, constataram um elevado percentual de gravidez indesejada principalmente entre as jovens, e que cerca da metade das adolescentes tinham vida sexual ativa e, dessas, 33,0% já tinham estado grávidas.

A elevada prevalência de gravidez na adolescência e suas múltiplas implicações tornaram-se um problema de saúde pública em vários países do mundo e, há décadas, o tema 'gravidez na adolescência' tem incentivado pesquisas, debates e discussões de organizações nacionais e internacionais.

O consenso da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizado em Genebra em 1975, adquiriu relevância histórica ao discutir a gravidez e o aborto na adolescência, dando dimensão global a essa importante questão de saúde pública. Além de debater os problemas de saúde reprodutiva e sexual específicos da adolescência, estabeleceu também os tipos de programas e serviços necessários para identificá-los (WHO, 1975), como:

- a) rever situação ocorrente em relação à gravidez e ao aborto na adolescência;
- b) identificar variáveis que influenciam atividades sexuais e reprodutivas nas adolescentes;
- c) identificar pequenas e grandes sequelas e implicações do aborto e da gravidez na adolescência;
- d) identificar as características especiais na saúde reprodutiva da adolescente;
- e) rever as ocorrentes e projetadas pesquisas e serviços necessários.

No Brasil, várias dessas políticas de atenção à saúde do adolescente foram implantadas ao longo desses anos, com melhorias nos serviços de saúde voltadas para esses jovens.

Entretanto, há dados e relatos a indicarem que a incidência de gravidez entre adolescentes continua crescendo, como se pode ver na análise das informações referentes aos grupos de adolescentes de distintas faixas etárias: entre gestantes de 10 a 14 anos, a incidência cresceu de 0,9% em 1993 para 1,2% em 1999; e entre gestantes de 15 a 19 anos, aumentou de 21,4% em 1993 para 25,7% em 1999. Os dados dizem respeito a gravidezes que chegam até o fim, sendo provavelmente maior o número de adolescentes que engravidaram e abortaram, espontaneamente ou não (BRASIL, 2004).

Pesquisa coordenada por Costa (2011) a partir de dados coletados do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outras fontes, como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), revela que nos últimos anos, embora a gravidez na adolescência venha diminuindo na faixa etária de 15 a 19 anos – 20% entre 2003 e 2009 -, entre as adolescentes de 10 a 14 anos continua aumentando, como também aumentou quase 1% ao ano o número de óbitos de bebês filhos de adolescentes. O estudo cita, ainda, um dado de 2007, quando meninas de até 14 anos foram mães de 28 mil crianças, e nem todos esses bebês representam a primeira gestação, pois para 233 meninas, aquela era a segunda gravidez.

Essa é a realidade também em outros países. Nos EUA, os índices de gravidez na adolescência estão crescendo, pois, de acordo com as estatísticas, a partir de 1975 a percentagem de nascimento de filhos de adolescentes solteiras aumentou 74,4% (BALLONE, 2002).

Yazlle (2006) faz considerações sobre a importância de conhecer a problemática da gravidez neste grupo populacional nas diferentes regiões do Brasil, para identificar a população mais vulnerável aos efeitos negativos que a gravidez possa acarretar, tanto para a mãe como para a criança, assim como estimular projetos e programas que visem a sua prevenção e também viabilizar publicações sobre o tema.

Martins (2005) diz que as informações dos aspectos socioeconômicos precedem ao aparecimento de problema de saúde, quando se vincula o comportamento da pessoa ao ambiente em que ela vive.

Para Paraguassú *et al.* (2010), conhecer o perfil socioeconômico, demográfico e reprodutivo, entre o período pré e pós-gestacional, de mães adolescentes, pode contribuir para direcionar as políticas públicas, tanto para prevenção como para implementação de serviços voltados à saúde sexual e reprodutiva dessa população específica.

No Estado do Ceará existe uma grande fragilidade no atendimento integral das necessidades da população adolescente. As políticas setoriais do Governo referentes à atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens até 24 anos, vêm sendo realizadas pelas equipes do PSF e por cinco centros de referência em Fortaleza; mas ainda precisam da "organização dos seus serviços de saúde, dos diversos segmentos sociais e institucionais que atuam na atenção a esses grupos populacionais" (CEARÁ, 2003).

No Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), atende-se a um grande número de gestantes oriundas das camadas sociais menos favorecidas de recursos, tanto da região metropolitana de Fortaleza como de outros municípios do Estado do Ceará, dentre as quais se encontra um alto índice de adolescentes. Nesse hospital, nos anos de 2008 a 2011, aproximadamente 23% dos partos de nascidos vivos foram de adolescentes (FORTALEZA, 2011). Como os dados dizem respeito apenas

aos nascidos vivos, é provavelmente maior o número de adolescentes que engravidaram e foram atendidas no HGCC, pois as estatísticas não registram os abortos, espontâneos ou provocados, e os partos de natimortos.

Nesse contexto, surgiu o questionamento sobre quais os fatores que contribuem para a gravidez na adolescência em nosso Estado? Qual o perfil obstétrico, ginecológico, contraceptivo e sociodemográfica das adolescentes grávidas atendidas neste serviço? Qual o melhor momento para sensibilizá-las da maternidade responsável?

Este trabalho de pesquisa está fundamentado no conhecimento científico disponibilizado na literatura sobre os fatores relacionados à grande incidência de gravidez não planejada na adolescência e suas conseqüências, e a relevância deste estudo reside em trazer a tona dados sociodemográficos e reprodutivos das adolescentes que engravidaram no Estado do Ceará, analisar sua conformidade com a literatura sobre quais desses fatores estão relacionados à incidência de gravidez não planejada na adolescência, identificar as barreiras existentes para uma efetiva prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva das adolescentes, e fornecer instrumento educativo de apoio à adolescente no puerpério como fator de proteção para a reincidência da gravidez nessas meninas.

Diante dessas considerações iniciais, a análise dos perfis obstétrico, ginecológico, contraceptivo, sociodemográfico das adolescentes puérperas em um hospital público de referência em ginecologia e obstetrícia no Estado do Ceará, o HGCC, caracterizará melhor as condições de vida em que estão inseridas estas jovens mães, mostrará a dimensão do problema da gravidez em adolescentes no Estado, e poderá contribuir para orientar o aperfeiçoamento de programas já implantados, voltados para esta parcela da população, mas ainda emperrados nos seus processos resolutivos.

O estudo foi dividido em cinco seções, assim sequenciadas:

Na primeira seção, têm-se a introdução com a problematização da pesquisa e a justificativa.

Na segunda seção, revisa-se a literatura:

- a respeito da adolescência e dos problemas vivenciados por adolescentes com a gravidez inesperada;
- sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os seus princípios doutrinários que asseguram o direito a assistência integral à saúde do adolescente;
- acerca das tecnologias de saúde, especialmente a grande inovação tecnológica voltada à contracepção, a sua evolução histórica, as leis que regulamentam o planejamento familiar no Brasil, e a oportunização de orientação contraceptiva no puerpério das adolescentes que procuraram assistência obstétrica no HGCC.

Na terceira seção, traçam-se os objetivos.

Na quarta seção, aborda-se a descrição do percurso metodológico.

Na quinta seção, apresentam-se os resultados e faz-se a discussão da pesquisa.

Ao final, tem-se a seção conclusiva, na qual são descritos os principais resultados da pesquisa, em confronto com os objetivos inicialmente delineados, apresentando-se, ainda, algumas proposições consideradas viáveis para a melhor atenção às adolescentes na estratégia de prevenção da reincidência da gravidez não planejada.

ANÁLISE DA LITERATURA

2 ANÁLISE DA LITERATURA

2.1 A adolescência

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é o período que vai dos 10 aos 20 anos de idade, por ser esta uma fase que engloba a maioria das mudanças da fase infantil para a fase adulta, considerando a variação intercultural e intracultural de tais mudanças, tanto na esfera física, como nos processos psicológicos e socioeconômicos (WHO, 1975).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) considera, para os efeitos de lei, que a adolescência é a fase compreendida entre doze e dezoito anos de idade; e a Portaria do Ministério da Saúde que criou o Programa Saúde do Adolescente – PROSAD – (BRASIL, 1989), refere-se aos jovens entre dez a dezenove anos. Neste estudo, considera-se exclusivamente esta faixa etária ao referir-se a adolescência, por ser essa a idade encontrada no sistema de informação do hospital público em que se realizou a pesquisa (HGCC).

Para fins didáticos, a adolescência pode ser subdividida em duas fases: adolescência inicial – dez a 14 anos -, e adolescência propriamente dita, ou segunda fase -15 a 19 anos (OPAS/OMS, 1989).

É nesse período da vida que surge a primeira menstruação (menarca). Ela aparece por volta dos nove aos 17 anos, com média de 12,8 anos, mas o amadurecimento do eixo neuroendócrino, na maioria das vezes, só acontece por volta dos cinco anos após a menarca (SPEROFF; FRITZ, 2005), com ciclos ovulatórios a indicar que a mulher está apta à reprodução e perpetuação da espécie, e é neste momento que ocorre um importante desenvolvimento físico e que emerge a sexualidade.

Para Zamith e Lima (2002, p.3), o despertar da sexualidade é como o romper de um dique, no qual se “encontram represadas forças incomensuráveis, que se atiram desordenadas, produzindo danos e prejuízos em relação a tudo o quanto há pela frente”. Segundo Fichera (2007), a jovem deve se sentir feliz com sua sexualidade, mas com senso de responsabilidade, sabendo que seus atos têm consequências.

Silva (2003) pontua que nessa importante fase da vida, a temática relativa à sexualidade ocupa grande espaço nas mentes dos adolescentes, o que os leva a buscar um comportamento grupal, caracterizado pela rejeição ao convívio familiar, conflitando constantemente com os pais. Para o autor, a prática atual do ‘ficar’, entre adolescentes e jovens, reflete uma nova ética que se estabelece, e parece ser uma nova página que se escreve na história dos adolescentes, e vai desde o contato físico leve até a relação sexual propriamente dita, e não é raro ocorrer de forma desprotegida, tornando imperativas as medidas relacionadas à anticoncepção.

Essa interação com o mundo torna a adolescência extremamente marcada pelos fenômenos socioculturais. Para Zamith e Lima (2002, p. 6), a vida familiar, da forma como se apresenta atualmente, não propicia aos pais tempo suficiente para dialogar com seus filhos, o que pode levar ao distanciamento e ao desconhecimento de seus problemas. Para marcar ainda mais essa problemática, os autores chamam também a atenção para a mudança comportamental da sociedade e o choque de gerações, com os adolescentes incorporando rapidamente “novas tecnologias, novos hábitos, e valores socioculturais diferentes daqueles defendidos pelos pais, o que favorece o distanciamento e, por vezes, a separação precoce da família.”

Esses fatores contribuem significativamente para aumentar a resistência das adolescentes em falar de seu comportamento sexual, sobre reprodução e contraceptivos, geralmente ficando a educação sexual a cargo dos amigos, da televisão, de revistas, filmes, internet e, em alguns casos, da escola (SILVA, 2003).

2.1.1 A gravidez na adolescência

A gravidez povoa o imaginário da maioria das mulheres e costuma ser sonhada por toda menina, nas fantasias infantis, mas em condições totalmente idealizadas, dentro de uma relação estável e com boas condições materiais.

Ao surgir, de forma inesperada, fruto de um relacionamento fortuito ou de pouco envolvimento afetivo e, muitas vezes, sem as condições econômicas necessárias para arcar com os encargos dela decorrentes, a gravidez pode ser percebida como um fardo e recebida com muita tristeza, medo, insegurança e, até mesmo, desespero. Das altas taxas de gravidez indesejada, 82,0% estão entre jovens de 15 a 19 anos (WHITAKER; GILLIAN, 2008).

A explicação que em geral as adolescentes dão para uma gravidez indesejada é que não sabem como isso foi lhes acontecer. Contudo, muitas delas são meninas que vão à escola e têm informações sobre como ocorre à fecundação (VACCARI, 1997).

Engravidar nessa fase da vida é, portanto, um difícil problema a ser enfrentado pelas adolescentes, que de um instante para outro se vêem envolvidas com as responsabilidades de cuidar dos filhos, no mais das vezes sozinhas, pois costuma haver uma rejeição, por parte do parceiro, diante de uma gravidez inesperada e, por vezes, não desejada.

Não raro, o parceiro vendo-se pressionado pela jovem, ou por seus familiares, dela se afasta, deixando de prestar-lhe o apoio devido. Talvez isso ocorra porque, muitas vezes, esse parceiro também é um adolescente que não tem recursos financeiros próprios e teme o abandono da família da qual é dependente (CORDEIRO; BOMFIM, 2011).

Mas nem sempre a gravidez na adolescência é percebida como um estorvo. Pantoja (2003) identificou adolescentes grávidas para as quais a gravidez constituiu-se numa espécie de 'passaporte' para entrar na vida 'adulta' e assim serem percebidas pela família e pela comunidade. Esse fato traz em si uma mudança de *status* considerada benéfica por essas jovens, que se traduz em mais respeito e liberdade no meio familiar e social. Gama *et al.* (2001) confirmam que a

gravidez nessa época da vida pode ser utilizada pela adolescente como um instrumento de ascensão para outro *status*, inclusive conjugal, em busca da maioria social.

Em algumas regiões brasileiras, como o Nordeste, os adolescentes representam 25,0% da população; desse total, 11.000 pularam essa fase da vida para constar nas listas estatísticas sobre gravidez precoce (IBGE, 2000). Para mostrar a gravidade desse fato, recorreu-se a outro dado estatístico, segundo o qual as complicações na gravidez e puerpério constituem a sexta causa de morte no Brasil (IBGE, 2000).

Chalem *et. al.* (2007) percebem a gravidez na adolescência como um fenômeno complexo, associado a fatores econômicos, educacionais e comportamentais, capaz de precipitar problemas decorrentes da maternidade precoce, com múltiplas implicações no campo pessoal, familiar e social. Os vários fatores associados à gravidez na adolescência e as suas múltiplas consequências, têm sido discutidos na literatura:

Nas famílias pobres, a baixa escolaridade das adolescentes e a falta de serviço de saúde especializado em relação à sua orientação sexual são estimulantes da gravidez precoce. Existe uma relação inversa entre o nível de escolaridade e a taxa de fecundidade. Entre as adolescentes que possuem 3 a 4 anos de estudo, a taxa de fecundidade é de 175/1000, enquanto nas que possuem o ensino fundamental completo, a taxa é de 49/1000 (BRASIL, 1993).

Em 80,0% dos casos, a adolescente grávida não completa seu ciclo educativo (SILBER, 1992). A evasão escolar, de par com a gestação precoce, traz graves consequências para a adolescente e seu filho e para a sociedade em geral, porque, nessa faixa etária, a educação formal é uma das poucas opções de inserção social e de ascensão econômica (CHALEM *et al.*, 2007). As possibilidades de pobreza para uma adolescente que tem um filho são sete vezes maiores que para as adolescentes não grávidas (YINGER, 1992). Os salários que receberão até o fim de suas vidas serão inferiores ao de mulheres que não tiveram filhos na adolescência (OMS, 1995).

