

Denise Gonzalez Stellutti de Faria

Perfil de Mães Adolescentes de São José do  
Rio Preto e Cuidados na Assistência Pré-Natal

São José do Rio Preto  
2007

Denise Gonzalez Stellutti de Faria

Perfil de Mães Adolescentes de São José do  
Rio Preto e Cuidados na Assistência Pré-Natal

Dissertação apresentada à Faculdade  
de Medicina de São José do Rio Preto  
para obtenção do Título de Mestre no  
Curso de Pós-graduação em Ciências  
da Saúde, Eixo Temático: Medicina e  
Ciências Correlatas.

**Orientadora: Profa. Dra. Dirce Maria Trevisan Zanetta**

São José do Rio Preto  
2007

Stellutti de Faria, Denise Gonzalez

Perfil de Mães Adolescentes de São José do Rio Preto e cuidados na Assistência Pré-Natal / Denise Gonzalez Stellutti de Faria

São José do Rio Preto, 2007

59 p.;

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Profa. Dra. Dirce Maria Trevisan Zanetta

1. Adolescência; 2. Gravidez; 3. Pré-natal.

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| Dedicatória.....   | i         |
| Agradecimentos Especiais.....  | ii        |
| Agradecimentos .....   | iii       |
| Epígrafe .....   | v         |
| Lista de Tabelas.....  | vi        |
| Lista de Abreviaturas .....  | vii       |
| Resumo.....  | viii      |
| Abstract.....  | x         |
| <b>1. Introdução .....</b>   | <b>01</b> |
| 1.1. Gravidez na Adolescência.....                                     | 02        |
| 1.2. Assistência Pré-natal.....  | 07        |
| 1.3. Objetivo Geral.....   | 10        |
| <b>2. Casuística e Método .....</b>                                    | <b>11</b> |
| 2.1. Casuística .....  | 12        |
| 2.2. Instrumentos Utilizados e Coleta dos Dados.....                   | 12        |
| 2.3. Análise dos Dados .....   | 13        |
| 2.4. Aspectos Éticos.....  | 14        |
| <b>3. Resultados .....</b>   | <b>15</b> |
| 3.1. Características Sócio-Demográficas das Adolescentes.....          | 16        |
| 3.2. Características da Vida Sexual e Reprodutiva das Adolescentes ... | 18        |
| 3.3. Características do Pré-Natal das Adolescentes .....               | 19        |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.4. Orientações Recebidas pelas Adolescentes no Pré-Natal .....  | 20        |
| 3.5. Tipo de Parto e Intercorrências na Gestação das Adolescentes.....  | 21        |
| 3.6. Ocorrência de Prematuridade, Baixo Peso e Índice de Apgar Menor<br>que Oito ao Primeiro e Quinto Minutos de Vida ..... | 23        |
| <b>4. Discussão.....</b>  | <b>25</b> |
| <b>5. Conclusões .....</b>  | <b>33</b> |
| <b>6. Referências Bibliográficas.....</b>   | <b>36</b> |
| <b>7. Apêndices .....</b>   | <b>46</b> |

- ✓ Ao meu pai, Octávio (*in memoriam*), pessoa íntegra e bondosa. De onde estiver sei que está sempre ao meu lado.
  
- ✓ À minha mãe, Lenita, que amo e que sempre esteve a meu lado.
  
- ✓ Ao Roberto (*Mancha*) meu grande amor, companheiro e amigo que sempre incentivou todos os meus sonhos e com cumplicidade compartilha comigo todos os momentos... por ser e estar constantemente presente em minha vida.
  
- ✓ Aos nossos filhos, Larissa e Beto, motivo de toda a minha alegria, por me fazerem sentir extremamente amada, a força do amor de vocês me impulsiona sempre em busca de novos desafios, a sonhar com o futuro, a viver...
  
- ✓ Aos meus irmãos, pelo amor e carinho que nos une.

**Amo vocês.**

## ***Agradecimentos Especiais***

---

- ✓ À Professora Dra. Dirce Maria Trevisan Zanetta, por aceitar me orientar, pela disponibilidade e experiência profissional que me ajudou a enxergar com mais clareza os caminhos a serem percorridos. Minha eterna gratidão.
  
- ✓ À Professora Dra. Zaida Aurora Geraldês Soler pela amizade, carinho e incentivo.
  
- ✓ À querida amiga Marcela por sua valiosa colaboração na digitação do banco de dados e apoio nos momentos mais difíceis, meu carinho e gratidão.

## **Agradecimentos**

---

- ✓ Agradeço a Deus, que é misericordioso! E a sua infinita bondade por ter me amparado, pela direção dos meus passos, pelas oportunidades concedidas.
  
- ✓ À amiga Maria Cláudia Parro pela disponibilidade oferecida nas horas que mais precisei sempre disposta a ouvir e ajudar.
  
- ✓ À amiga Fátima Grisi Kuyumjian pela atenção, apoio e incentivo.
  
- ✓ Aos docentes do curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP e FEC, às amigas Lucilaine, Laís, Elaine, Dalva, Beatriz, Ana Sabino, Vânia Zaqueu, Célia Ramim, Cláudia Cesarino, Maria Rita, Vanda, Simone pela amizade e estímulo oferecidos na elaboração deste trabalho.
  
- ✓ À Professora e amiga Adília na atenção especial pela revisão do português e inglês.
  
- ✓ À amiga Lurdinha Geraldes agradeço pela valiosa ajuda na aula de qualificação.
  
- ✓ Aos funcionários do Hospital de Base, Ielar e Santa Casa de Misericórdia disponibilizando colaboração e informações.

- ✓ Às adolescentes pela atenção, colaboração e pela oportunidade de repensar nossa prática na assistência durante o período pré-natal.
  
- ✓ À Pós-Graduação e em especial aos funcionários José Antonio Silistino, Rosimere Cleide Souza Desidério, Fabiana Cristina Godoy e Guilherme Martins Dias que em todos os momentos se apresentaram com muita atenção e profissionalismo.
  
- ✓ Às bibliotecárias Zélia Cristina Regis e Cláudia Araújo Martins pelo auxílio na correção das referências bibliográficas.
  
- ✓ À Rose Desidério, pela grande contribuição na finalização editorial do texto.
  
- ✓ À todos que contribuíram pela elaboração deste estudo e não foram citados.

“... Você aprende,  
Depois de algum tempo você aprende,  
Que o tempo não é algo que pode voltar para trás, portanto, plante seu jardim e  
decore sua alma ao invés de esperar que alguém lhe traga flores.  
E você aprende que realmente pode suportar. Que realmente é forte e que  
pode ir muito mais longe, depois de pensar que não pode mais.  
E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida.  
Nossas dádivas são traidoras e nos fazem perder o bem que poderíamos  
conquistar se não fosse o medo de tentar.”

**William Shakespeare**

**Lista de Tabelas**

---

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Tabela 1. | Características sócio-demográficas das mães adolescentes no município de São José do Rio Preto (2004).....  | 17 |
| Tabela 2. | Características da vida sexual e reprodutiva das mães adolescentes no município de São José do Rio Preto (2004).....  | 19 |
| Tabela 3. | Características do pré-natal das mães adolescentes no município de São José do Rio Preto (2004).....  | 20 |
| Tabela 4. | Orientações recebidas pelas mães adolescentes no pré-natal no município de São José do Rio Preto (2004).....  | 21 |
| Tabela 5. | Resolução obstétrica das mães adolescentes no município de São José do Rio Preto (2004).....  | 22 |
| Tabela 6. | Intercorrências clínicas das mães adolescentes no município de São José do Rio Preto (2004).....  | 22 |
| Tabela 7. | Recém-nascidos prematuros, com baixo peso e/ou Apgar menor que oito no primeiro ou quinto minutos de vida, filhos das adolescentes no município de São José do Rio Preto (2004).... | 24 |

***Lista de Abreviaturas***

---

|        |  |
|--------|--|
| AIDS   | - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida         |
| CAISM  | - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher   |
| CEP    | - Comitê de Ética em Pesquisa                    |
| CNS    | - Comitê Nacional de Saúde                       |
| DST    | - Doença Sexualmente Transmissível               |
| FAMERP | - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto |
| MAC    | - Método Anticoncepcional                        |
| OMS    | - Organização Mundial de Saúde                   |
| SUS    | - Sistema Único de Saúde                         |

O índice crescente de gravidez na adolescência representa um problema social e de saúde pública para o Brasil, assim como para outros países, devido às repercussões orgânicas, psicológicas e sociais que a gravidez acarreta nesta faixa etária. Estudos têm mostrado que as adolescentes grávidas iniciam o pré-natal mais tardiamente e o fazem em menor número quando comparadas às mulheres de vinte anos ou mais. A qualidade da assistência pré-natal tem influência direta sobre os resultados da gravidez entre adolescentes. Este estudo teve como objetivos: identificar o perfil sócio-demográfico e cuidados na assistência pré-natal de mães adolescentes atendidas pelo SUS; conhecer as características da vida sexual e reprodutiva, identificar as características do pré-natal e tipo de parto, descrever o tipo de orientações recebidas no pré-natal e avaliar os resultados perinatais quanto ao baixo peso, prematuridade e Apgar. Trata-se de um estudo descritivo, em que foram entrevistadas 84 mães adolescentes com parto entre 01/10/2004 a 01/12/2004. Os resultados encontrados foram: 96,4% na faixa etária de 15 a 19 anos; 73,8% viviam com o companheiro; 65% recebiam até três salários mínimos; 79,3% nunca tinham trabalhado; 52,4% estavam matriculadas na escola quando engravidaram. A média de idade da primeira relação sexual foi de 15 anos; 64,3% disseram fazer uso de método contraceptivo; apenas 9,5% usavam quando engravidaram; 100% das adolescentes fizeram pré-natal; 58,5% iniciaram no primeiro trimestre de gravidez; 84,6% fizeram de seis a doze consultas; 83,3% eram primíparas e 83,3% não planejaram a gravidez. Durante a gravidez,

observou-se as seguintes complicações nas mães: 44% de anemia; 35,7% infecção urinária; 14,3% sangramento vaginal; 14,2% pressão alta; 2,4% diabetes gestacional e 1,2% eclampsia. Parto cesárea foi feito em 61,9%. Em relação ao tipo de orientação recebida no pré-natal, 85,7% das adolescentes receberam orientação para não fazer uso de medicação sem ordem médica; 73,8% para não fazer uso de drogas; 72,6% quanto aos prejuízos do fumo e bebida alcoólica; 70,2% em relação ao tipo de alimentação na gestação; 54,8% sobre os cuidados com os dentes; 72,6% sobre os sinais do início do trabalho de parto; 60,7% quanto aos tipos de parto; 76,2% sobre a importância do aleitamento materno; 17,9% quanto ao banho do bebê e 18,3% sobre o curativo do umbigo. Encontrou-se 6% de recém-nascidos de baixo peso; 6% recém-nascidos prematuros; o Apgar foi superior a 8 em 86,9% dos casos no primeiro minuto e 95,1 % no quinto minuto. Neste grupo de adolescentes, assistência pré-natal adequada (início no primeiro trimestre e número mínimo de seis consultas) permitiu bons resultados, apesar da idade das mães estar associada com gravidezes de risco. A porcentagem de complicações no recém-nascido foi baixa.

**Palavras-Chave:** 1. Adolescência; 2. Gravidez; 3. Pré-natal.

The growing index of pregnancy in adolescence represents a social and public health issue for Brazil as well as for other countries, due to the organic, psychological and social consequences that pregnancy accounts for this age group. Studies have been showing that the pregnant adolescents begin prenatal care later, and they receive them in a smaller number when compared to the twenty year-old women or over. The quality of the prenatal influences directly on the results of the pregnancy among adolescents. This study aims to: identify the sociodemographic profile and cares in the prenatal care of adolescent mothers assisted by SUS; know the characteristics of the sexual and reproductive life, identify the characteristics of the prenatal and childbirth type, describe the type of orientations received in the prenatal care and evaluate the perinatal outcome according to low weight, prematurity and Apgar. In this descriptive study, 84 adolescent mothers with childbirth between 01/10/2004 to 01/12/2004 were interviewed. The results were: 96.4% in the age group between 15 to 19 years; 73.8% lived with a partner; 65% received up to three minimum wages; 79.3% had never worked; 52.4% were enrolled at a school when they became pregnant. The mean age of the first sexual relationship was 15 years; 64.3% reported the use of contraceptive method; only 9.5% used it when they became pregnant; 100% of the adolescents received prenatal care; 58.5% began in the first quarter of pregnancy; 84.6% had six to twelve consultations; 83.3% were primiparas and 83.3% had not planned their pregnancy. The following complications were observed during pregnancy in the mothers: 44% anemia; 35.7% urinary infection; 14.3% vaginal bleeding; 14.2%