Na opinião de Caldiz *et al.* (1994), os motivos da gravidez precoce estão relacionados principalmente com fatores biológicos individuais, iniciação sexual precoce, falta de acesso à informação sobre sexualidade, reprodução e anticoncepção, desestruturação familiar, ausência de projetos pessoais, precariedade da situação socioeconômica, influência da mídia com excessivo apelo à sexualidade nas propagandas e programas televisivos.

Uma das causas do aumento de adolescentes grávidas é o fato de que o crescimento da população sexualmente ativa ocorre sem o aumento no uso de métodos anticoncepcionais (OPAS, 1996). No Brasil, 55,0% das adolescentes solteiras e sexualmente ativas nunca haviam usado nenhum método anticoncepcional. Nas áreas rurais esse número sobe para 79,0%. Entre as casadas, 48,0% utilizam anticonceptivos (BRASIL, 1994). Em entrevista com 5.280 pessoas, 51,0% relataram utilizar preservativo masculino, 33,0% das adolescentes entre 12 e 17 anos já haviam tido relações sexuais e, destas, 16,0% engravidaram, 29,0% não levaram a gestação adiante, 13,0% já tinham um filho, 49,0% eram de gestação não planejada e não desejada (UNICEF, 2007).

Caridade (1996) cita, como fatores que contribuem para esse quadro, a pseudo liberação sexual, a instabilidade e os conflitos familiares, a carência afetiva, as precárias condições socioeconômicas, a erotização precoce repassada pelos meios de comunicação, a iniciação sexual muito cedo, a pressão por parte do parceiro, a ausência de um projeto de vida, a ignorância de sua própria fisiologia e o uso incorreto dos métodos anticoncepcionais, as famílias com pouca comunicação entre pais e filhos. O pensamento mágico que perpassa essa fase da vida faz com que os parceiros se descuidem da contracepção. Todos estes problemas carecem de alerta e orientação.

Camarano (1998) registra a tendência à diminuição da idade média da menarca e do início da vida sexual, e relaciona a gravidez precoce com a falta de informação sobre métodos contraceptivos e a dificuldade de acessá-los, a determinada classe social e a baixa escolaridade das adolescentes. Relata ainda que “[...] a gravidez em mulheres menores de 20 anos tem incidência maior nas classes mais economicamente desfavorecidas.”

Para Andalaft Neto (2003), as adolescentes engravidam nos primeiros seis meses do início de suas atividades sexuais, e que estas vêm se tornando cada vez mais precoces. Diz ainda que, normalmente, os adolescentes só procuram algum método contraceptivo após, em média, um ano de atividade sexual.

O índice de gravidez em adolescentes entre 10 e 14 anos está relacionado a condições socioeconômicas e culturais e, mais especificamente, a situações em que há exploração sexual de adolescentes e jovens. Alguns estudos têm apontado a relação entre a gravidez nessa faixa etária e a ocorrência de violência sexual (BRASIL, 2006).

Yazlle (2006) fala dos chamados fatores predisponentes ou situações precursoras da gravidez na adolescência, tais como: baixa auto-estima, dificuldade escolar, abuso de álcool e drogas, comunicação familiar escassa, conflitos familiares, pai ausente e ou rejeitador, violência física, psicológica e sexual, rejeição familiar pela atividade sexual e gravidez fora do casamento,

São muitos os meios para se evitar uma gravidez precoce na adolescência. A informação e o acesso aos métodos contraceptivos são apenas dois deles. Os jovens têm um importante papel de educadores na medida em que aprendem/ensinam a dialogar, isto é, a ouvir (entender o outro) e a buscar as formas mais adequadas de se expressar. Outro caminho é a procura constante de informações através da leitura de livros, artigos ou revistas e conversas com pessoas amigas (VACCARI, 1997).

Taquette (2008), citando vários autores, aborda os fatores causais da gravidez na adolescência e suas complicações biológicas, psicológicas e sociais, existentes tanto na literatura como no senso comum, *in verbis*:

[...] adolescentes estão 'transando' devido ao excesso de mensagens sexuais na mídia; por serem imediatistas, imaturas, irresponsáveis e tem desejos intensos; são promíscuas; ficam grávidas por falta de informação contraceptiva e porque não sabem usar contraceptivos; os pais são muito permissivos com as filhas adolescentes e não conversam com elas; o controle da natalidade pode reduzir a fecundidade das adolescentes das classes menos favorecidas e com isso reduzir a pobreza e a violência nas grandes metrópoles brasileiras.

[...] erotização precoce das crianças, devido à abundância de mensagens sexuais na mídia e a maior liberdade sexual, ausência do pai e antecedentes como historia familiar de gravidez, baixa renda e repetência ou abandono escolar.

A autora citada, ao abordar o contexto social da gravidez na adolescência, minimiza os seus aspectos negativos no âmbito histórico apontado e ressalta ser mais importante buscar a melhoria das condições de vida e a prevenção de DST nesse grupo populacional

2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS) e o direito à integralidade da assistência ao adolescente

2.2.1 SUS e os princípios que o regem

No Brasil, a assistência à saúde provida pelo segmento público organiza-se sob a forma de uma rede unificada, mediante esforços conjuntos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e quando necessário faz uso da complementação do setor privado: nasce assim o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no artigo 198 da Constituição de 1988, e regulamentado pelas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90.

O SUS foi criado com a finalidade de diminuir a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito para qualquer cidadão (BRASIL, 1988).

Os princípios que servem de fundamento ao SUS são: os que lhe servem de diretrizes organizativas, como a descentralização, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação comunitária; e os doutrinários, que lhe conferem legitimidade, a saber, a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde (BRASIL, 1988).

A descentralização significa que o SUS está presente em todas as esferas de poder, ou seja, cada ente federado possui os órgãos, os poderes e os instrumentos para viabilizá-lo. A regionalização é uma diretriz que tem como objetivo a distribuição dos recursos assistenciais, de forma racionalizada e equânime no território nacional, "garantindo acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala." Já a hierarquização visa à organização dos serviços de saúde, seguindo um formato piramidal, iniciando pelos níveis de atendimento mais básicos, seguindo-se os intermediários, até chegar aos mais especializados (VASCONCELOS; PASCHE, 2007, p. 536).

Por sua vez, a participação da comunidade possibilita a ingerência da sociedade civil na gestão do SUS, de modo a garantir que as políticas implementadas pelo sistema estejam de acordo com as necessidades da população. Essa participação se dá por meio das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, organizados nos níveis federal, estadual e municipal

O princípio da universalidade assegura a saúde como um direito de todos e o acesso sem discriminação às ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS. A integralidade impõe a cobertura total da atenção da saúde, desde a promoção, a proteção, a cura e até a reabilitação “dos indivíduos e dos sujeitos coletivos”. A equidade busca assegurar prioridade no acesso aos serviços de saúde pelos grupos sociais mais vulneráveis, para os quais se destinam as ações prioritárias, classificadas por Vasconcelos e Pasche (2007, p. 535) como “discriminação positiva”.

As adolescentes sexualmente ativas, com risco de DST, aborto e gravidez precoce, constituem um desses grupos em que se deve priorizar e dirigir a atenção em função das suas necessidades de educação e orientação na saúde sexual segura e saúde reprodutiva, no sentido de contribuir para que a gravidez seja ocasionada por uma escolha e em momento oportuno.

2.2.2 Direito à integralidade da assistência ao adolescente

A população adolescente tem um papel importante e estratégico em nossa sociedade, com um potencial para influenciar favoravelmente o desenvolvimento do país, seja pelo peso da fecundidade, seja por constituir a força de trabalho em formação, nas mais diversas áreas do conhecimento. Os investimentos que se façam agora nesse contingente populacional retornarão para a comunidade na forma de desenvolvimento e trabalho, influenciando positivamente os indicadores sociais.

Evidente, pois, a necessidade de investir em políticas públicas voltadas para a assistência das suas reais necessidades, de modo a afastar a possibilidade de intercorrências que frustrem o seu pleno crescimento e desenvolvimento. A

integralidade da atenção à saúde do adolescente é uma necessidade real, inclusive com orientação reprodutiva, para aquelas de maior risco, como as que já engravidaram uma vez (MELHADO *et al.*, 2008).

Cecílio (2001) define as necessidades de saúde em quatro conjuntos: 1) boas condições de vida; 2) acesso e consumo de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; 3) criação de vínculos efetivos entre o usuário e o profissional ou equipe de saúde; e 4) necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de conduzir a própria vida.

Neste contexto, ainda segundo Cecílio (2001, p. 5), as reais necessidades de saúde ultrapassam os aspectos orgânicos, e a integralidade na atenção à saúde é objetivo de rede de referência e nunca se realiza em um único lugar e nem por um único profissional, “por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas”.

Em seu artigo 227, a Constituição Federal Brasileira de 1988 consagra o direito à saúde da criança e do adolescente como direito fundamental da ordem social:

Artigo 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010).

A Portaria do Ministério da Saúde n.º 980/GM, de 21/12/1989, criou o Programa de Saúde do Adolescente (BRASIL, 1989), dirigido a todos os jovens de ambos os sexos, que se fundamenta numa política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, com tratamento adequado e reabilitação, respeitadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantidas pela Constituição Brasileira de 1988. Caracteriza-se pela integralidade de suas ações (multiprofissional, intersetorial e interinstitucional) e pelo enfoque preventivo e educativo, e já está implantado nos 27 estados da Federação (BRASIL, 1989).

O PROSAD, em 1993, passou a denominar-se Serviço de Apoio à Saúde do Adolescente – SASAD – (BRASIL, 1993), coordenado pela Saúde Materno Infantil. Em 1996, o SASAD concentrou esforços na definição de critérios para oficializar centros de referência já existentes, além de criar novos centros, que nessa proposta passaram a ser denominados Centros Docentes Assistenciais (CDAs) em Saúde (BRASIL, 2005). No Ceará temos uma de suas filiais regionais, a Associação Cearense de Adolescência Andrade Furtado (ACEARA).

A Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), dispõe no seu art. 4º sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, e também assegura absoluta prioridade aos seus direitos à saúde, no seu conceito mais amplo (BRASIL, 1990):

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

O artigo 11 da Lei nº 11.185, de 7 de outubro de 2005, alterou o caput do Art. 11 do ECA, assegurando-lhes o atendimento integral à saúde através do SUS:

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo Lamare (2005), o desenvolvimento integral do adolescente e jovem é base da prevenção dos agravos à saúde nessa faixa etária e por essa razão torna-se necessário que eles tenham acesso universal a bens e serviços que promovam a saúde e a cidadania.

Os profissionais de saúde que atendem adolescentes precisam ter uma visão da integralidade e complexidade dessa assistência, e estar preparados para as suas particularidades de comportamento nessa fase do desenvolvimento, e de quanto humanizado deve ser o acolhimento das suas dificuldades e fragilidades. “[...] Sem acolher e vincular, não há produção da responsabilização clínica e sanitária nem otimização das tecnologias resolutivas” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Os departamentos de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo e da Sociedade Brasileira de Pediatria, reconhecendo as dificuldades e peculiaridades inerentes ao adolescente, resolveram elaborar as seguintes recomendações (OSELKA; TROSTER, 2008):

1. O médico deve reconhecer o adolescente como indivíduo progressivamente capaz e atendê-lo de forma diferenciada.
2. O médico deve respeitar a individualidade de cada adolescente, mantendo uma postura de acolhimento, centrada em valores de saúde e bem-estar do jovem.
3. O adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis no ambiente da consulta, garantindo-se a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários. Dessa forma, o jovem tem o direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, assumindo integralmente seu tratamento. Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas, como por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e prescrição de métodos contraceptivos, com o expresso consentimento do adolescente.
4. A participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável. Os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e para o jovem. O adolescente deve ser incentivado a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas.
5. A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos.
6. Em situações consideradas de risco (por exemplo: gravidez, abuso de drogas, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, risco à vida ou à saúde de terceiros) e frente à realização de procedimentos de maior complexidade (por exemplo, biópsias e intervenções cirúrgicas), torna-se necessária a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.
7. Em todas as situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude.

Respeitando os princípios éticos básicos que norteiam este atendimento, dois tópicos ainda podem ser acrescentados: dependendo dos riscos revelados ou suspeitados, ou carências individuais identificadas, referenciar a adolescente para um serviço multidisciplinar de atendimento ao adolescente (CEARÁ, 2003); e no

atendimento à adolescente grávida não fazer julgamentos e/ou represálias por sua gravidez. Ela sentir-se-á mais segura e amparada se uma atitude de compreensão e solidariedade for adotada, e poderá contribuir e processar melhor as informações e orientações que se quer repassar.

Estudo qualitativo sobre violência intrafamiliar contra adolescentes grávidas, realizado em uma maternidade pública com 15 adolescentes no período puerperal, revela que a maior parte delas foi agredida física e psicologicamente pelos entes queridos quando lhes relataram sobre a gravidez, e dizem nas suas falas sentirem-se “[...] inferiorizadas, culpadas, discriminadas, humilhadas e punidas em seu próprio lar”, mostrando como é grande o preconceito da sociedade com a gravidez precoce, principalmente quando elas não têm situação conjugal estável (MONTEIRO *et al.*, 2007).

Infere-se, assim, que a adolescência é uma etapa da vida extremamente delicada e importante, e a integralidade na atenção à sua saúde é uma necessidade e direito assegurados mundialmente pela Convenção dos Direitos Humanos, e reafirmados na Constituição Federal de 1988 e no ECA. Cabe não transigir nessa defesa, no momento em que os mais valiosos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, se colocam como fundamento das ações políticas de saúde pública, que visam à promoção, proteção, prevenção, cura e reabilitação, capaz de oferecer subsídio para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis dessa população específica.

2.3 Inovação tecnológica voltada à contracepção

A inovação em Tecnologia em Saúde (TS) é fundamental para impulsionar o desenvolvimento dos serviços e se dá com a aquisição, assimilação, incorporação, criação e utilização de novas tecnologias ou incremento das já existentes (CONDE; ARAÚJO; JORGE, 2003). No entanto, a transferência do conhecimento tecnológico é difícil, principalmente quando se tenta mudar sistema cultural ou biológico. Por isso, pode-se inovar dentro dos sistemas técnicos e organizacionais, para facilitar o processamento e propagação de novos saberes (WISNER, 1992).

As Tecnologias em Saúde são meios pelos quais a atenção e os cuidados à saúde são prestados à população. Medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais são exemplos de TS (BRASIL, 2006).

Relacionando-se a tecnologia no campo da contracepção e da gravidez em adolescentes, Persona, Shimo e Tarallo (2004, p. 746) afirmam:

A tecnologia no campo da contracepção e a assistência no âmbito da saúde reprodutiva e sexual têm avançado ultimamente, todavia, muitas adolescentes ainda engravidam sem terem planejado sua gestação. A sociedade como um todo, mostra-se pseudopermissiva, permitindo e estimulando o exercício da atividade sexual dos jovens, proibindo, porém, a gravidez precoce, como se a capacidade reprodutiva pudesse ser analisada de modo isolado e independente da sexualidade.