high blood pressure; 2.4% gestational diabetes and 1.2% eclampsia. Caesarian childbirth was performed in 61.9%. Regarding the orientation type received in the prenatal care; 85.7% of the adolescents received orientation for not taking use of medication without medical prescription; 73.8% for not using drugs; 72.6% the damages of smoking and alcoholic drink; 70.2% in relation to the feeding type in the gestation; 54.8% on the cares with the teeth; 72.6% on the signs of the labor beginning; 60.7% the childbirth types; 76.2% on the importance of the maternal breastfeeding; 17.9% the baby's bath and 18.3% on the umbilical cord. According to the newborns: 6% had low weight; 6% were premature; Apgar was superior to 8 in 86.9% of the cases in the first minute, and 95.1% in the fifth minute. In this group of adolescents, appropriate prenatal care (the beginning in the first quarter and minimum number of six consultations) allowed good results, in spite of the mothers' age to be associated with risk pregnancies. The percentage of complications in the newborns was low.

**Key-Words:** 1. Adolescence; 2. Pregnancy; 3. Prenatal.

## 1. INTRODUÇÃO

---

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Gravidez na Adolescência**

As questões relativas à saúde reprodutiva no Brasil têm despertado interesses de pesquisadores, gestores de saúde e sociedade por se tratar de um tema de grande importância para o planejamento de políticas populacionais e para o desenvolvimento sócio-econômico do país.<sup>(1)</sup>

O índice crescente de gravidez na adolescência representa um problema social e de saúde pública para o Brasil, assim como, para outros países do mundo, devido às repercussões físicas, psicológicas e sociais que a gravidez acarreta nesta faixa etária.<sup>(2,3)</sup>

Conceitua-se adolescência como o período de vida situado entre 10 a 19 anos, subdividido em dois grupos: um que compreende as idades de 10 a 14 anos e outro de 15 a 19 anos, segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde – OMS, 1975.<sup>(4)</sup> É a transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada por um intenso crescimento e desenvolvimento, apresentando transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais.<sup>(5)</sup>

As modificações físicas constituem a parte da adolescência denominada puberdade, caracterizada, principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança corporal, eclosão hormonal, envolvendo hormônios sexuais e evolução da maturidade sexual.<sup>(6)</sup>

Evoluem paralelamente às mudanças corporais, aquelas de ordem psicoemocionais como: abstração e pensamento crítico, independência

emocional, auto conhecimento e permanente curiosidade. Em relação ao adolescente propriamente dito, risco e vulnerabilidade estão muito ligados às características próprias do desenvolvimento psicoemocional dessa fase da vida. A busca pelo novo funciona como um grande desafio, vinculado à onipotência do adolescente que se julga sempre vencedor.

A tendência grupal induz muitos adolescentes a assumirem comportamentos de risco, para os quais não estão preparados como, por exemplo: experimentar drogas e iniciar relacionamento sexual, entre outros.<sup>(6)</sup>

Nesta fase, se misturam ansiedade e desejo de viver tudo rápido e intensamente, não havendo lugar para espera ou julgamento, levando à possibilidade de riscos como: as doenças sexualmente transmissíveis (DST), a AIDS, a gravidez precoce, o aborto que podem comprometer o projeto de vida do adolescente ou até a própria vida.<sup>(7,8)</sup>

Os padrões de atividade sexual e gravidez variam conforme a tradição e a cultura, e a proporção de partos entre mulheres de 10 a 19 anos varia amplamente, segundo o país considerado.<sup>(4)</sup>

Nos Estados Unidos, aproximadamente 19% das mulheres com idade entre 15 a 19 anos têm atividade sexual e engravidam, e 78% dessas gestações não são planejadas, correspondendo a um quarto de todas as gestações consideradas “acidentais” que acontecem anualmente. Estima-se que 30% dessas gestações sejam interrompidas, 14% terminem em abortamento espontâneo e 56% terminem em nascimentos.<sup>(9)</sup>

No Brasil, em 1970, a média de filhos por mulher brasileira era de 5,8 e diminuiu para 2,3 filhos, em 2000. Os principais fatores intervenientes foram:

mudanças no comportamento reprodutivo das mulheres, a crescente participação no mercado de trabalho e uma maior utilização de métodos contraceptivos, causando, cada vez mais, a diminuição no número de filhos. Por outro lado, a população de mulheres adolescentes tem mostrado uma fecundidade diferente dos outros grupos etários femininos.<sup>(1,10)</sup>

Com base nos dados censitários, no período entre 1980 e 2000, constatou-se aumento na porcentagem de filhos de mães com idade entre 15 e 19 anos, no Brasil. Em 1980, a fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos de idade representava 9,1% da fecundidade total do país. Em 2000, esse percentual aumentou para 19,4%.<sup>(1)</sup>

A população de adolescentes estimada para o ano 2000 foi de 36 milhões (10 a 19 anos), representando um quinto da população total, formando a maior coorte de adolescentes de toda a nossa história. Essa população de adolescentes brasileiras é responsável pela ocorrência de 1 milhão de gravidezes por ano e pela realização de 700.000 partos por ano pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, cerca de 80% das internações pelo SUS, em mulheres de 10 a 19 anos são de causas de natureza obstétrica.<sup>(9)</sup>

Dentro do território nacional, a gravidez na adolescência tem ocorrido diferenciadamente pelo espaço geográfico e por grupos sociais, afetando mais as regiões mais pobres, áreas rurais e mulheres com menor escolaridade.<sup>(10)</sup>

Segundo estatísticas do SUS, no ano de 2001, 23,3% do total de partos no Brasil ocorreram em adolescentes até 19 anos, com as maiores taxas concentrando-se nas regiões Norte (30,2%), Nordeste (25,9%), Centro-Oeste (25,4%), com taxas mais baixas nas regiões Sul (21,1%) e Sudeste (19,9%).<sup>(11)</sup>

Quando analisamos os possíveis fatores etiológicos ligados ao incremento da gravidez na adolescência, podemos perceber a complexidade desses fatores, pois os mesmos apontam para a existência de uma rede multicausal, que torna as adolescentes especialmente vulneráveis.<sup>(6)</sup>

Esses fatores podem ser agrupados em fatores biológicos, familiares, sociais e psicológicos. Quanto aos fatores biológicos, a idade em que ocorre a menarca tem se adiantado em torno de quatro meses por década, encontrando-se atualmente, na faixa de 12,5 a 13 anos, em segmentos populacionais economicamente desenvolvidos.<sup>(7,8)</sup>

Ao lado da ocorrência mais cedo da menarca, as adolescentes têm tido sua iniciação sexual, cada vez mais jovem; o que levaria a maior tempo de exposição à concepção, tendo como principal consequência a gravidez nesta fase de vida.<sup>(7)</sup>

Em relação aos fatores de ordem familiar, este contexto apresenta uma relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual. Assim sendo, adolescentes que iniciam vida sexual precocemente ou engravidam nesse período, geralmente vêm de famílias cujas mães também iniciaram sua vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência. O relacionamento entre irmãos também está associado com a atividade sexual: experiências sexuais mais cedo são observadas naqueles adolescentes que têm irmãos com vida sexual ativa.