Os sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, são sistemas tecnológicos historicamente usados para a disseminação e aculturação das inovações (CONDE; ARAÚJO-JORGE, 2003), por serem mais agregativos do que substitutivos, proporcionando mudanças e/ou aperfeiçoamentos na capacidade de agir dos gestores, profissionais de saúde e usuários do serviço (atores envolvidos), desde que todos realmente queiram comprometer-se com a orientação e integração que tais sistemas possibilitam.

A invenção do anticoncepcional foi uma das grandes conquistas em TS, pela ação transformadora do comportamento das gerações que sucederam a esta inovação, ao tornar possível o controle da natalidade, com a prevenção da gravidez indesejada, dissociando a atividade sexual da concepção.

Historicamente, a maternidade na adolescência era um fato normal e corriqueiro em nossa sociedade. Nossas avós foram mães adolescentes. Naquele tempo, elas contraíam o matrimônio com todo apoio familiar e social. Nos dias atuais, vigora o entendimento de que a gravidez interrompe um processo de crescimento e amadurecimento da adolescente e resulta em perdas de oportunidades (TAQUETTE, 2008). A adolescência passou a ser a faixa etária propícia a escolarização e ao início da vida profissional.

A cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) trata dos “direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais”, os direitos dos adolescentes e dos jovens à informação e à educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, a meios e métodos que os auxiliem a evitar uma gravidez não planejada e a prevenir-se contra as doenças sexualmente transmissíveis, estão assegurados na Constituição Federal e na Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar, e devem ser garantidos pelo governo.

2.3.1 Planejamento familiar

Ocampo (1991) define o planejamento familiar como um ato consciente de planejar o nascimento dos filhos, tanto em relação ao número desejado quanto à ocasião mais apropriada de tê-los.

Até a metade do século XX, havia preconceito contra a limitação da natalidade, certamente por razões religiosas, morais, ou mesmo pela inexistência de métodos contraceptivos mais eficazes. Assim, viam-se famílias numerosas, com dez ou mais filhos, principalmente nas populações que viviam nas zonas rurais, visto que não existiam recursos médicos para evitar a concepção, ou intervenções e orientações profissionais relativas ao uso dos contraceptivos (VARELLA, 2010).

As pílulas anticoncepcionais surgiram nos anos sessenta, concomitante ao crescimento do processo migratório do campo para a cidade. Muitos movimentos feministas estadunidenses e europeus incorporaram a pílula como parte da sua agenda de reivindicações, junto à possibilidade de controlar o próprio corpo e seu potencial reprodutivo. No Brasil, como em outros países do Terceiro Mundo, a pílula foi introduzida ao mesmo tempo em que se falava sobre o problema da explosão demográfica e a necessidade do controle da natalidade (MANICA, 2009).

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 226, parágrafo 7º, ressalta a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar. Fundada nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é decisão do casal, competindo ao estado propiciar recursos para o

exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 2002).

A Lei n.º 9.263, no seu artigo 4º, assim regulamenta o planejamento familiar no Brasil: “O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia do acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade” (BRASIL, 1996).

Entretanto, ideias contrárias ao planejamento familiar no Brasil, foram estimuladas por militares, comunistas e pela igreja católica. Com os militares no poder, era desaconselhada a utilização de métodos contraceptivos, pois eles acreditavam defender a soberania nacional, num país de dimensões continentais em que, quanto mais crianças nascessem, mais rapidamente seriam ocupados os espaços disponíveis no Centro-Oeste e na floresta amazônica (VARELLA, 2010).

Esse fato ocasionou um crescimento populacional vertiginoso no Brasil. Em 1970, a população brasileira era de 90 milhões, e esse contingente mais que duplicou, pois, de acordo com dados do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil apresenta atualmente uma população de 190.755.799 habitantes, tornando-se a quinta nação mais populosa do planeta, ficando atrás apenas da China, Índia, Estados Unidos e Indonésia, respectivamente (BRASIL, 2010).

O controle da natalidade permitiu à mulher ocupar maiores espaços na sociedade, uma vez que a maternidade e a vida doméstica deixaram, paulatinamente, de ser o único destino esperado para elas (MANICA, 2009). Atualmente, elas já são maioria nas escolas e em grande parte dos cursos universitários. Cite-se o exemplo de uma jovem cearense que, este ano, logrou aprovação em primeiro lugar no concorrido vestibular para ingresso no IME – Instituto Militar de Engenharia - considerado uma das melhores escolas de engenharia do Brasil (O Globo, 2012). As mulheres, hoje, ocupam os mais importantes cargos públicos: vereadoras, deputadas, senadoras, prefeitas, governadoras, ministras e a Presidência da República.

2.3.2 Oportunização

O título atribuído a este tópico é um neologismo cunhado a partir da palavra “oportuno”. Segundo o Dicionário Aurélio, oportuno significa aquilo “que vem a tempo, a propósito, ou quando convém; apropriado” (FERREIRA, 1975, p.1002).

Oportunização é o ato de oportunizar (oportuno + izar), verbo já consignado no Dicionário UNESP do Português Contemporâneo (Borba, 2004), que significa tornar oportuno, aproveitar uma oportunidade ou ocasião para realizar algo. Foi precisamente o que se fez neste estudo: aproveitar a oportunidade da presença das adolescentes no serviço de obstetrícia do HGCC para o objetivo duplice de colher dados epidemiológicos e fornecer-lhes informação e orientação em saúde sexual e reprodutiva. Pretendeu-se, assim, contribuir para a prevenção da reincidência da gravidez nas adolescentes pesquisadas.

Os adolescentes constituem um grupo de usuários do serviço público que postergam a procura da assistência à saúde, ou já chegam para o tratamento das sequelas dos eventos clínicos, na maioria das vezes preveníveis, tornando baixa a demanda espontânea nos serviços de prevenção e promoção de saúde, tão discutida e embutida nas políticas e programas de atenção ao crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente.

Por essa razão é que uma situação aparentemente trivial - o momento de internação de adolescentes em uma unidade hospitalar para o parto -, ganha essa grande importância em saúde pública, e a autora usou este “momento oportuno”, para realizar uma estratégia para a prevenção da reincidência de gravidez não programada para as adolescentes que procuraram assistência obstétrica em um serviço público, entre maio e agosto de 2011.

Nessa ocasião e com esse propósito, usou-se para a abordagem educativa e preventiva, material ilustrativo e explicativo sobre métodos de anticoncepção (cartilhas do MS), como oportunidade para acolher e vincular ao serviço essas adolescentes, dando-lhes informações e esclarecendo dúvidas sobre os benefícios, efeitos e acesso aos métodos de anticoncepção e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

A tecnologia para atender as necessidades da atenção integral à saúde e ao bem estar do adolescente, dependendo do momento que vivencia, pode estar em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos sofisticados, informa Cecílio (2001. p. 3-5), e diz ser “importante destacar que o valor de uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento”.

Partindo dessa concepção, ofereceu-se as adolescentes o atendimento demandado naquele momento, ao buscar com isso o “estabelecimento de vínculos, mesmo que temporários” (CECÍLIO, 1999, p.3-5), e de autonomia para tomada das suas decisões para evitar ou planejar a futura gravidez, sem olvidar, contudo, a possibilidade de se tornarem multiplicadoras dos conhecimentos adquiridos, propagando-os no seu convívio social e familiar e atuando como agentes de ‘transformação social’ (BRASIL, 1990).

É grande o rol de soluções para o problema da gravidez na adolescência, e encontrá-las não é responsabilidade exclusiva dos gestores públicos, mas de toda a sociedade, incluindo as famílias, os educadores e os trabalhadores da saúde.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e reprodutivo em adolescentes que procuraram assistência obstétrica em um hospital público terciário de Fortaleza.

3.2 Específicos

- Orientar o uso dos métodos de anticoncepção, para um adequado planejamento familiar, com as adolescentes no período puerperal, simultaneamente à coleta de dados.

MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Natureza do estudo

Foi realizado um estudo transversal, exploratório, descritivo na abordagem quantitativa, no qual foi caracterizado o perfil socioeconômico, demográfico e reprodutivo das adolescentes puérperas internadas na clínica obstétrica do HGCC no período de maio de 2011 a agosto de 2011.

É quantitativo, através da pesquisa de fatos e de dados objetivos, descritivo, porque visa descrever fenômenos, investigar a frequência com que um fato ocorre, sua natureza e características, além de classificar, explicar e interpretar os fatos, sem interferência do pesquisador; e exploratório, definindo objetivos e buscando maiores informações sobre o tema em questão.

4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no HGCC, hospital público de atenção terciária à saúde, situado em Fortaleza-CE, onde são realizados procedimentos de alta complexidade, sendo considerado um dos polos de referência regional do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2011, no HGCC, ocorreram 5.325 partos, com média mensal de 444 partos. Nasceram vivas 5.344 crianças, destas 1.240 (23,2%) foram de mães com idade entre 10 a 19 anos (FORTALEZA, 2012).

4.3 População e amostra do estudo

A população foi constituída por todas as adolescentes que deram à luz no HGCC, a termo, pré-termo (adolescentes puérperas), no período considerado.

4.3.1 Critério de inclusão

Ter idade entre 10 e 19 anos; ter recebido assistência ao trabalho de parto no HGCC, aceitado participar da pesquisa e ter autorizado, por si ou por seus pais e/ou responsáveis. Os adolescentes com idade entre 18 e 19 anos, por apresentarem maioridade do ponto de vista legal, não necessitaram de autorização dos pais para participar da pesquisa, ou os menores de 18 anos em que cessou a incapacidade civil por quaisquer das razões elencadas no art. 5º do Código Civil Brasileiro, a saber:

Art. 5º A menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.

Parágrafo único. Cessará, para os menores, a incapacidade:

I - pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;

II - pelo casamento;

III - pelo exercício de emprego público efetivo;

IV - pela colação de grau em curso de ensino superior;

V - pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria.

4.3.2 Critério de exclusão

Não estar com a autorização dos pais ou responsável legal em mãos, quando incapaz, ou estar com desconforto, de qualquer natureza, em mais de dois momentos diferentes, e os casos de aborto.

4.4 Coletas de dados

4.4.1 Técnica e instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados durante o puerpério, entre as adolescentes que procuraram a maternidade do HGCC para o parto, utilizando um roteiro de perguntas contidas em formulários semi estruturados (APÊNDICE C), que depois de

preenchidos foram revisados pela pesquisadora - para minimizar erro de preenchimento, evitando viés na pesquisa. As informações sobre tipos de parto e as referentes ao recém-nascido (idade gestacional pelo método capurro, índice de Apgar do quinto minuto de vida e peso ao nascer) foram colhidas diretamente do prontuário.

Previamente à pesquisa, a autora treinou os aplicadores dos formulários, estudantes universitárias de enfermagem e uma enfermeira graduada que trabalha na enfermaria onde ficaram alojadas as adolescentes no pós-parto. O treinamento consistiu tanto do estudo da cartilha (ANEXO A), como na capacitação e sensibilização da importância desta pesquisa e do compromisso da intervenção na realidade destas adolescentes.

As adolescentes que concordaram em participar receberam, inicialmente, informações sobre a pesquisa e sobre o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Após o completo entendimento do seu conteúdo e constatada a inexistência de empecilhos momentâneos à sua aplicação – amamentação, desconforto de qualquer natureza ou impedimento legal -, assinavam o termo de anuência, recebiam a cartilha, respondiam ao questionário e esclareciam suas dúvidas sobre o material recebido.

Para tanto, procurou-se local reservado, dentro da própria enfermaria ou no pátio próximo, garantindo-lhes a confidencialidade e os outros compromissos firmados no termo de consentimento. Neste momento, os colaboradores da pesquisa efetivaram a entrevista utilizando o formulário semiestruturado para apreender as questões pertinentes ao estudo.

Posteriormente, para as civilmente incapazes, prestaram-se os esclarecimentos aos seus representantes legais, que anuíram com a participação na pesquisa. Destaque-se que todos concordaram com a participação de suas representadas. As que amamentavam ou apresentavam qualquer desconforto físico momentâneo, tiveram a abordagem postergada para ocasião mais favorável.

Por ocasião da coleta de dados, ou seja, a produção dos dados entre os sujeitos e os colaboradores da pesquisa consistiu na orientação do uso dos métodos anticoncepcionais e sobre a adoção de medidas de prevenção de doenças

sexualmente transmissíveis, utilizando, como recursos auxiliares, a cartilha “Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais”. Cada adolescente participante recebeu um exemplar da cartilha para levar para casa (ANEXO A).

Agendados encontros entre as adolescentes e a pesquisadora, após dois meses da alta hospitalar, para aplicar questionário sobre amamentação e uso de métodos contraceptivos, com o propósito de aferir o resultado do trabalho de aplicação da cartilha do Ministério da Saúde no puerpério imediato. Essa parte da pesquisa não foi validada em face do reduzido número de mães que retornaram nas datas aprazadas.

Há necessidade de mais pesquisas que validem o puerpério como momento oportuno para orientar as adolescentes puérperas sobre contracepção, mas acredita-se que nenhuma delas deve sair do hospital sem o encaminhamento para um serviço de referência em planejamento familiar.

4.4.2 Conteúdos e variáveis do instrumento de coleta de dados

As variáveis foram agrupadas por categorias, independentes e dependentes, classificadas quanto ao perfil epidemiológico e reprodutivo a ser pesquisado (QUADRO 1) e definidas suas classificação (QUADRO 2), para uma melhor clareza e compreensão na discussão dos resultados:

Descrição das variáveis independentes

- **idade:** calculada em anos completos, a partir da data de nascimento.
- **religião:** religião da família informada pelo adolescente. Foram consideradas as opções católica, evangélica e outras.
- **tabagismo:** cigarro, maconha e outras.
- **idade da menarca:** calculada em anos completos, na data da primeira menstruação na vida da mulher.

- **idade da primeira relação sexual:** idade em anos completos da primeira relação sexual, informada pela adolescente.
- **número de parceiros sexuais:** o número de parceiros relatado pela adolescente desde a primeira relação.
- **anticoncepção:** usou ou não algum método anticoncepcional nas relações sexuais e qual (ais).
- **grau de escolaridade da adolescente:** Foram considerados os seguintes graus: Fundamental I, Fundamental II, Ensino Médio e Superior.