Os fatores sociais envolvem as atitudes individuais condicionadas tanto pela família quanto pela sociedade. A sociedade tem passado por profundas mudanças em sua estrutura, inclusive aceitando melhor a sexualidade na

adolescência, sexo antes do casamento e também a gravidez. Tabus, inibições e estigmas estão diminuindo e a atividade sexual aumentando.

A imaturidade psicológica inerente ao período da adolescência está vinculada à utilização de métodos contraceptivos, pois o mesmo não ocorre de modo eficaz. A adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária. O encontro sexual é mantido de forma eventual, não justificando, conforme acreditam o uso rotineiro da contracepção; não assumem perante a família a sua sexualidade e a posse do contraceptivo seria a prova formal de vida sexual ativa.<sup>(7)</sup>

A maternidade no início da vida reprodutiva antecipa a maturidade biológica, podendo ocasionar uma série de resultados indesejados ao futuro do casal adolescente e de seus filhos. Os jovens pais têm menor chance de completar sua vida escolar, o que pode levar à redução de oportunidades de trabalho, instabilidade nas relações afetivas familiares e conjugais, entre outras. As conseqüências a curto prazo da gravidez na adolescência estão relacionadas ao período gestacional, parto e pós-parto imediato.<sup>(2)</sup>

A Organização Mundial de Saúde <sup>(12)</sup> considera de alto risco a gravidez entre mulheres de 10 e 19 anos, tanto por ser fator limitante e de impedimento ao desenvolvimento social e educacional, como pela associação à maior morbidade e mortalidade nesta faixa etária.

Prematuridade, baixo peso ao nascer e malformações congênitas do bebê são as intercorrências mais freqüentes neste grupo etário.<sup>(12)</sup>

No Brasil, o Ministério da Saúde reitera essa visão no material destinado aos profissionais de saúde e destaca ser a gravidez nas adolescentes menores

de 15 anos como especialmente preocupante. Segundo o órgão, esse grupo tem de cinco a sete vezes mais probabilidade de morrer durante a gravidez e o parto do que as jovens de 20 a 24 anos, por apresentarem freqüentemente a pélvis demasiado estreita para a passagem do bebê.<sup>(13)</sup>

Entretanto, atualmente não há consenso a respeito do risco biológico em gestantes adolescentes. Alguns acreditam que os riscos das gestantes são semelhantes aos encontrados nas gestações normais, quando assistidas adequadamente. Segundo Pinto e Silva,<sup>(14)</sup> do ponto de vista médico há diferenças mínimas entre o desempenho obstétrico de adolescentes e mulheres de 20 a 29 anos de idade; faixa etária considerada ideal para a gravidez e o parto.

Da mesma maneira Vitiello,<sup>(15)</sup> conclui que as patologias clínicas encontradas em gestantes e parturientes adolescentes não diferem significativamente das mulheres adultas. O mesmo autor acredita que o problema obstétrico estaria vinculado à primeira gestação, acrescida dos problemas emocionais, sociais e econômicos. O temor em assumir a gravidez seria o motivo para afastar a adolescente da assistência pré-natal, e a falta dessa assistência seria a causa da maior freqüência de complicações clínicas e obstétricas apresentadas.<sup>(15)</sup>

## **1.2. Assistência Pré-Natal**

A assistência ao pré-natal é reconhecida como uma das medidas preventivas de maior importância para a garantia de boas condições de saúde

da mãe e do bebê. Tem como um dos principais objetivos monitorar a mulher no período gestacional, reduzindo os riscos da morbidade materna e infantil e a incidência de prematuridade e morbidade pré-natal.<sup>(9,16)</sup>

Belfort<sup>(16)</sup> descreve ainda que a assistência pré-natal tem como objetivos, além do diagnóstico e tratamento de patologias próprias da gravidez, a orientação de hábitos de vida e dieta, atividades físicas, vestuário, esportes, proporcionar assistência psicológica, ajudando a resolver conflitos e problemas, preparação para a maternidade, tanto no sentido de formação para o parto, como ensinando noções de puericultura.

Quanto mais precoce o início da assistência pré-natal, melhores os resultados. Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda o mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre de gravidez, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Nos casos de gravidez de risco, as consultas devem ocorrer com maior frequência.<sup>(17)</sup>

Dentre as grávidas, é nas adolescentes que os prejuízos de uma atenção precária à gestação se mostram mais intensos, revelando a importância de uma atenção integral durante a fase gestacional.<sup>(18)</sup>

Recomenda-se que a assistência pré-natal da adolescente, seja realizada por equipe multiprofissional, constituída preferencialmente por obstetra, enfermeiro, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta, cujo papel será ajudar a adolescente a se preparar para a maternidade.<sup>(9,19)</sup>

Embora a maioria dos problemas biológicos da gravidez possam ser prevenidos por um pré-natal adequado, sabe-se que muito freqüentemente as

adolescentes não conseguem realizá-lo, por várias razões, quer sejam relacionadas à própria adolescente, à sua família ou aos serviços de saúde.<sup>(9,20,22)</sup>

Por outro lado, a assistência adequada à gravidez e ao parto pode exercer impacto positivo sobre o resultado materno e perinatal, anulando-se eventualmente as desvantagens típicas da idade.<sup>(9,23)</sup>

Estudos têm demonstrado que as adolescentes grávidas iniciam o acompanhamento pré-natal mais tardiamente e o fazem em menor número de consultas, quando comparadas às mulheres de vinte anos ou mais.<sup>(20,23)</sup>

Cavalcanti *et al.*<sup>(24)</sup> comentam que não cabe ao profissional emitir julgamentos morais sobre a conduta da adolescente e sim atendê-la em suas necessidades, pois essa atitude pode impedir o atendimento adequado e distanciar a adolescente do pré-natal. Reforça ainda que é preciso vencer preconceitos, entender que a adolescente vive uma fase de experimentações e, é papel do profissional compreender não apenas o fato da gestação na adolescência e sim o processo como um todo.