Descrição das variáveis dependentes

- **antecedentes obstétricos:** número de gestações, paridade, abortamento (incluindo o tipo de aborto).
- **assistência pré-natal:** foi avaliada pelo número de consultas, considerando três categorias: não-realização do pré-natal, pré-natal insuficiente (com menos de seis consultas) e pré-natal suficiente (com seis ou mais consultas), segundo recomendação do MS (BRASIL, 1998).
- **idade gestacional no parto:** com base na data da última menstruação, em exames realizados na primeira metade da gestação e pelo método de Capurro (ao exame dos recém-nascidos).
- **desfecho perinatal:** óbito fetal, prematuridade, sofrimento fetal agudo (Apgar no 5º minuto menor que 7), óbito neonatal (precoce e tardio).
- **tipo de parto:** normal, cesárea e fórcepe.
- **complicações na gravidez:** hemorragias, pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário, prematuridade e outras.
- **índice de apgar do quinto minuto de vida:** foi categorizado por escore de pontos < 7 e ≥ 7 (Apgar, Virgínia. 1963 – Apud REZENDE, 2002).
- **peso ao nascer x idade gestacional:** Utilizou-se a Curva de Battaglia e

Lubchencko (BATTAGLIA; LUBCHENCO, 1971), na qual se classificam os recém-nascidos em: PIG (pequeno para a idade gestacional), AIG (adequado para a idade gestacional) e GIG (grande para a idade gestacional).

QUADRO 1 – Esquematização da classificação das variáveis segundo o perfil epidemiológico das adolescentes, HGCC, maio./ago.2011.

Variáveis reprodutivas	obstétricas, e ginecológicas, anticonceptivas
variáveis obstétricas	número de gestação, paridade, idade gestacional, natimorto, aborto, complicações na gravidez, assistência pré natal, início da assistência pré natal, número de consultas no pré natal (assistência pré natal suficiente ≥ 6 consultas e assistência pré natal insuficiente < 6 consultas) e desfecho perinatal.
Variáveis ginecológicas	idade da menarca, idade da coitarca, número de parceiros, infecção ginecológica ou DST
Variáveis anticonceptivas	orientação de proteção para gravidez, uso de preservativo, uso de método de anticoncepção
Sociodemográficas	tabagismo, escolaridade, idade, procedência, religião e situação conjugal

QUADRO 2 – Esquematização da classificação dos pontos de corte para algumas variáveis socioeconômicas e reprodutivas

Idade da menarca	$x < 8$ anos - precoce $9 \leq x \leq 16$ anos - normal $x > 16$ anos - tardia
Idade da primeira relação sexual	$X \leq 12$ precoce $x \geq 13$ normal
Número de parceiros	$x \leq 1$ - parceiro único, $x > 1$ - múltiplos parceiros
Idade gestacional no parto (capurro)	$x < 22$ - aborto $22 \leq x \leq 36$ semanas e seis dias – pré-termo $x \geq 37$ termo
Idade da gestação avaliada no recém nascido	$22 \leq x < 36$ semanas e seis dias- prematuro $x \geq 37$ semanas- termo
Peso do recém-nascido por idade gestacional	aborto - $x < 500$ - baixo peso - (PIG) $x < 1000$ - extremo baixo peso $1000 \leq x \leq 1499$ - muito baixo peso $1500 \leq x \leq 2499$ - baixo peso peso normal - $2500 \leq x \leq 3999$ - (AIG), macrossômico $x \geq 4000$ - (GIG)
Assistência pré-natal	$x \geq 6$ consultas e assistência pré natal $x \leq 6$ consultas

4.5 Análise dos dados

Foram calculadas as medidas estatísticas médias e desvio padrão das variáveis quantitativas. Compararam-se as proporções das porcentagens por meio do teste de χ^2 e de razão de verossimilhança. Para todas as análises consideraram-se como estatisticamente significante aquelas com $p < 0,05$.

Os resultados foram apresentados em forma de tabelas com a finalidade de oferecer melhor visualização das informações coletadas e, em seguida, foram descritos e analisados à luz das ideias dos autores consultados na pesquisa bibliográfica.

4.6 Questões éticas

A pesquisa respeitou os aspectos éticos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que estabelecem as regras para pesquisa em seres humanos. As pacientes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), com esclarecimentos de quaisquer dúvidas sobre a pesquisa, o caráter da participação dos pesquisados, os riscos e benefícios, sendo amplamente alertadas pela pesquisadora e sua equipe sobre a liberdade de participar, ou não, da pesquisa e sobre a importância de suas informações para esta pesquisa. Após o pleno entendimento do compromisso de fornecer informações fidedignas, desde que não houvesse nenhum impedimento legal e nenhum dos empecilhos, foi-lhes assegurada a guarda total do sigilo a respeito da sua identidade e dados avaliados. Os instrumentos da pesquisa foram submetidos ao Comitê de Ética do Hospital Geral Dr. César Cals para apreciação e só foram aplicados após aprovação sob o protocolo nº 482/2011 (ANEXO B).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada com 310 adolescentes atendidas no HGCC, e para melhor compreensão e discussão dos resultados, as variáveis foram sumarizadas em tabelas e seus resultados analisados quantitativamente.

Pesquisadores, como Caldiz *et al.* (1994); Camarano (1998); Andalaft Neto (2003); Yazlle (2006) e Taquette (2008), apontam os vários fatores que influenciam a gravidez na adolescência. Ao fazer uma análise desses fatores, selecionam-se como os principais: a diminuição da idade média da menarca e do início da vida sexual; a falta de informação sobre métodos contraceptivos e a dificuldade de acessá-los; integrar as classes econômicas menos favorecidas e a baixa escolaridade.

Na amostra estudada, os resultados apresentados na tabela 1 confirmam que a idade média das adolescentes pesquisadas foi de 17,02 anos ($\pm 1,54$), a da menarca aos 12,44 anos ($\pm 1,46$) e da primeira relação sexual (coitarca) aos 14,40 anos ($\pm 1,63$). Quanto ao número de parceiros, as participantes da pesquisa tiveram, em média, 2 parceiros ($\pm 1,32$), e com relação ao número de gestações, observou-se 1,24 ($\pm 0,49$) gestações, desde a sua primeira relação sexual. Isso sugere que o início precoce da atividade sexual, no universo pesquisado representou fator importante para a gravidez na adolescência.

TABELA 1 – Distribuição da média das variáveis demográficas e reprodutivas, nas adolescentes puérperas, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Variável	N	Média	DP
Idade	310	17,02	1,542
Idade da menarca	313	12,44	1,436
Idade da primeira relação sexual	309	14,50	1,635
Número de parceiros desde a primeira relação	307	1,99	1,327
Número de gestações	310	1,24	0,490
Idade gestacional no parto	303	36,98	4,134
Número de semanas do RN	298	37,19	3,991

Fonte: pesquisa direta, 2011.

5.1 Análise e discussão das variáveis socioeconômicas, demográficas e reprodutivas

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1989) estima que os riscos de morte no puerpério são duas vezes maiores para as mulheres entre 15 e 19 anos do que para aquelas com idades compreendidas entre 20 e 24 anos. A taxa de mortalidade materna pode ser até cinco vezes maior para as garotas com idades compreendidas entre dez a 14 do que para as mulheres de cerca de 20 anos de idade. A pesquisa não registra nenhum óbito materno no puerpério.

Dos 310 partos retratados nesta pesquisa, 17 eram adolescentes na faixa etária de 13 a 14 anos (5,48%), e 293 tinham idades de 15 e 19 anos (94,52%), como pode ser visto abaixo (TABELA 2). Outro estudo aponta a mesma variação de proporção, em uma amostra de 21,50% de mães adolescentes assistidas na rede hospitalar de Montes Claros (MG), onde também existe uma menor taxa de gravidez na faixa etária de dez a 14 anos (0,60%) e uma maior (20,90%) na faixa de 15 a 19 anos (GOLDENBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005).

A associação de parto normal, causas obstétricas e aborto respondem por 70,00% de todas as internações de adolescentes pelo SUS (BRASIL, 1996). Os riscos são maiores para as garotas de até 14 anos de idade, com uma pélvis ainda subdesenvolvida, podendo gerar dificuldades no parto (CORREA; COATES, 1993).

TABELA 2 – Distribuição das adolescentes puérperas, de acordo com a faixa etária, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Faixa Etária (Anos)	N	%
13 a 14	17	5,48
15 a 19	293	94,52
Total	310	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

No campo da sexualidade e da reprodução humana, a religião e a moral atuam, lado a lado, nos planos individual e social, porque se complementam, visto que a religião também se ocupa da definição de normas morais (MEDEIROS, 1985). Dentre as entrevistadas, 55,81% eram católicas, enquanto 44,19% declararam-se

evangélicas, outras ou nenhuma religião (TABELA 3). Por esses percentuais constata-se que a religião, nos dias atuais, ainda faz parte da vida dos jovens, o que pode significar o acatamento de princípios e valores que delineiam o comportamento individual e coletivo, orientando no enfrentamento dos problemas vivenciados.

Os princípios religiosos, espirituais e morais adotados pela adolescente podem interferir em sua opinião e atitude sobre o sexo antes do casamento e na sua prática contraceptiva (COTTON; BERRY, 2007).

Na igreja católica não há uma única doutrina vigente sobre a contracepção. A mais conhecida é a doutrina conservadora defendida pelo Papa e por muitos integrantes da hierarquia da igreja, segundo a qual todos e quaisquer meios de contracepção artificiais são contrários às leis de Deus. Nessa perspectiva extremada, a camisinha, por exemplo, não pode ser utilizada nem mesmo para a prevenção da AIDS (MAGUIRE, 2010). O autor sustenta existir na tradição e na fé católicas outra corrente doutrinária em que os métodos contraceptivos artificiais não são apenas permitidos, mas, em muitas situações, são obrigatórios do ponto de vista moral, por exemplo, para prevenir DSTs e principalmente a infecção por HIV.

TABELA 3 – Distribuição das adolescentes puérperas por filiação religiosa, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Religião	N	%
Católica	173	55,81
Não católica	137	44,19
Total	310	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

Os maiores impactos gerados na vida das adolescentes grávidas são observados em relação a fatores sociais, psicológicos e biológicos. No âmbito social, a gravidez acarreta sérios problemas, tais como: interrupção dos estudos, descontinuidade dos projetos de vida, abandono pelo parceiro ou pela família, perda de identidade com o grupo de mesma idade, perpetuação do ciclo de pobreza e problemas de saúde (ROMERO, 1998).

Nesta amostra, 165 (53,23%) adolescentes estudaram apenas o correspondente ao Ensino Fundamental II. Isso mostra o baixo nível de escolaridade dessas meninas, visto que 84 delas (26,13%) cursaram apenas o Ensino Fundamental I, e somente 64 (20,64%) concluíram o Ensino Médio (TABELA 4).

A evasão escolar é uma das consequências socioculturais importantes da gravidez na adolescência, e tem potencial para influenciar negativamente o futuro dessas jovens. Barnett *et al.* (2004) associaram a gravidez na adolescência com o aumento na taxa de evasão escolar, correlacionando-a com o aumento da probabilidade de persistirem as diferenças econômicas e sociais.

TABELA 4 – Distribuição das adolescentes puérperas por escolaridade, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Nível de instrução	N	%
Fundamental I	81	26,13
Fundamental II	165	53,23
Ensino Médio	64	20,64
Total	310	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

O fumo acarreta sérios problemas ao binômio mãe/filho. A nicotina reduz a circulação de sangue na placenta, diminuindo a quantidade de oxigênio e de nutrientes que passam para o feto (ANDRADE, 2006). Neste estudo observou-se que 17 (5,48%) adolescentes eram fumantes, pois, o que representa um dado significativo dessas meninas pesquisadas, considerando os riscos ao binômio mãe-filho (TABELA 5).

Laranjeira *apud* Andrade (2006) refere que acompanhou com sua equipe a gravidez de algumas adolescentes até a hora de darem à luz, constatando sérios prejuízos à saúde das crianças causados pelo fumo de cigarro comum ou maconha. Para o pesquisador, praticamente todos os filhos de meninas que fumaram maconha se mostraram mais irritadiços que os outros.

TABELA 5 – Distribuição das adolescentes puérperas com relação ao hábito de fumar, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Fumantes	N	%
Sim	17	5,48
Não	289	93,23
Não informado	4	1,29
Total	313	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

A ocorrência de gravidez entre adolescentes dos 15 aos 19 anos de idade é maior na zona rural do que nas áreas urbanas, onde a educação e a informação são mais acessíveis (BENNETT *et al.*, 1997).

Dentre as adolescentes pesquisadas, 55,16% moravam em Fortaleza, 24,52% vieram da Região Metropolitana, e 20,32% eram originárias de municípios do interior cearense, onde o atendimento obstétrico às adolescentes ainda é muito precário e, com muita frequência, estas são encaminhadas para serviços de referência como o HGCC (TABELA 6).

Isso não significa que os dados da pesquisa contrariam os achados de Bennett *et al.*, até porque este estudo ficou circunscrito às adolescentes puérperas que pariram no HGCC, e é razoável presumir uma maior procura deste hospital por parte das mulheres residentes em Fortaleza.

Essa proporção se mantém quando se comparam as grandes metrópoles com as cidades de menor porte. Em Belo Horizonte, entre 1997 e 2001, as taxas específicas de fecundidade entre mães adolescentes caiu de 3,39 para 2,75. No sentido inverso, em Montes Claros, as taxas específicas de fecundidade desse grupo populacional, no mesmo período, aumentaram de 2,44 no ano de 1997 para 3,73 no ano 2000, e alcançaram 3,84 em 2001. Os valores encontrados em Montes Claros estão consentâneos com os do Estado de Minas Gerais, que saíram de 2,03 em 1997 para 3,30 em 2001 (GOLDENBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005).

TABELA 6 – Distribuição de acordo com a procedência das adolescentes puérperas, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Local de origem	N	%
Capital	171	55,16
Região Metropolitana	76	24,52
Interior	63	20,32
Total	310	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

A adolescência é uma etapa de rápidas transformações biológicas, sofrendo o adolescente tanto as influências genéticas como ambientais. Esta fase da vida humana caracteriza-se por um acelerado crescimento e desenvolvimento físico, que tem seu “início indeterminado, podendo preceder ou suceder a puberdade e o término difícil de precisar, obedecendo a fatores socioculturais” (DELISE; GOLD, 2008, p.190).

A puberdade é um processo biológico, onde ocorre a mudança do estado sexual imaturo para o maduro, o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e, “termina com a primeira menstruação ou menarca” (LEE, 2007, p. 624). Esta é uma resposta orgânica que reflete a interação dos vários segmentos do eixo neuroendócrino feminino, traduzindo que o corpo está preparado para a procriação.

Segundo o padrão de percentis Santo André (SP), o pico de velocidade de crescimento nas meninas dá-se por volta dos 11 e 12 anos - 8-9 cm/ano (BRASIL, 1993). Nessa jovem mulher ocorrem alterações na composição corporal, tanto em relação a disposição das gorduras como do crescimento do esqueleto e da musculatura (DELISE; GOLD, 2008), passando a apresentar um corpo formado e fértil, sem que, muitas vezes, tenha alcançado a maturidade psíquica para administrá-lo.

A menarca, entre as adolescentes pesquisadas, ocorreu, na maioria dos casos, dos 11 aos 12 anos (44,52%), seguido da faixa de 13 a 14 anos (39,03%) (TABELA 7). Isso coincide com outras pesquisas que mostram que 95,00% das ocorrências da menarca se encontram nos limites de 11 a 15 anos de idade (MARSHAL; TANNER, 1969; SEDENHO; FREITAS, 1984; COLLI, 1988; CHOMPOOTAWEEP *et al.*, 1997; BEZERRA; CAMPOS; SALOMON, 1998).

TABELA 7 – Distribuição das adolescentes puérperas de acordo com a faixa etária da menarca, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Idade (Anos)	N	%
9 a 10	24	7,74
11 a 12	138	44,52
13 a 14	121	39,03
15 ou mais	24	7,74
Não soube informar	3	0,97
Total	310	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

A procura de um método contraceptivo leva, em média, um ano após o primeiro coito, ao passo que a primeira gestação ocorre, em média, em seis meses do início da atividade sexual (BRASIL, 2000b). Portanto, quanto mais precocemente ocorrer a primeira relação sexual, aliada ao pouco esclarecimento do uso dos contraceptivos, mais exposta estará a adolescente à gestação.

Naturalmente, a idade em que as mulheres se tornam sexualmente ativas varia de um país para outro, conforme a cultura e seus costumes locais. Na amostra estudada, o início da vida sexual ocorreu na maioria aos 13 anos ou mais (88,71%), ou até aos 12 anos (9,03%). Sete (2,26%) das adolescentes pesquisadas não souberam informar a idade da coitarca (TABELA 8).

TABELA 8 – Distribuição das adolescentes puérperas de acordo com a idade da primeira relação sexual, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Idade	N	%
Até os 12 anos	28	9,03
13 ou mais	275	88,71
Não soube informar	7	2,26
Total	310	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

O início precoce da vida sexual, associado a não proteção anticonceptiva, aumenta o risco da gravidez não planejada e indesejada. Sendo esse “o fator mais importante para o incremento da alta taxa de fecundidade” (VIEIRA *et al.*, 2006, p.136).

A principal causa alegada pelas adolescentes para a ocorrência da gravidez prematura foi o não uso de métodos contraceptivos. Entre os motivos citados para essa atitude estão a falta de conhecimento sobre os métodos, a objeção de seu uso pelo parceiro, a crença que não engravidaria (definida como o pensamento mágico característico do período adolescente), ou por não esperar ter relações sexuais naquele momento (PINTO; SILVA *et al.*, 1994; NICHOLS *et al.*, 1986; BEMFAM/MACRO, 1997).

Para Takiuti (1998), embora as adolescentes conheçam alguns métodos contraceptivos, quase sempre não recorrem a nenhum deles, em decorrência de alguns fatores como falta de maturidade emocional, ou sentimento de culpa diante de sua sexualidade ativa, ou até mesmo por medo pelo que ouvem falar (faz mal à saúde, engorda, causa câncer, deixa estéril).

No universo das adolescentes pesquisadas neste estudo, encontrou-se que 171 (55,16%) não haviam realizado qualquer prática anticoncepcional e que 139 (44,84%) delas já haviam utilizado algum método contraceptivo antes de engravidar, (TABELA 9).

Ter acesso a método contraceptivo e a orientação do seu uso de forma regular é de suma importância para a estruturação do controle da natalidade; muitas vezes, o método contraceptivo pode estar disponível, mas o adolescente não sabe como usá-lo corretamente (SANTOS JÚNIOR, 1999).

TABELA 9 – Distribuição das adolescentes puérperas de acordo com o uso métodos contraceptivos antes de engravidar, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Método contraceptivo	N	%
Não	171	55,16
Sim	139	44,84
Total	310	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

Conforme a tabela 10, o método contraceptivo mais utilizado pelas adolescentes desta pesquisa foi o anticoncepcional oral (76,26%), que se aproxima dos resultados da pesquisa de Shor e Lopez (1990), cujos resultados mostraram que o método contraceptivo mais referido foi a pílula (59,20%).

Levantamentos em outras pesquisas também apontam a pílula como o principal método contraceptivo a que as adolescentes recorrem. É o caso da pesquisa noticiada no jornal O Globo sobre métodos anticoncepcionais, realizada com 1000 mulheres, com o objetivo de comparar o comportamento das mulheres nascidas até 1965 (*baby boomers*) ao das gerações posteriores (“x” e “y”), concluindo que, hoje, elas: pensam primeiro na carreira, deixando a formação da família para segundo plano; começam a vida sexual mais cedo (80,00% delas, antes dos 16 anos) e por iniciativa própria (39,00%); têm preferência pelas pílulas hormonais, mas não as usam regularmente, recorrendo à pílula do dia seguinte e ao preservativo, em algumas relações casuais; 50,00% das entrevistadas ouvem o seu ginecologista, as amigas ou pesquisam na internet sobre o uso dos métodos para evitar a gravidez (FERNANDES, 2012).

TABELA 10 – Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao tipo de contraceptivo utilizado, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Tipo de contraceptivo	N	%
Preservativo feminino	1	0,72
Preservativo masculino	12	8,63
Camisinha + pílula	2	1,44
Injeção	18	12,95
Pílula	106	76,26
Total	139	100,00

Fonte: pesquisa direta, 2011.

Nessa fase da vida, decidir ser ou não mãe não é fácil, e o que aparentemente parece ser uma decisão individual, envolve uma série de fatores (SOUZA *et al.*, 2001). Algumas adolescentes, por decisão própria ou do parceiro, ou ainda de seus familiares, encontram no aborto a única solução, arriscando a vida para interromper a gravidez indesejada. Para Campos (2005), a consequência mais grave da gravidez precoce, especialmente entre meninas pobres, é a prática do aborto clandestino.

Dentre as participantes desta pesquisa, apenas uma (0,31%), referiu ter recorrido anteriormente à prática do aborto. Enquanto 16 (5,10%) afirmaram já ter passado por aborto espontâneo. Além disso, uma (0,31%) teve aborto molar, e outra (0,31%) foi acometida de gravidez ectópica (TABELA 11).

Estima-se que ocorre, no País, de 1 a 1,2 milhão abortamentos ao ano, que constituem a quinta causa de internação na rede do SUS e são responsáveis por 9,00% das mortes maternas e 25,00% das esterilidades por causa tubária (CANTONE, 2004). Conforme a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), somente no ano de 2006, 29.650 jovens entre dez e dezenove anos deram entrada em hospitais do SUS por complicações relativas a abortos (FICHERA, 2007).

TABELA 11 – Distribuição das adolescentes puérperas quanto à referência abortamento prévio, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Abortamento Prévio	N	%
Aborto Espontâneo	16	5,10
Aborto Provocado	1	0,31
Molar	1	0,31
Gravidez ectópica	1	0,31
Total	19	6,03

Fonte: pesquisa direta, 2011.

A pesquisa mostrou que 249 adolescentes puérperas eram primigestas (78,71%), enquanto 58 já estavam vivenciando a segunda gravidez (18,71%), e oito, (2,58%), a terceira (TABELA 12). Estes números se aproximam dos encontrados por Berlofi *et al.*, (2006) entre adolescentes matriculadas em um programa de planejamento familiar, em que 73,50% delas já possuíam uma gestação, 24,20% duas, e 2,30% três.

Outros achados coletados no SINASC de Juiz de Fora, Minas Gerais, no ano 2000, revelaram uma taxa de 15,00% de gravidez nas adolescentes entre 15 e 19 anos, e de 0,43% do total de adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos, sendo que 17,00% dessas jovens já tinham tido mais de um filho (COSTA; HEILBORN, 2006).

TABELA 12 – Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao número de gestações, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Número de Gestações	N	%
1	244	78,71
2	58	18,71
3	8	2,58
Total	310	100,00

Fonte: pesquisa direta, 2011.

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública, e a ausência de assistência pré-natal é um fator de risco para a gestante e para o recém-nascido (BRASIL, 2000a). As consultas e exames no pré-natal permitem fazer uma seleção das chamadas gestações de alto risco, identificando problemas como hipertensão, anemia, diabetes, infecção urinária, sífilis dentre outros. Alguns desses problemas podem causar o parto precoce, o aborto e trazer outras consequências graves para a mãe ou para o feto (BRASIL, 1994).

Das adolescentes que participaram desta pesquisa, 302 (97,42%) tiveram acompanhamento pré-natal e apenas oito (2,58%) não tiveram esse atendimento, o que sugere que as adolescentes entrevistadas estavam comprometidas com a sua saúde e a de seu filho (TABELA 13). Os cinco casos não definidos (1,26%) foram de adolescentes que abortaram e não chegaram a fazer acompanhamento pré-natal.

TABELA 13 – Distribuição das adolescentes puérperas quanto à realização da assistência pré-natal, HGCC, Fortaleza-CE, maio/agosto/ 2011.

Pré-natal	N	%
Sim	302	97,42
Não	8	2,58
Total	310	100,00

Fonte: pesquisa direta, 2011.

O pré-natal deve ser iniciado a partir do momento em que a mulher engravida, de modo a diagnosticar precocemente qualquer alteração tanto na saúde da mãe quanto do feto, para que dentro das possibilidades existentes possam ser corrigidas (BARROS, 2002). Dessa forma, a grávida se submete a exames mais específicos e com mais frequência, minimizando as condições de alto risco, para que mãe e o feto cheguem a um final de gravidez satisfatório.

Algumas pesquisas têm indicado que grávidas adolescentes são menos propensas a receber assistência pré-natal e, muitas vezes, só a procuram apenas no terceiro trimestre, outras vezes nem chegando a procurá-la (ROMERO *et al.*, 1984; SANTOS *et al.*, 2008). Outros relatos indicam que um terço das adolescentes

grávidas recebe atendimento pré-natal insuficiente e que os seus filhos têm mais probabilidades de sofrer problemas na infância ou ser hospitalizados, do que os filhos de mulheres mais velhas (SILVA, 2003).

Neste estudo, 190 (62,91%) das adolescentes que foram a consultas no pré-natal, iniciaram a assistência desde o primeiro trimestre da gravidez, enquanto 112 (37,09%) começaram esse atendimento somente a partir do segundo trimestre.(TABELA 14). Vê-se das entrevistadas que um percentual das adolescentes buscou a primeira consulta do pré-natal até a 14ª semana de gravidez, como recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b).

TABELA 14 – Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao período gestacional de início do pré-natal às, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Início pré-natal	N	%
1º trimestre	190	62,91
2º trimestre ou mais	112	37,09
Total	302	100,00

Fonte: pesquisa direta, 2011.

Quanto ao número de consultas realizadas no acompanhamento pré-natal das adolescentes pesquisadas, constatou-se que 167 (55,30%) tiveram seis ou mais consultas, enquanto 135 (44,70%) foram atendidas em cinco ou menos consultas (TABELA 15). Observa-se, assim, que 55,30 das adolescentes foram acompanhadas durante a gravidez, tendo seis ou mais consultas, como é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Os percentuais diferem dos resultados de outro estudo, onde a maioria das gestantes iniciou a assistência pré-natal no segundo trimestre, sendo 64,30% das gestantes adultas e 70,60% das adolescentes, e revelou que a grande maioria das gestantes adolescentes (68,60%) teve de uma a duas consultas durante o período pré-natal, sendo que apenas 31,40% tiveram de três a cinco consultas (ALEGRIA *et al.*, 1989).

TABELA 15 – Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao número de consultas no pré-natal, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Número de Consultas	N	%
Até 5 consultas	135	44,70
6 ou mais	167	55,30
Total	302	100,00

Fonte: pesquisa direta, 2011.

Foram pesquisadas algumas complicações da gravidez que, quando surgem, podem corresponder a um aumento dos riscos para o binômio materno-fetal, como: as hemorragias do 2º ou 3º trimestre, a infecção do trato urinário, a pré-eclâmpsia e a prematuridade.

Dentre as adolescentes puérperas participantes desta pesquisa, 230 apresentaram algumas das intercorrências na gravidez: 109 (39,07%) referiram infecção do trato urinário (ITU), 87 (31,18%) referiram prematuridade, 45 (16,13%) pré-eclâmpsia, 18 (6,45%) referiram hemorragia do 2º trimestre, com igual número 6,45% referindo hemorragia do 3º trimestres, enquanto duas (0,72%) apresentaram outras afecções (TABELA 16).

Na pesquisa de Soares *et al.* (2009), os dados apresentados evidenciaram que dentre as complicações apresentadas nas gestações anteriores, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a pré-eclâmpsia/eclâmpsia e as hemorragias foram as mais frequentes.

TABELA 16 – Distribuição das adolescentes puérperas de acordo com as complicações referidas durante o ciclo gravídico puerperal, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

	N	%
ITU	109	39,07
Prematuridade	87	31,18
Pré-eclâmpsia	45	16,13
Hemorragias do 2º trimestre	18	6,45
Hemorragias do 3º trimestre	18	6,45
Outras	2	0,72
Total	279	100,00

Fonte: pesquisa direta, 2011.

A pré-eclâmpsia ocorreu entre 45 adolescentes puérperas, correspondendo a 16,13% dessa amostra (TABELA 16). Das 17 adolescentes com idades de 13 a 14 anos, 17,64% da amostra tiveram história de pré-eclâmpsia, sendo esse dado verificado em percentual de 14,33% referente às 293 adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos.

Os dados encontrados nas tabelas 17 e 18 estão próximos aos referidos por Magalhães *et al.* (2006), segundo os quais as principais intercorrências clínicas foram: pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário e anemia. A pré-eclâmpsia foi diagnosticada em 13,70% das adolescentes precoces e em 14,90% das tardias. A infecção do trato urinário foi encontrada em 6,50% das adolescentes precoces e em 6,30% das tardias. A anemia foi verificada em 14,90% das adolescentes precoces e em 12,60% das tardias (TABELA 17).

Para alguns autores como Conde-Agudelo *et al.* (2005), a pré-eclâmpsia tem maior nível de incidência entre adolescentes, principalmente as de menor idade. Para os autores citados,

A toxemia seria particularmente mais incidente nas adolescentes mais jovens (menor de 16 anos) porque neste grupo é maior o número de pacientes nulíparas, com estado nutricional deficiente e ausência de cuidado pré-natal. Nossos dados revelam que não houve diferença entre as duas faixas etárias. A falta de critérios precisos para o diagnóstico dessa complicação no decorrer dos anos talvez possa explicar essa diferença nos achados (CONDE-AGUDELO; BELIZAN; LAMMERS, 2005, p. 343).

TABELA 17 – Distribuição das adolescentes puérperas com relação à ocorrências de pré-eclâmpsia, HGCC, Fortaleza-CE, maio/agosto/2011.

Idade da Mãe (Anos)	PRÉ-ECLÂMPسيا				TOTAL
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
13 a 14	3	17,64	14	82,36	17
15 a 19	42	14,33	257	85,96	299

Fonte: pesquisa direta, 2011.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985), 80,00% dos partos de uma dada população devem ser normais, e a cesárea, considerada uma operação de médio porte, deve ser realizada apenas com necessidade comprovada.