Conhecer a dimensão do problema de acordo com cada região possibilita a adoção de estratégias que minimizem as repercussões desfavoráveis da gravidez na adolescência e, sobretudo, direcionem as ações preventivas relacionadas ao grupo mais vulnerável para engravidar.

Nessa perspectiva, este trabalho foi realizado para descrever o perfil sócio-demográfico de mães adolescentes atendidas pelo Sistema Único de Saúde no município de São José do Rio Preto, conhecer a contracepção e descrever o tipo de orientações recebidas no pré-natal.

### **1.3. Objetivo**

#### **1.3.1. Geral**

Identificar o perfil sócio-demográfico e cuidados na assistência pré-natal de mães adolescentes atendidas pelo Sistema Único de Saúde, no município de São José do Rio Preto no período de 01 de outubro a 01 de dezembro de 2004, considerando as seguintes variáveis:

- perfil sócio-demográfico;
- características da vida sexual e reprodutiva;
- características do pré-natal, intercorrências e o tipo de parto;
- tipo de orientações recebidas no pré-natal;
- frequência de baixo peso, prematuridade e Apgar menor que oito no primeiro e quinto minutos de vida dos recém-nascidos das mães adolescentes.

## 2. CASUÍSTICA E MÉTODO

---

## **2. CASUÍSTICA E MÉTODO**

### **2.1. Casuística**

Trata-se de um estudo descritivo, em que foram entrevistadas 84 mães de 10 – 19 anos moradoras de São José do Rio Preto, que tiveram filhos no período de 01 de outubro a 01 de dezembro de 2004, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo foi realizado nos três hospitais com maior atendimento pelo SUS no município: Hospital de Base, Ielar e Santa Casa de Misericórdia.

### **2.2. Instrumentos Utilizados e Coleta dos Dados**

Para a obtenção das informações do estudo foi elaborado um questionário para entrevista, com questões semi-abertas e fechadas, de forma a caracterizar as mães adolescentes atendidas pelo SUS.

A entrevista foi feita após o parto, por 3 entrevistadores previamente treinados. O questionário tinha perguntas para medir as seguintes variáveis:

**a) características sócio-demográficas:** idade (anos completos), situação conjugal (condição de ter ou não companheiro), renda familiar (salários mínimos), situação ocupacional (trabalhava quando engravidou), situação escolar (estudava quando engravidou);

**b) características da vida sexual e reprodutiva:** início da vida sexual (anos completos) uso de contraceptivo (sim ou não), tipo de contraceptivo utilizado (tabelinha, coito interrompido, pílula anticoncepcional, DIU, diafragma,

preservativo masculino), planejamento da gravidez (sim ou não), paridade (quantas vezes engravidaram);

**c) características do pré-natal:** início do pré-natal (semanas de gestação), número de consultas realizadas, tipo de parto (cesárea, vaginal), participação em grupo de gestantes (sim ou não);

**d) orientações recebidas no pré-natal:** uso de medicação sem orientação médica, uso de drogas durante a gestação, prejuízos do fumo e de bebida alcoólica na gestação, cuidados com os dentes na gestação, tipo de alimentação na gestação, sinais do início do trabalho de parto, tipos de parto, importância do aleitamento materno, orientação sobre banho do bebê e curativo do umbigo;

**e) características dos recém-nascidos:** peso ao nascimento, idade gestacional ao nascimento, Apgar ao nascimento.

Os questionários foram revisados para verificação do preenchimento e legibilidade das informações. As respostas às perguntas semi-abertas foram codificadas e os dados digitados em planilha para posterior análise.

### **2.3. Análise dos Dados**

Os resultados obtidos estão expressos em média e desvio padrão, mediana e faixa de variação dos dados ou porcentagem, conforme considerado na avaliação estatística.

#### **2.4. Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (CEP/FAMERP), preservando-se os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução CNS 196/96.

As participantes, ou seu responsável, quando menores de idade, assinaram o Termo de Consentimento Pós-Informado, quando consentiram em participar, após esclarecidas sobre a pesquisa.

### 3. RESULTADOS

---

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1. Características Sócio-Demográficas das Adolescentes**

No período avaliado, 114 mães adolescentes tiveram filhos nos hospitais de estudo, pelo SUS. Houve 30 perdas (de 11 menores não foi possível obter o consentimento do responsável e 19 não puderam ser contatadas) ficando a amostra definida em 84 (73,6%) que consentiram em participaram do estudo.

Na Tabela 1, são apresentados os dados sócio-demográficos das adolescentes. A mediana de idade das adolescentes estudadas foi de 18 anos (com idade mínima de 13 e máxima de 19 anos). Três entrevistadas tinham menos de 15 anos e a mais jovem tinha 13 anos.

Os parceiros tinham mediana de idade maior que a das adolescentes (mediana de 22 anos, o mais novo tinha 16 anos e o mais velho 43 anos). A maioria das adolescentes tinha companheiro, vivia com ele e tinha renda familiar de até 3 salários mínimos. Apenas 21% das adolescentes estavam trabalhando quando engravidaram e a maioria delas 61,9% relatou que nunca tinha trabalhado. Dentre as que trabalhavam, as ocupações mais freqüentes foram: empregada doméstica (25%) e vendedora (18,7%). A gravidez foi motivo para parar de trabalhar em 72, % delas e a intenção de voltar a trabalhar foi relatada por todas.

Cerca da metade das adolescentes estudava quando engravidou. Destas, a gravidez foi causa de abandono dos estudos para 75,0 %, sendo que 63,6% pararam de estudar no primeiro trimestre de gravidez.