Das 310 adolescentes que tiveram assistência obstétrica no período da pesquisa, 140 (45,16%) tiveram parto normal, 147 (47,42%) submeteram-se a parto cesariano, enquanto 23 (7,42%) foram submetidas a fórcepe (TABELA 18).

Os números de partos vaginais e cesarianos encontrados nesta pesquisa são compatíveis com os colhidos no SINASC (FORTALEZA, 2012), referentes aos partos havidos no HGCC no ano de 2011. Segundo os registros, nasceram vivas 5.344 crianças, dos quais 2.295 (42,94%) foram partos vaginais e 3.036 (56,81%) partos cesáreos. Deste total, 1.240 (23,20%) foram de mães adolescentes, assim divididos: 609 (49,11%) partos vaginais e 631 (50,89%) foram cesáreos.

Estudo realizado em outro centro de atendimento terciário de Fortaleza com relação à predominância do tipo de parto registrou que 10 (83,30%) adolescentes precoces e 27 (64,30%) adolescentes tardias tiveram partos cesarianos. O parto normal ocorreu em duas (16,70%) adolescentes precoces e 14 (33,30%) adolescentes tardias. Já o parto fórcepe foi observado apenas em uma (2,40%) adolescente tardia (SECUNDO *et al.*, 2009).

Os dados deste estudo estão em consonância com os números relativos aos partos realizados no HGCC no ano de 2011 e registrados no SINASC (FORTALEZA, 2012), especialmente em relação à proporção de cesárea na população adolescente. Comparando esses números com os do outro centro de atendimento terciário de Fortaleza, acima referido, percebe-se que os percentuais de cesarianas no HGCC são significativamente menores, sugerindo que a maior opção pela cesárea pode ser uma orientação daquele serviço obstétrico. Como quer que seja, pode-se afirmar que, em ambos, os percentuais de cesáreas excedem ao recomendado pela OMS, que é de 10% a 15% (BRASIL, 2004).

Câmara *et al.* (2000) associam a alta incidência de partos cirúrgicos à 'qualidade' do acompanhamento pré-natal. Faúndes, Pinotti e Cecatti (1985, p.1018) argumentam que a decisão pelo parto cesariano é justificada por dois motivos: "primeiro, pelos progressos nas técnicas de cirurgia e de anestesia, que permitiram dar maior segurança ao procedimento. Em segundo lugar, porque cresceu o número de condições clínicas ou circunstâncias nas quais cesarianas pareceram dar maior segurança de vida e saúde ao neonato".

TABELA 18 – Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao tipo de parto, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

	N	%
Normal	140	45,16
Fórcipe	23	7,42
Cesárea	147	47,42
Total	310	100,00

Fonte: pesquisa direta, 2011.

A idade gestacional é o tempo transcorrido desde a concepção até o momento do nascimento (BRASIL, 1989), e pode ser calculada a partir da última menstruação, ou em exames ultrassonográficos realizados na primeira metade da gestação, ou por ocasião do parto, pelo método de Capurro (REZENDE, 2002).

Apesar dos inúmeros avanços na área de diagnóstico pré-natal, a prematuridade, parto que ocorre entre 22 a 36 semanas e seis dias, é um fator de risco de óbito para os recém-nascidos, e tem se manifestado com mais frequência nas jovens com menos de 20 anos de idade, notadamente naquelas com idade inferior a 15 anos (LIZARELLI *et al.*, 2008).

Nesta pesquisa, observou-se que entre as adolescentes puérperas 223 (71,94%) tiveram parto a termo, enquanto 87 (28,06%) tiveram parto pré-termo. Separando estes valores por faixa etária, encontrou-se 3 (17,65%) nascimentos pré-termos entre as adolescentes de 13 e 14 anos, e 84 (28,67%) entre os nascidos de adolescentes de 15 a 19 anos. (TABELAS 19 e 20).

Estes resultados divergem dos observados em outro estudo, no qual o trabalho de parto pré-termo representou 57,10% entre as gestantes de 10 a 14 anos, em comparação com os 40,00% encontrados entre adolescentes de 15 a 19 anos e de 26,00% acima de 19 anos (LIZARELLI *et al.*, 2008).

Mesmo considerando as especificidades de cada estudo, as realidades distintas entre os estados, as cidades e os serviços pesquisados, constata-se que o percentual de partos pré-termos entre as grávidas adolescentes, nas duas faixas etárias distinguidas nesta pesquisa, foi bem menor no HGCC.

A ocorrência de nascimentos pré-termos está relacionada, segundo expressiva literatura, com a gestação na adolescência, mesmo quando controlados outros fatores com potencial para influenciar a duração dessas gestações. A pouca idade da gestante e a falta de cuidados no pré-natal, dentre outros fatores, favorecem essa ocorrência (PERETTO *et al.*, 2011).

TABELA 19 – Distribuição das adolescentes puérperas por faixa etária quanto a idade gestacional pelo método de Capurro, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Idade da Mãe (Anos)	Total	Idade gestacional (Capurro)				Valor-p
		Pré termo		Termo		
		N	%	N	%	
13 a 14	17	3	17,65	14	82,35	0.557
15 a 19	293	84	28,67	209	71,33	

Fonte: pesquisa direta, 2011.

TABELA 20 – Distribuição das adolescentes puérperas quanto a idade gestacional pelo método de Capurro, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Idade gestacional	N	%
A termo	223	71,94
Pré-termo	87	28,06
Total	310	100,00

Fonte: pesquisa direta, 2011.

O desenvolvimento tecnológico tem contribuindo para que um grande número de prematuros sobreviva, pois muitas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) neonatais têm melhores condições de garantir a sobrevivência do feto do que o útero materno (LIMA, 2001).

O índice de Apgar é definido por meio de um teste desenvolvido pela Dra. Virginia Apgar, médica norte americana. Resulta de uma avaliação do recém-nascido no primeiro, no quinto e no décimo minuto de vida, em relação a cinco sinais objetivos, atribuindo-se a cada um desses sinais uma pontuação de zero a dois, definindo, assim, as condições dos recém-nascidos (BRASIL, 1994).

Os sinais avaliados são: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. O somatório da pontuação resultará no Índice de Apgar e o recém-nascido será classificado como sem asfixia (Apgar 8 a 10), com asfixia leve (Apgar 5 a 7), com asfixia moderada (Apgar 3 a 4) e com asfixia grave: Apgar zero a dois (BRASIL, 1994).

No momento do nascimento, este índice é útil como parâmetro para avaliar as condições do recém-nascido e orientar nas medidas a serem tomadas quando necessárias. As notas obtidas nos primeiro e quinto minutos são registradas no 'Cartão da Criança' (OLIVEIRA FILHO, 2001).

Os recém-nascidos desta pesquisa foram avaliados no quinto minutos de vida e o índice de Apgar em 274 (93,52%) foi ≥ 7 . Entretanto, 19 (6,48%) adolescentes de 15 a 19 anos tiveram crianças com Índice de Apgar < 7 (TABELA 21). Vale salientar que nenhum dos filhos das 17 mães de 13 a 14 ano apresentou sofrimento fetal ao nascer.

Estes dados divergem dos resultados apresentados em estudo comparativo entre gestantes adolescentes - grupo I, de 10 a 14, grupo II, de 15 a 19, e grupo III, com gestantes adultas de 20 a 35 anos, revelando haver maior risco de filhos de mães adolescentes menores de 14 anos apresentarem graus de vitalidade mais baixos quando comparados às adolescentes entre 15 e 19 anos e às adultas. (LIZARELLI *et al.*, 2008).

Acredita-se que as divergências entre os achados desta e os de outras pesquisas refletem as múltiplas realidades sociais encontradas nas diferentes regiões de um país de dimensões continentais como o Brasil.

TABELA 21 – Distribuição dos recém-nascidos de adolescentes puérperas de acordo com o índice de Apgar no quinto minuto de vida, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Idade da Mãe	Total	Sofrimento fetal (Apgar <7)				Valor-p
		Apgar <7		Apgar ≥ 7		
		N	%	N	%	
Idade da Mãe (Anos):						
13 a 14	17	0	0,00	17	100,00	0,305
15 a 19	293	19	6,48	274	93,52	

Fonte: pesquisa direta, 2011.

O percentual de baixo peso ao nascer (BPN) serve como preditor da sobrevivência infantil, uma vez que quanto menor o peso ao nascer maior é a probabilidade de morte precoce (COSTA; HEILBORN, 2006).

Quanto à relação da adequação do peso à idade gestacional, os dados desta pesquisa mostram que em 47,06% das adolescentes puérperas na faixa etária de 13 a 14 anos os filhos nasceram pequenos para idade gestacional (PIG), contra apenas 7,51% das mães de 15 a 19 anos (TABELA 22).

Na sequência, 91,13% dos recém-nascidos das mães de 15 a 19 anos e 52,94% das de 13 a 14 anos, apresentaram peso adequado para a idade gestacional (AIG), e em quatro casos (1,36%) os filhos nasceram grandes para idade gestacional (GIG), todos de adolescente na faixa etária de 15 a 19 anos.

Estes números revelam uma maior probabilidade de nascerem pequenos para idade gestacional (PIG) os filhos de mães com idades até 14 anos, confirmando tendência da literatura. Em uma análise comparativa do percentual de baixo peso ao nascer entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 anos, de 15 a 19 anos e as acima de 19 anos, onde as autoras encontraram valores de BPN maiores entre as crianças nascidas de mães menores de 15 anos, atingindo 17,80% dos nascidos vivos. Entre filhos de mulheres na faixa de 15 a 19 anos e acima de 19 anos, os valores foram, respectivamente, de 12,90% e de 10,70% (COSTA; HEILBORN, 2006).

Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão geralmente associadas a uma série de fatores, como idade gestacional, atenção ao pré-natal, e características maternas como idade da mãe, condição de saúde, nutrição, nível socioeconômico, etc. (MCAULIFFE; CORREIA, 1999. HORTA *et al.*, 1996. BARBOSA, 1999. COSTA *et al.*, 2006).

Outro estudo constatou que crianças com baixo peso ao nascer ($1500 \leq x \leq 2499$) apresentam risco três vezes maior de atrasos no desenvolvimento do que as que nasceram com peso normal, igual ou superior a 2.500g ($p < 0,001$), salientando o autor que as crianças que tinham maior probabilidade de apresentar atraso em seu desenvolvimento eram as mais pobres, com mais baixo peso ao nascer e as que apresentaram idade gestacional menor do que 37 semanas (HALPERN *et al.*, 1996).

TABELA 22 – Classificação do peso ao nascer dos filhos de mães adolescentes, HGCC, Fortaleza-CE, maio / agosto / 2011.

Idade da Mãe	Total	Peso ao nascer						Valor-p
		PIG		AIG		GIG		
		N	%	N	%	N	%	
Idade da Mãe (Anos):								
13 a 14	17	8	47,06	9	52,94	0	0	0,072
15 a 19	293	22	7,51	267	91,13	4...	1,36	

Fonte: pesquisa direta, 2011.

PIG - Pequeno para a idade gestacional; **AIG** - Adequado para a idade gestacional; **GIG** - Grande para a idade gestacional

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Dos resultados deste estudo, conclui-se que o perfil epidemiológico das grávidas adolescentes que procuraram assistência obstétrica no HGCC, no período de maio a agosto de 2011 está em consonância com os dados da literatura, exceto pela assistência pré-natal verificada na maioria das adolescentes puérperas pesquisadas, pela menor incidência de prematuridade, menor taxa de baixo peso ao nascer e dos maiores escores de Apgar do quinto minuto nos recém-nascidos.

Encontrou-se 17 adolescentes com idades entre 13 e 14 anos (5,48%), e 299 na faixa etária de 15 a 19 anos (94,52%). 55,16% delas moravam em Fortaleza, 24,52% na Região Metropolitana e 20,32% eram oriundas do interior do Estado do Ceará, com 55,81% declarando-se católicas. Apenas 20,64% das entrevistadas estudaram até o nível médio, e a escolaridade predominante foi o ensino fundamental II (53,23%), com 26,13% cursado só o ensino fundamental I, e 93,23% das jovens informaram não fumar.

Quanto aos aspectos reprodutivos, 44,52% tiveram a menarca dos 11 aos 12 anos, com uma média de 12,44 ($\pm 1,4$) anos, iniciaram a vida sexual com média de idade de 14,50 ($\pm 1,6$) e tiveram em média dois parceiros desde a primeira relação sexual. O método contraceptivo mais utilizado foi o anticoncepcional hormonal oral (76,26%), seguido do injetável em 12,95% e da camisinha em 8,63%. Embora se tenha atualmente um maior acesso às informações, 55,16% das adolescentes entrevistadas não haviam feito uso de nenhum método contraceptivo.

Das adolescentes puérperas deste estudo, 78,71% estavam na sua primeira gravidez. A maioria teve assistência pré-natal (97,42%), sendo que 62,91% iniciaram o atendimento no primeiro trimestre da gravidez e 55,3% compareceram a seis ou mais consultas. Tiveram quase a mesma taxa de parto cesariano (47,42%) e normal (45,16%), com 71,94% das gestações a termo, e 9,68% dos recém-nascidos apresentaram baixo peso ao nascer, e 6,13% tiveram Apgar menor que sete escores no quinto minuto, enquanto nenhum nascido de mães de 13 a 14 anos

apresentou sofrimento fetal, divergindo da literatura. Das complicações na gravidez citadas pelas entrevistadas, a infecção urinária foi predominante em 39,07%, seguida da prematuridade (31,18) e da pré-eclâmpsia em 14,24%.

Há necessidade de mais pesquisas que validem o puerpério como momento oportuno para a intervenção educativa nas adolescentes sobre contracepção. No entanto, as reflexões emergentes deste estudo levam a perceber o quanto é salutar encaminhar estas mães adolescentes para um serviço de referência em planejamento familiar. Esses serviços devem oferecer informações sobre os métodos contraceptivos, de forma clara, simples e direta, abordando os tipos disponíveis e orientando o adolescente sobre o mais adequado para cada situação, o modo de uso e como adquiri-los regularmente.

PROPOSIÇÕES

7 PROPOSIÇÕES

Ao considerar que a integralidade da atenção ao adolescente não se faz em um único lugar e nem por uma só pessoa, mas é um trabalho a ser desenvolvido pelas redes de saúde interligadas e referenciadas entre si, e que há uma necessidade da junção das forças de trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, para uma eficaz, efetiva e eficiente assistência à saúde, com profissionais capacitados, motivados e sensibilizados para as prioridades e peculiaridades do atendimento a esses jovens, fazem-se as seguintes proposições:

- Investimento nos serviços de referência na assistência ao adolescente, com equipes multidisciplinares e interdisciplinares, aptas a acolher e orientar os adolescentes com vida sexual ativa, capazes de proporcionar uma adequada prevenção da gravidez precoce e da DST.