Tabela 1. Características sócio-demográficas das adolescentes no município de São José do Rio Preto (2004).

| Variáveis                                    | N= 84     | %           |
|--|-----------|-------------|
| <b>Faixa etária (anos)</b>                   |           |             |
| 10 a 14                                      | 3         | 3,6         |
| 15 a 17                                      | 30        | 35,7        |
| 18 a 19                                      | <b>51</b> | <b>60,7</b> |
| <b>Idade dos parceiros (anos)</b>            |           |             |
| 16 a 19                                      | 16        | 19,0        |
| 20 a 25                                      | <b>52</b> | <b>62,0</b> |
| 26 ou mais                                   | 16        | 19,0        |
| <b>Situação Conjugal</b>                     |           |             |
| Mora com companheiro                         | <b>62</b> | <b>73,8</b> |
| Não mora com companheiro                     | 7         | 8,3         |
| Não tem companheiro                          | 15        | 17,9        |
| <b>Renda Familiar (em salários mínimos)*</b> |           |             |
| Até 3  | <b>54</b> | <b>65,1</b> |
| 3 a 10                                       | 26        | 31,3        |
| >10  | 3         | 3,6         |
| <b>Situação Ocupacional</b>                  |           |             |
| Nunca trabalhou                              | <b>52</b> | <b>61,9</b> |
| Trabalhava quando engravidou                 | 18        | 21,4        |
| Não trabalhava quando engravidou             | 14        | 16,7        |
| <b>Situação Escolar</b>                      |           |             |
| Estudava quando engravidou                   | <b>44</b> | <b>52,4</b> |
| Não estudava quando engravidou               | 40        | 47,6        |

\*1 não respondeu a esta pergunta.

### **3.2. Características da Vida Sexual e Reprodutiva das Adolescentes**

Os dados das características da vida sexual e reprodutiva das adolescentes são mostrados na Tabela 2. A média de idade da primeira relação sexual das adolescentes foi de 15,0 (DP=1,58) anos, sendo que sete jovens que tiveram a primeira relação mais precocemente referiram que esta ocorreu aos doze anos. Quanto ao uso de contraceptivo, embora cerca de dois terços afirmassem fazer uso de algum método anticoncepcional (MAC), apenas 9,5% relataram estar usando MAC quando engravidaram. Os métodos mais utilizados pelas adolescentes foram o anticoncepcional oral 22 (30,1%) e o preservativo masculino 20 (27,4%). A gravidez foi planejada por apenas 16,7% das adolescentes e 10,7% pensaram em aborto ao saber da gravidez. A maioria (96,4%) das adolescentes pôde contar com o apoio da família e 82,1% do companheiro.

Em relação ao número de gestações, apesar da faixa etária estudada, para 11,9% das adolescentes já era a segunda gravidez, para 3,6% a terceira e para 1,2% era a quarta gravidez.

Quanto às ocorrências de abortos, encontrou-se neste estudo que 6% das adolescentes apresentaram pelo menos um aborto prévio.

Tabela 2. Características da vida sexual e reprodutiva das adolescentes no município de São José do Rio Preto (2004).

| Variáveis                                     | (N = 84)  | %           |
|---|-----------|-------------|
| <b>Início da vida sexual (anos)*</b>          |           |             |
| 12 – 14                                       | 30        | 36,1        |
| 15 – 18                                       | <b>53</b> | <b>63,9</b> |
| <b>Uso de contraceptivo</b>                   |           |             |
| Sim   | <b>54</b> | <b>64,3</b> |
| Não   | 30        | 35,7        |
| <b>Uso de contraceptivo quando engravidou</b> | 8         | 9,5         |
| <b>Planejamento da gravidez</b>               |           |             |
| Sim   | 14        | 16,7        |
| Não   | <b>70</b> | <b>83,3</b> |
| <b>Número de Gestações</b>                    |           |             |
| Primigesta                                    | <b>70</b> | <b>83,3</b> |
| Secundigesta                                  | 10        | 11,9        |
| Tercigesta                                    | 3         | 3,6         |
| Quartigesta                                   | 1         | 1,2         |
| <b>Aborto Prévio</b>                          |           |             |
| Sim   | 5         | 6,0         |
| Não   | <b>78</b> | <b>92,8</b> |

\*1 não respondeu a esta pergunta.

### 3.2. Características do Pré-Natal das Adolescentes

Observou-se neste estudo que todas as adolescentes fizeram acompanhamento pré-natal, sendo que a maioria (58,5%) referiu ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. Somente 4,9% iniciaram no terceiro trimestre, conforme podemos observar na Tabela 3.

Em relação ao número de consultas de pré-natal realizadas, 84,6% fizeram pelo menos seis consultas. A maioria 67,9% das adolescentes foi atendida pelo mesmo médico e apenas 1,2% das adolescentes relataram ser atendidas pela mesma enfermeira.

Apenas 39,3% das adolescentes participaram de grupos de gestantes.

Tabela 3. Características do pré-natal das adolescentes no município de São José do Rio Preto (2004).

| Variáveis                          | N=84      | %           |
|------------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Início do pré-natal*</b>        |           |             |
| 1º Trimestre                       | <b>48</b> | <b>58,5</b> |
| 2º Trimestre                       | 30        | 36,6        |
| 3º Trimestre                       | 4         | 4,9         |
| <b>Número de consultas**</b>       |           |             |
| Até 5 consultas                    | 12        | 15,4        |
| 6 a 12                             | <b>66</b> | <b>84,6</b> |
| <b>Participação grupo gestante</b> |           |             |
| Sim                                | 33        | 39,3        |
| Não                                | <b>51</b> | <b>60,7</b> |

\* 2 adolescentes não souberam responder a esta pergunta

\*\* 6 adolescentes não souberam responder a esta pergunta

### 3.3. Orientações Recebidas pelas Adolescentes no Pré-Natal

Em relação ao tipo de orientação recebida no pré-natal (Tabela 4), observou-se que a maioria recebeu orientação para não fazer uso de medicação sem orientação médica, não fazer uso de drogas, fumo e bebidas alcoólicas, sobre o tipo de alimentação na gestação, cuidados com os dentes e os sinais do início do trabalho de parto e seus tipos, assim como, sobre a

importância do aleitamento materno. Entretanto, pequena parcela foi orientada sobre o banho (15-17,9%) e o curativo umbilical (15-18,3%).

Tabela 4. Orientações recebidas pelas mães adolescentes no pré-natal no município de São José do Rio Preto (2004).

| Orientações recebidas no pré-natal                  | Orientada |             |
|---|-----------|-------------|
|   | N         | %           |
| Não fazer uso de medicações sem orientação médica   | 72        | 85,7        |
| Não fazer uso de drogas durante a gestação          | 62        | 73,8        |
| Prejuízos do fumo e de bebida alcoólica na gestação | 61        | 72,6        |
| Tipo de alimentação                                 | 59        | 70,2        |
| Cuidados com dentes                                 | 46        | 54,8        |
| Sinais do início do trabalho de parto               | 61        | 72,6        |
| Tipos de parto                                      | 51        | 60,7        |
| Importância do aleitamento materno                  | 64        | 76,2        |
| Orientação banho do bebê                            | <b>15</b> | <b>17,9</b> |
| Orientação curativo do coto umbilical*              | <b>15</b> | <b>18,3</b> |

\* 82 respostas para esta pergunta

### 3.4. Tipo de Parto e Intercorrências na Gestação das Adolescentes

No que se refere à resolução obstétrica, houve predomínio de parto cesárea (61,9%), conforme mostrado na Tabela 5.

Tabela 5. Resolução obstétrica das adolescentes no município de São José do Rio Preto (2004).

| <b>Tipo Parto</b> | <b>N</b>  | <b>%</b>    |
|-------------------|-----------|-------------|
| Cesárea           | <b>52</b> | <b>63,1</b> |
| Vaginal           | 32        | 36,9        |

As intercorrências clínicas foram: anemia (44%), infecção urinária (35,7%), sangramento vaginal (14,3%), pressão alta (14,2%), diabetes gestacional (2,4%) e (1,2%) eclâmpsia. Necessitaram de internação durante a gravidez por causa destas intercorrências 35,7% das adolescentes.

Tabela 6. Intercorrências clínicas durante a gestação das adolescentes no município de São José do Rio Preto (2004).

| <b>Intercorrências clínicas</b> | <b>N</b>  | <b>%</b>    |
|---------------------------------|-----------|-------------|
| Anemia                          | <b>52</b> | <b>44,0</b> |
| ITU                             | <b>42</b> | <b>35,7</b> |
| Sangramento                     | 17        | 14,3        |
| Pressão Alta                    | 16        | 14,2        |
| DG                              | 2         | 2,4         |
| Eclâmpsia                       | 1         | 1,2         |

### **3.5. Ocorrência de Prematuridade, Baixo Peso e Índice de Apgar**

#### **Menor que Oito ao Primeiro e Quinto Minutos de Vida**

Houve poucos casos de recém-nascidos prematuros (6%) e com baixo peso ao nascer (6%), conforme mostrado na Tabela 6. Todas as mães que tiveram filhos prematuros e/ou com baixo peso tinham 17 anos ou mais. O Apgar foi superior a 8 em 86,9% dos casos no primeiro minuto e 95,1 % no quinto minuto de vida. Apenas dois recém-nascidos com Apgar inferior a 8 no primeiro minuto eram de mães com 16 anos.

Das cinco adolescentes que tiveram bebês com baixo peso, duas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez, três no segundo trimestre, e apenas duas fizeram seis ou mais consultas de pré-natal.

Dentre as mães adolescentes que tiveram bebês prematuros, duas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, três no segundo trimestre de gravidez e apenas uma fez mais de seis consultas.

Em relação ao Apgar menor que oito no primeiro minuto de vida, seis mães iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez, três no segundo trimestre, uma no terceiro trimestre e uma adolescente não soube informar. Sete adolescentes fizeram mais de seis consultas de pré-natal. As duas mães que tiveram bebês com Apgar menor que oito no quinto minuto de vida fizeram menos de seis consultas.

Tabela 7. Recém-nascidos prematuros, com baixo peso e/ou Apgar menor que oito no primeiro ou quinto minutos de vida, filhos das adolescentes no município de São José do Rio Preto (2004).

| Idade das mães (anos) | Início PN Sem. Gest. | Nº Consultas | IG ao Nasc. Sem. | Peso Nasc. (gr). | Apgar 1º Minuto | Apgar 5º minuto |
|-----------------------|----------------------|--------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| 19                    | 4                    | 10           | <b>36</b>        | 3310             | 9               | 10              |
| 18                    | 8                    | 4            | 39               | 3630             | <b>6</b>        | 9               |
| 18                    | 8                    | 6            | 38               | <b>2420</b>      | 9               | 10              |
| 16                    | 8                    | 10           | 39               | 2870             | <b>5</b>        | 9               |
| 19                    | 10                   | 10           | 39               | 3420             | <b>6</b>        | 9               |
| 17                    | 10                   | 4            | <b>24</b>        | <b>405</b>       | <b>3</b>        | <b>6</b>        |
| 18                    | 12                   | 10           | 39               | 2850             | <b>7</b>        | 9               |
| 19                    | 12                   | 8            | 38               | 2750             | <b>7</b>        | 9               |
| 19                    | 14                   | 5            | <b>36</b>        | 3050             | 9               | 10              |
| 18                    | 14                   | 7            | 37               | 2900             | <b>7</b>        | 9               |
| 17                    | 14                   | 2            | <b>31</b>        | <b>925</b>       | <b>6</b>        | <b>7</b>        |
| 18                    | 16                   | 5            | 37               | 2645             | <b>3</b>        | 9               |
| 19                    | 18                   | 4            | <b>36</b>        | <b>2460</b>      | 8               | 10              |
| 18                    | 19                   | 7            | 38               | 2980             | <b>5</b>        | 9               |
| 17                    | 22                   | 7            | 37               | <b>2330</b>      | 9               | 10              |
| 16                    | *                    | 8            | 38               | 2750             | <b>7</b>        | 9               |

\* Não soube informar.

## 4. DISCUSSÃO

---

#### 4. DISCUSSÃO

As características sócio-demográficas das mães adolescentes no município de São José do Rio Preto, mostraram similaridades quando comparadas com resultados obtidos em outras pesquisas neste contexto, em especial quanto à idade (a mediana foi de 18 anos).<sup>(25,27)</sup> Observamos como relatado por Velasco<sup>(28)</sup> pequena proporção de mães com idade inferior a 15 anos.

A análise comparativa da idade das adolescentes estudadas e de seus companheiros revelou que os homens eram mais velhos, com 81% deles pertencendo à idade adulta. Resultado semelhante foi observado por Chemello *et al.*<sup>(25)</sup> que verificaram que 84,2% dos companheiros das adolescentes encontravam-se na idade adulta.

No presente estudo, a frequência de adolescentes que viviam com o companheiro foi maior que a encontrada por Magalhães<sup>(27)</sup> (64,5%) e Sabroza *et al.*<sup>(26)</sup> (68,4%) e menor que a verificada por Chemello *et al.*<sup>(25)</sup> (85,5%), Persona *et al.*<sup>(29)</sup> (77,7%) e Simões *et al.*<sup>(30)</sup> (75,5%).