- Capacitação dos profissionais de saúde, para que em qualquer atendimento que se faça, qualquer que seja a queixa de saúde, os adolescentes com vida sexualmente ativa sejam encaminhados para um dos serviços de referência em Planejamento Familiar.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALEGRIA, F. V. L.; SCHOR, N.; SIQUEIRA, A. A. F. **Gravidez na adolescência: estudo comparativo**. Revista de Saúde Pública, v. 23, n. 6 São Paulo: 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101989000600005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2012.
- ANDALRAFT NETO, J. Comportamento sexual na Adolescência – o papel da anticoncepção de emergência. **Jornal da SOGIA**, v. 4, n. 6, jan./fev./mar. 2003.
- ANDALRAFT NETO, J.; ANDALRAFT, C. C. M. Indicações de uso de contraceptivos hormonais em adolescentes segundo critérios de elegibilidade da OMS. **Rev SOGIA**., v. 8, n. 4, p. 9-12, 2007.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 7 ed., São Paulo: Atlas, 2006.
- BALLONE, G. J. Depressão na Adolescência. In: **PsiquWeb psiquiatria geral**. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc2html>, acesso em: 12 dez. 2010.
- BARNET, B.; ARROYO, C.; DEVOE, M.; DUGGAN, A. K. **Reduced school dropout rates among adolescent mothers receiving school-based prenatal care**. Arch. Pediatr. Adolesc. Med.: 2004. Disponível em: <<http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/158/3/262.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2012.
- BARROS, S. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.
- BATTAGLIA, F.; LUBCHENCO, L. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. **J. Pediat.**, v. 71, p. 159-63, 1971.
- BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil)/DHS (Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde Macro International Inc.), 1997. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde: Brasil, 1996**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.
- BENNETT, T.; SKATRUD, J. D.; GUILD, P.; LODA, F.; KLERMAN, L. V. **Rural adolescent pregnancy: a view from the South**. Fam. Plann. Perspect. 1997. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2925697.html>>. Acesso em: 26 mar. 2012.
- BERLOFI, L. M.; ALKMIN, E. L. C.; BARBIER, M.; GUAZZELL, C. A. F.; ARAÚJO, F. **Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes**. Acta Paulista de

Enfermagem v. 19, n. 2, p. 196-200, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a11v19n2>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

BORBA, F.S. (Org.). **Dicionário UNESP do português contemporâneo**. São Paulo: UNESP, 2004.

BRASIL. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: MS, 2005.

_____. **Adolescentes, saúde sexual, saúde reprodutiva**. Dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004.

_____. **Censo demográfico**, 2000. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/pop_Censo2000.pdf>. Acesso em: 14 set. 2010.

_____. **Censo demográfico**, 2010. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>>. Acesso em: 24 mar. 2012.

_____. **Código civil e legislação civil em vigor**. 22 ed., São Paulo: Saraiva, 2003.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Avaliação de tecnologias em saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. **Rev. Saúde Públ.**, v.40, n.4, p.743-747, 2006.

_____. ECA. Estatuto da Criança e do Adolescente. **LEI Nº 8.069/90**. Brasília: Senado Federal, 13 de julho de 1990.

_____. **Manual de assistência ao recém-nascido**. 1 ed. Brasília. Secretaria de Assistência à Saúde, 1994.

_____. **Manual do multiplicador: adolescente**. Brasília: MS. 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção integral à saúde da mulher**. Brasília: PAISM, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco**. Manual técnico. 3. ed., Brasília: MS, 2000a.

_____. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente:** diretrizes gerais para atendimento de adolescentes, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, distúrbios da puberdade, desenvolvimento psicológico do adolescente. Brasília: MS - SAS, 1993.

_____. **Parâmetros curriculares nacionais – PCNs. Temas Transversais.** Brasília: MEC, 1997.

_____. **Resolução 196/96.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 10 de outubro de 1996.

_____. **Saúde da adolescente:** Manual de Orientação. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia/Comissão Nacional de Ginecologia Infantojuvenil. Brasília: MS, 2000b.

_____. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira:** construindo uma agenda nacional. Brasília: MS, 1999.

_____. Programa Saúde do Adolescente – PROSAD. **Portaria 980/GM, de 12 dezembro de 1989.** Brasília: MS, 1989.

CALDIZ, L *et al.* Maternidade adolescente em Bariloche (Argentina) IN: COSTA, A. C. e AMADO, T (org.). **Alternativas escassas:** saúde sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo: FCC. Editora 34, 1994.

CÂMARA, M. F. B., MEDEIROS M., BARBOSA M. A. Fatores socioculturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet] 2000; 2(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Cesarea.html>. Acesso em: 21 jan. 2012.

CAMARANO, A.A. Fecundidade e anticonceptivo na população de 15 a 19 anos. In: **Seminário gravidez na adolescência**, 1998, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Family Health. Internacional/Associação Saúde Família, 1998. p.35-54.

CAMPOS, D.M.S. **Psicologia da adolescência.** Petrópolis: Vozes, 2005.

CANTONE, A D. **Um estudo sobre aspectos da relação mãe-filha na ocorrência da gravidez na adolescência.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Marcos, São Paulo, 2004.

CARIDADE, A. **Sexualidade:** corpo e metáfora. São Paulo: Iglu, 1997.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Atenção à saúde dos adolescentes e jovens cearenses.** Normas operacionais para as equipes de saúde da família, Fortaleza: SESA, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e do cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.

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**, v.23, n.1, p.177-186, jan. 2007.

CHOMPOOTAWEEP, S.; TANKEYOON, M.; POOMSUWAN, P.; YAMARA, K.; DUSITSIN, N. Age at menarche in Thai girls. **Ann. Hum. Biol.**, v. 24, n. 5, p. 427-433, 1997.

COLLI, A. S. Crescimento e desenvolvimento físico In: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Comissão de Saúde do adolescente. **Adolescência e saúde**. São Paulo: Paris Editorial. 1988. p.43-58.

CONDE, M. V. F.; ARAÚJO-JORGE, T. C. Modelos e concepções de inovação: a transição de paradigmas, a reforma da C&T brasileira e as concepções de gestores de uma instituição pública de pesquisa em saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 8, n. 3, p. 727-741, 2003.

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZAN, J. M.; LAMMERS, C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 192, n. 2, p. 342-349, 2005.

CORDEIRO, T. M. S. C.; BONFIM, A. S. **Fatores de riscos e implicações da gravidez na adolescência**: uma busca nas evidências científicas. Salvador: 2011. Disponível em: <<http://nugsexdiadorim.files.wordpress.com/2011/12/fatores-de-riscos-e-implicac3a7c3b5es-da-gravidez-na-adolesc3aancia-uma-busca-nas-evid3aancias-cient3adificas.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

CORREA, M. G.; COATES, V. **Medicina adolescente**. São Paulo: Sarvier, 1993.

COSTA, M. C. O.; SANTOS, C. A. T.; NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; FREITAS, J. O.; FERREIRA, K. A. S. LEÃO; S. M. A., PAULA, P. L. B. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n. 3, maio/Jun. 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=330936&indexSearch=ID>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

COSTA, N. Políticas públicas de proteção à saúde infantil e materna no Brasil: um olhar especial para os filhos de mães adolescentes. **Jornal do Comércio**. Rio de Janeiro: 6 de setembro de 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/porta_l/index.php?option=com_content&view=article&id=10321&Itemid=75>. Acesso em: 15 mar. 2012.

COSTA, T. J. N. M.; HEILBORN, M. L. Gravidez na adolescência e fatores de risco entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos em Juiz de Fora. **Revista APS**, v. 9, n. 1, p. 29-38, jan. / jun. 2006, Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gravidez.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

COTTON, S.; BERRY, D. Religiosity, spirituality, and adolescent sexuality. **Adolesc Med State Art Rev.**, v. 18, n. 3, p. 471-483, dec. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2917535/>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

DELISE, J.; GOLD, M. The initial adolescent Preventive care visit. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v.51, n.2, p.190-204, 2008.

FAÚNDES, A.; PINOTTI, J. A.; CECATTI, J.G. A operação cesárea como tecnologia para o nascimento: quando ela é apropriada? **Femina**, v.13, n.11, p. 1018-27, nov., 1985.

FERNANDES, L. **50 anos depois, pílula ainda é o anticoncepcional mais usado**. O Globo. Rio de Janeiro: 9 de março de 2012. Disponível em: <<https://mail.google.com/mail/?shva=1#sent/135fa7c914e43815>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FICHERA, M. **Adolescência**: vida sexual é iniciada cada vez mais cedo. Diário do Nordeste. Fortaleza: Cidade, 19/8/2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação dos Nascidos Vivos - SINASC/DATASUS**. Disponível em: <<http://tabnet.sms.fortaleza.ce.gov.br/scripts/tabcgi.exe?nascido.def>>. Acesso: 24 mar. 2012.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim (MG). **Cad. Saúde Públ.** v. 15, n. 2, p. 345-353.

GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C.; THEME FILHA, M.M. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, São Paulo, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2012.

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**, v. 21, p. 1077-1086, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/10.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

HALPERN, R.; BARROS, F. C.; HORTA, B.; VICTORA, C. G.. Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade em uma coorte de base populacional no Sul do Brasil: diferenciais conforme peso ao nascer e renda familiar. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, Supl.1, p. 73-78, 1996.

HALPERN, R.; GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; HORTA, B. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 6, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v41n2/v41n2a13.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 8. ed. Parte I. Petrópolis: Vozes; 1999.

LAMARE, T. In: **Simpósio Internacional do Adolescente**. São Paulo: Ministério da Saúde. 2005.

LEE, J. M. *et al.* Weight status in Young girl and the onset of puberty. **Pediatrics.**, v. 119, n. 3, p. 624-630, 2007. Disponível em: <<http://www.pediatrics.digest.mobi/content/119/3/e624.full>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

LIMA, L.S. **Gravidez na adolescência**: intercorrências e prematuridade. *Rev. Enferm.*, v.2, p.62-66, 2001. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-13.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

LIZARELLI, P. M.; PATTA, M. C.; RODRIGUES, R.; BEREZOWSKI, A.; DUARTE, G. Resultados perinatais e maternos de gestantes adolescentes. **RBM - Revista Brasileira de Medicina**. 2008. Disponível em: <http://www.moreirair.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4010>. Acesso em: 27 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.**, v. 28, n. 8, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v28n8/02.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

MAGUIRE, D. C. **A doutrina católica moderada sobre contracepção e aborto**. Disponível em: <http://www.religiousconsultation.org/doutrina_moderada_Brazil_Portuguese.htm>. Acesso em: 20 jan. 2012.

MANICA, D. T. **Contracepção, natureza e cultura**: embates e sentidos na etnografia de uma trajetória. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Estadual de Campinas, 2009.

MARSHAL, W. A.; TANNER, J. M. Variations in pattern of puberal changes in girls. **Arch. Dis. Child.**, v. 44: p. 291-303. 1969. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2020314/pdf/archdisch01552-0003.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

MARTINS, M. E. P. **Condições de saúde dos lactentes filhos de mães adolescentes**. 2005. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005.

MEDEIROS, L. **Supervisão educacional**: possibilidades e limites. São Paulo: Cortez / Autores Associados, 1985.

MELHADO, A.; SANT'ANNA, M. J. C.; PASSARELLI, M. L. B.; COATES, V. Gravidez na adolescência: apoio integral a gestante e a mãe adolescente como fator de proteção da reincidência. **Adolescência & Saúde**, volume, v. 5, n. 2, jul. 2008. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=61>. Acesso em: 12 dez. 2011.

MONTEIRO, C. F. S.; COSTA, N. S. S.; NASCIMENTO, P. S. V.; AGUIAR, Y. A. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 373-376, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400002>. Acesso em: 26 mar. 2012.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. T. Sistemas de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**, 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 605.

MOTTA, M. E.; SILVA, G. A.; ARAÚJO, O. C.; LIRA, P. I.; LIMA, M. C. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p. 377- 382, set. /out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5/v81n5a07.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

NICHOLS, D.; LADIPO, O. A.; PAXMAN, J. M.; OTOLORIN, E. O. Sexual behavior, contraceptive practice, and reproductive health among Nigerian adolescents. **Studies in Family Planning**, v. 17, p. 100-106, 1986. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/1967070?uid=3737664&uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21100691045321>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

OCAMPO, H. T. **Manual de anticoncepção**. São Paulo: Thesaurus, 1991.

OLINTO, M. T. A.; GALVÃO, L. W. G. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. Centro de Pesquisas Epidemiológicas do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 64-72, fev.1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89101999000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 mar. 2012.

OLIVEIRA FILHO, E. A. **Índice de Apgar**. ABC da Saúde. 2001. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?254>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

OMS. Los problemas de salud y comportamiento de los jóvenes In: **La salud de los jóvenes**: um reto y uma esperanza., v. 120, 1995. p.14-58.

_____. **Documento sobre a tecnologia apropriada ao nascimento**. Fortaleza, 1985.

OMS. **Saúde reprodutiva de adolescente**: uma estratégia para ação. Genebra: 1989.

OPAS. **Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro**. Brasília: MS, 1988.

OPAS/OMS. Salud del Adolescente. Prioridades y Estrategias Nacionales y Regionales. Washington, **Boletín de la Oficina Panamericana**, v. 107, 1989.

OPAS. **La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas**: escribiendo el futuro. Washington. D.C., 1996.

OSELKA, G.; TROSTER, E. J. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 46, n. 4, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302000040024>. Acesso em: 26 mar. 2012.

PANTOJA, A. L. N. “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, suppl.2, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2012.

PARAGUASSÚ, A. C. B.; COSTA, M. C. O.; NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; PATEL, B. N.; FREITAS, J. T.; ARAÚJO, F. P. O. Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia. **Cienc. saúde colet.**, v. 10, n. 2, abr. / jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a15v10n2.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

PELA primeira vez uma mulher é a mais bem colocada no IME. **O Globo**. Rio de Janeiro, 6 de janeiro de 2012. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/vestibular/pela-primeira-vez-uma-mulher-a-mais-bem-colocada-no-ime-3583879>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

PERETTO, M.; LOPES, M. J. M.; SOARES, J. S. F.; SWAROWSKY, G. E. Gravidez na adolescência em oito municípios do RS: perfil de ocorrência e rede de serviços. **Rev. Eletr. Enf.** 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v_13/n4/v13n4a17.htm>. Acesso em: 28 mar. 2012.

PERSONA, L.; SHIMO, A. K. K.; TARALLO, M. C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Rev. Latinoamericana de Enfermagem**, v. 12, n. 5, p. 745-750, set. / out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a07.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

PESQUISA mundial sobre fecundidade: estudo atual e constatações. **Popul. Rep. Ser. M.**, v.3, 1980.

PINTO, E.; SILVA, J.L. Anticoncepção. In: **Adolescência e saúde**: Comissão de Saúde do Adolescente. 2. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1994. p.123-30.

REZENDE, J. **Obstetrícia básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

ROMERO, L. C. **Diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes nas áreas de educação sexual e de prevenção das DST, da AIDS e do uso indevido de drogas**. Brasília: MS, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/21diretrizes_trabalho_crianças.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2010.

ROMERO, M. I.; YETZEN G.; MOLINA, R.; ALARCÓN, G.; GONZÁLEZ, E.; ARESTIZÁBAL, E. *et al.* **Características del primer año de vida de hijos de madres adolescentes**: un estudio descriptivo de seguimiento. **Cuad Med-Soc.**, v. 25, p. 124-129, 1984. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=596&indexSearch=ID>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

SANTOS JÚNIOR, J. D. **Fatores etiológicos relacionados a gravidez na adolescência; vulnerabilidade e maternidade**. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. v.1, p.223-29, 1999. Disponível em: <<http://www.abmp.org.br/textos/370.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

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.**, v.30, n.5, p.224-31, 2008.

SECUNDO, F. F.; MARQUES, M. M. M.; SILVA, A. R. A.; ANDRADE, J. M.; GUEDES, M. I. F. **Toxemia gravídica na adolescência**. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n4/a008.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2012.

SEDENHO, N.; FREITAS, J. A. Fatores que influenciam a ocorrência da menarca. **J. Bras. Ginecol.**, v. 94, n. 8, p. 303-308, 1984. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=goole&base=LIL_ACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22831&indexSearch=ID>. Acesso em: 26 mar. 2012.

SERRA, A. S. L.; ABREU, I. P. H.; LUCAS, M. C. V.; BENEVIDES, M. A. S. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: MS, 2009.

SILBER, T. J. et al. **Manual de medicina de la adolescencia**. Washington D.C., 1992.

SILVA, R. A. **Determinantes psicossociais e culturais da gravidez na adolescência no bairro da Aerolândia, em Fortaleza – Ceará.** Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza. 2003.

SIMÕES, V. M. F.; SILVA, A. A. M.; BETTIOL, H.; LAMY-FILHO, F.; TONIAL, S. R.; MOCHEL, E. G. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev Saúde Pública**, v.37, p.559-565, 2003.

SINGH, S. Adolescent childbearing in developing countries: a global review. **Studies in Family Planning**, v. 29, n. 2, 1998. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/172154?uid=3737664&uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21100690838451>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

SOARES, V. M. N.; SOUZA, K. V.; FREYGANG, T. C. CORREA, V.; SAITO, M. R. **Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 31, n. 11, nov., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009001100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 fev. 2012.

SOUZA, V. L. C.; CORRÊA, M. S. M.; SOUZA, S. L.; BESERRA, M. A. O Aborto Entre Adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.9, n.2, mar./abr. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11513.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

SPEROFF, L.; FRITZ, M. Oral contraception. In: SPEROFF, L.; FRITZ, M. **Clinical gynecologic endocrinology and infertility.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p. 861-942.

TAKIUTI A. **A adolescente está ligeiramente grávida e agora?** São Paulo: Iglu; 1998.

TAQUETTE, S.R. Sobre a gravidez na adolescência. **Revista Adolescência & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 23-26, 2008. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=56>. Acesso em: 19 out. 2011.

UNICEF. **A voz dos adolescentes**, 2002. Disponível em: <<http://www.nicef.org.br/>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

_____. **Adolescentes e jovens do Brasil: Participação Social e Política**, 2007. Disponível em: <<http://www.nicef.org.br/>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

VACCARI, V. L. Gravidez indesejada: muitos aspectos de um mesmo problema. **Revista Top Teen**, Ano III, n. 34, Escala: 1997.

VARELLA, D. **Planejamento familiar.** Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br/ExibirConteudo/557/planejamento-familiar>>. Acesso em: 7 ago. 2010.

VASCONCELOS, C. M., PASCHE, D. F. In: CAMPOS, W. G. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora HUCITEC, p.535-536, 2007.

VIEIRA, M. L. F.; BICALHO, G. G.; SILVA, J. L. C. P.; BARROS FILHO, A. A. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, v.6, n.1, p.136, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822007000400008&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 out. 2011.

WHITAKER, A. K.; GILLIAN, M. **Clin Obstet Gynecol.**, v. 51, n. 2, p. 268-80, Jun. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Contraceptive%20are%20for%20adolescents.%20Whitaker%20AK%2C%20Gilliam%20M.>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

WISNER, A. L. Anthropotechnologie. Palestra feita pelo autor em 25 de maio de 1992, IEA. **Estudos Avançados**, v. 6, n.16, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Meeting on pregnancy and Abortion in adolescence**. Geneva, 1975. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.

YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 8, p. 443-445, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000800001&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 fev. 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

YINGER, N.; SHERBININ, A.; OCHOA L.H. *et al.* **Adolescent sexual activity and childbearing in Latin America and the Caribbean: risks and consequences**. Washington: Population Reference Bureau, 1992.

APÊNDICES

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: **Adolescentes puérperas: perfil e planejamento familiar.**

Pesquisadora responsável: Dra. Gilda Maria Leite Araújo

Caríssima Sra. (Srta.),

Estou realizando uma pesquisa sobre as características das adolescentes que tiveram parto no Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), tendo como objetivo principal avaliar os dados demográficos, sociais e econômicos, tais como idade, estado civil, religião, renda familiar, escolaridade e outros, verificando se existe uma associação entre estes dados e a ocorrência de gravidez na adolescência. Estamos aproveitando a oportunidade para aplicar um Programa de Planejamento Familiar para você que deu à luz neste hospital, cujo objetivo principal é orientá-la sobre os seus direitos de escolher ter ou não os seus filhos, através de uma cartilha de orientação, e mostrar também como ter acesso aos meios, incluindo medicamentos, para evitar uma futura gravidez, se assim você desejar. Esta pesquisa será importante para melhorarmos o atendimento das adolescentes neste hospital e poderá também ajudar os administradores da saúde a elaborar novas políticas para melhorar o atendimento aos adolescentes em nosso Estado.

Quero enfatizar que a sua participação nesta pesquisa e neste Programa de Planejamento Familiar é espontânea e livre. Você poderá optar por não participar a qualquer momento e não terá nenhum prejuízo por isso, não sendo prejudicada a continuidade do seu tratamento. Enfatizo também que os dados desta pesquisa poderão vir a ser publicados em revistas científicas, mas será mantido o sigilo com relação à sua participação, ou seja, você não será identificada como participante do estudo. Declaro também que os dados que estamos colhendo não serão utilizados para outros fins, além dos previstos neste Protocolo. Você poderá ter acesso às informações necessárias durante o decorrer do estudo a qualquer momento, podendo tirar suas dúvidas. Em nenhum momento você terá prejuízo financeiro por participar desta pesquisa.

Em caso de dúvida você poderá entrar em contato com a pesquisadora principal, Dra. Gilda Maria Leite de Araújo, no seguinte endereço: Avenida Imperador nº , centro. Telefone: 08531015347

Ou em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HGCC, no mesmo endereço, ou pelo telefone:

Caso você aceite participar desta pesquisa, por gentileza assine este Termo de Consentimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, após devidamente esclarecida pela pesquisadora e tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____/____/____.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do responsável legal pela menor
(em caso de menor de idade e incapaz civilmente)

Assinatura do responsável pela pesquisa

APENDICE B

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

Este material servirá para nortear a elaboração de um programa de Planejamento Familiar específico para as mulheres adolescentes que deram à luz no HGCC, a ser aplicado dentro da própria enfermaria do pós-parto.

Aplicadores: Estudantes universitários (as) de enfermagem.

ETAPAS DA CAPACITAÇÃO DOS APLICADORES DAS ENTREVISTAS

1. Reunir os aplicadores dos questionários, sensibilizá-los e capacitá-los para a sua aplicação, com uma explicação clara da importância desta pesquisa e da participação dos mesmos como agentes de intervenção na realidade destas adolescentes.
2. Os aplicadores farão as primeiras visitas acompanhadas da pesquisadora e seguirão o seguinte roteiro:
 - a) Ao chegar à enfermaria pós-parto, cumprimentar a adolescente por seu nome, confirmar seus dados escritos no prontuário e informar sobre a pesquisa, perguntando-lhe se aceita participar.
 - b) Caso positivo (aceita participar da pesquisa), entregar-lhe o termo de consentimento livre e esclarecido, e oferecer-se para tirar suas dúvidas sobre o termo.
 - c) O consentimento deve ser assinado após completo entendimento do compromisso nele contido e quando não houver nenhum impedimento legal, nenhum dos empecilhos citados abaixo ou outro imprevisto ainda não citado, que deverá ser anotado no questionário e agendado outro momento para a aplicação do questionário.
 - d) Também deve retornar em outro horário quando a adolescente estiver amamentando, com desconforto de qualquer natureza ou não estiver com o consentimento livre e esclarecido em mãos, assinado por ela ou por seu responsável legal (quando for incapaz legalmente).

- e) Caso esteja já com o termo de consentimento livre e esclarecido assinado, falar claramente em uma linguagem simples e informal e aplicar-lhe as perguntas do questionário em um local privado dentro da própria enfermaria ou em algum lugar do pátio próximo à enfermaria, garantindo-lhe a confidencialidade e os outros compromissos firmados no termo.
- f) Realizar a demonstração das cartilhas sobre Planejamento Familiar e DST, tirando-lhe as dúvidas e disponibilizando o material demonstrativo para que o leve para casa.
- g) Agradecer a participação destas mães e colocar-se à disposição para qualquer esclarecimento posterior.
- h) Fazer todo o possível para preencher todas as informações do questionário. Somente em casos que não for possível, deixar algum dado em branco:
- Se a adolescente não entender a pergunta ou se o entrevistador não entender a resposta, perguntar novamente.
 - Caso a pessoa entrevistada não saiba a resposta (NSR) ou não quiser responder (NQR), colocar ao lado da pergunta uma destas abreviaturas.

Obs.: Depois de preenchidos, os questionários deverão ser entregues à pesquisadora, que fará revisão e análise dos dados para conclusão da pesquisa.

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO

ADOLESCENTES PUÉRPERAS: PERFIL E PLANEJAMENTO FAMILIAR

ENTREVISTA

NÚMERO

DATA __/__/__

Prontuário:_____

NOME_____

A - DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

1. Idade:_____

3. Religião: Católica (...)

Evangélica (...)

Sem religião (...)

outra (...)

4. Procedência: capital Sim (...) Não (...) Qual localidade_____

5. Raça: branca (...) negra (...) outra (...)

6. Fumante: sim (...) não

7- Escolaridade:

7.1- Analfabeto (...) Primário incompleto – Até 3ª. Série Fundamental (...)

7.2- Primário Completo (...) Ginásial Incompleto- Até 4ª. Série Fundamental (...)

7.3- Ginásial Completo (...) Colegial Incompleto- Fundamental completo (...)

7.4 - Colegial Completo (...) Superior Incompleto- Médio completo (...)

7.5 Superior Completo (...)

B - DADOS SEXUAIS- REPRODUTIVOS

8 - Idade que menstruou a primeira vez:_____

9 - Vida sexual: Idade da primeira relação sexual:_____

número de parceiros desde a primeira relação:_____

10- Situação Conjugal: solteira (...) casada (...) união consensual (...) outra (...)

11- Orientação de proteção para gravidez: Sim (...) Quem Orientou_____

12- Usa preservativo em todas as relações sexuais: Sim (...) Não (...)

13- Usava anticoncepcional antes de engravidar: Sim (...) Não (...)

Qual _____

14- Tem ou Teve infecção ginecológica ou DST: Não (...) Sim (...)

Qual _____

15 - Antecedente obstétrico: Gesta (...) Para (...) Aborto espontâneo (...)

Aborto Provocado (...) Aborto Molar (...) ectópica (...)

16- Assistência pré-natal: Sim (...) Não (...)

17- Início da Assistência pré-natal: 1º trimestre - os três primeiros meses (...)

2º trimestre (...) 3º trimestre (...)

18 - Número de consultas no pré-natal: 1(...) 2(...) 3(...) 4(...) 5 (...) 6 ou mais (...)

Qual_____

20- Tipo de parto: normal (...) fórceps (...) cesárea (...) indicação da Cesárea (...)

19 - Complicação na gravidez: hemorragias 2º (...) ou 3º trimestre (...)

infecção do trato urinário (...) Pré-eclâmpsia (...) Prematuridade (...) outra (...)

21- Idade gestacional no parto (...) _____ Semanas (Capurro)

22- Complicações das Intervenções:

Sim (...) Qual _____ Não (...)

C- DADOS REFERENTES AO RECÉM-NASCIDO

23- Recém nascido: A termo (...) prematuro (...) Quantas semanas_____

24-Índice de Apgar do quinto minuto de vida:

 escore de pontos < 7 (...)

 escore de pontos \geq 7 (...)

25-Peso ao nascer_____ PIG (...) AIG (...) GIG (...)

APENDICE D

TABELA 23 – Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao perfil sociodemográfico, HGCC, Fortaleza-CE, maio/agosto/ 2011.

Variáveis Sociodemográficas	N°	%
Idade		
13 a 14 anos	17	5,48
15 a 19 anos	293	94,52
Religião		
Católica	173	55,81
Não católica	137	44,19
Tabagismo		
Sim	17	5,48
Não	289	93,23
Idade primeira menstruação		
9 anos	6	1,93
10 anos	18	5,81
11 anos	49	15,81
12 anos	91	29,35
13 anos	79	25,48
14 anos	43	13,87
15 anos	17	5,48
16 anos	7	2,26
Idade primeira relação sexual		
Até 12 anos	28	9,03
De 13 anos ou mais	275	88,71
Números de parceiros		
1	148	48,21
2	82	26,71
3	46	14,98
4	12	3,91
5 ou mais	19	6,19
Anticoncepção		
Sim	139	44,84
Não	171	55,16
Grau de escolaridade		
Fundamental I	81	26,13
Fundamental II	165	53,23
Ensino médio	64	20,64

TABELA 24 – Distribuição das adolescentes puérperas quanto ao perfil reprodutivo, HGCC, Fortaleza-CE, maio/agosto/ 2011.

Variáveis Reprodutivas	N°	%
Numero de gestações		
1	244	78,71
2	58	18,71
3	8	2,58
Numero de consultas pré-natal		
Até 5	135	44,70
6 ou mais	167	55,30
Idade gestacional no parto (Capurro)		
Pré- Termo	87	28,06
termo	223	71,94
Tipo de parto		
Normal	140	45,16
Fórcipe	23	7,42
Casaria	147	47,42
Hemorragia 2º trimestre		
Sim	18	5,81
Não	292	94,19
Hemorragia 3º trimestre		
Sim	18	5,81
Não	292	94,19
Infecção do trato urinário		
Sim	111	35,81
Não	199	64,19
Pré-eclampsia		
Sim	45	14,52
Não	265	85,48
Prematuridade		
Sim	87	28,06
Não	223	71,94
Índice de Apgar 5min de vida < 7		
Sim	19	6,13
Não	291	93,87
Classificação do peso		
PIG	30	9,68
AIG	276	89,03
GIG	4	1,29

ANEXO A

CARTILHA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais

ANEXO B

PARECER DO COMITÉ DE ÉTICA DO HGCC