As adolescentes estudadas tinham baixa renda familiar, e no que se refere à situação ocupacional, cerca de um terço delas não estudavam e nem trabalhavam. Cerca de 75% das adolescentes que trabalhavam e também daquelas que estudavam pararam estas atividades depois que engravidaram. O mesmo foi observado por Sabroza *et al.*<sup>(26)</sup> e Godinho *et al.*<sup>(31)</sup>

No Brasil há relação entre educação e maternidade. Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostram maior

freqüência de paridade e gravidez em adolescentes de 15 a 19 anos sem escolarização do que naquelas com 9 a 11 anos de estudo.<sup>(32)</sup>

Segundo Souza,<sup>(33)</sup> se por um lado o baixo nível educacional está relacionado à maior fecundidade, por outro a maternidade reduz a freqüência à escola. As adolescentes assumem papéis relacionados à constituição de família ou provimento de renda, que são incompatíveis com a manutenção dos estudos. Além disso, o modelo de escola não é adequado para jovens com filhos.

Evidenciou-se no presente estudo e de Godinho<sup>(31)</sup> a freqüente relação entre gravidez e abandono escolar, o que pode levar a um agravamento das condições sócio-econômicas dessas adolescentes, limitando suas possibilidades na qualificação e inserção no mercado de trabalho cada vez mais exigente, gerando uma dependência do companheiro ou da família.

Observou-se que a idade média da primeira relação foi semelhante à relatada por adolescentes grávidas<sup>(34,35)</sup> e menor que as obtidas em estudos com adolescentes em geral, que variam de 15,5 a 16,4 anos.<sup>(36)</sup> Estes resultados sugerem uma associação entre o início precoce da vida sexual e a gravidez precoce.<sup>(34)</sup>

Da mesma forma que em outras pesquisas<sup>(26,30,34)</sup> verificamos que apenas uma minoria estava usando MAC quando engravidou. Além disso, apenas 64% relataram uso de algum MAC. Os métodos contraceptivos mais utilizados pelas adolescentes eram o enquanto que 15,4% não atingiram o número mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde. A maioria anticoncepcional oral e o preservativo masculino. Resultado semelhante foi

observado por Belo.<sup>(34)</sup> Apesar de estudos recentes concluírem que muitos adolescentes conseguem identificar os MACs, esse conhecimento não resulta em comportamento de prevenção, pois evidencia-se pouca conscientização sobre a importância de seu uso e a utilização inadequada dos mesmos.<sup>(34,37)</sup>

A proporção de gravidez não planejada encontrada neste estudo (83,3%) foi maior que a descrita por Belo<sup>(37)</sup> (72,4%) em estudo realizado entre adolescentes grávidas no CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher) ou do Hospital das Clínicas da Unicamp, em 2001.

Persona *et al.*<sup>(29)</sup> ao estudar o perfil de adolescentes com repetição da gravidez, encontrou uma porcentagem de 66,7% de gravidez não planejada na primeira gestação.

A maioria das adolescentes pôde contar com o apoio da família e do companheiro, corroborando com achados de outros estudos.<sup>(26,27,29,31)</sup>

Em relação à paridade, 16,7% das adolescentes avaliadas já haviam engravidado anteriormente por mais de uma vez, indicando que as mães adolescentes tendem a repetir a gravidez na adolescência, conforme já descrito.<sup>(29)</sup> Quanto às ocorrências de aborto, um estudo constatou 55,5% de abortos prévios<sup>(29)</sup> valor muito acima do encontrado neste estudo, no qual 6% das adolescentes apresentaram pelo menos um aborto prévio. Evidenciou-se neste estudo que todas as adolescentes tiveram acompanhamento pré-natal. A maioria referiu ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez e fez número de consultas superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde que corresponde ao número mínimo de seis consultas durante a gestação. Nossos resultados são melhores que os observados em outros estudos<sup>(20,27,30,38,42)</sup> em

que as porcentagens de adolescentes que tiveram sete ou mais consultas variaram de 28,5% a 60%, e semelhantes às encontradas por Moraes *et al.*,<sup>(43)</sup> (73%) em avaliação do pré-natal das mulheres em geral que tiveram filho em São José do Rio Preto em 2001.

Quanto à resolução obstétrica, a frequência de cesáreas entre as adolescentes deste estudo foi igual à observada em todas as adolescentes em São José do Rio Preto, durante o ano de 2004. Neste período a frequência de cesariana em mulheres com vinte anos ou mais foi maior (76%) que a observada em adolescentes.<sup>(44)</sup>

Apesar disso, a taxa de cesariana observada em nossas adolescentes foi maior que as taxas descritas, que variaram de 19,7% a 55%.<sup>(25,30,38,39,41,45)</sup> Nossos resultados são ainda mais preocupantes se considerarmos as taxas relatadas por Lubarsky *et al.*,<sup>(46)</sup> de 13,8% e Lao e Ho<sup>(47)</sup>, de 4,1%, muito inferiores às observadas por nós. São necessárias medidas que estimulem a diminuição destes altos níveis de partos cirúrgicos encontrados em São José do Rio Preto.

Em nosso estudo, menos da metade das adolescentes participou de grupos de gestantes, devendo-se ressaltar que aquelas que participaram dos grupos consideraram que lhes foi útil para a compreensão desta nova condição de mãe. De acordo com estudo realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a participação das adolescentes em programa de assistência pré-natal por meio de consultas médicas e de enfermagem de rotina, e nos grupos de preparo ao parto sob orientação de uma equipe multidisciplinar foi considerada uma boa experiência.<sup>(48)</sup> O programa contribuiu para esclarecer dúvidas e

ajudou na conscientização do novo papel de mãe e amadurecimento pessoal dessas adolescentes.

As complicações no ciclo gravídico foram comuns, com alta frequência de anemia, maior que as relatadas na literatura, em torno de 12% a 14% <sup>(27,49)</sup> e baixa frequência de eclampsia, menor que a observada por Magalhães *et al.*, <sup>(27)</sup> que observaram eclâmpsia em 14,7% das adolescentes.

A anemia entre as adolescentes grávidas não é rara e de acordo com Guimarães (2001), <sup>(22)</sup> a anemia é atualmente melhor explicada pela pobreza e pelos maus hábitos alimentares da adolescente, do que pelos efeitos da idade materna. No estudo realizado por Chemello *et al.*, <sup>(25)</sup> observaram que 35% das gestações transcorreram com presença de patologias. Em nosso estudo, 35% das gestantes necessitaram de internação.

Durante o acompanhamento pré-natal, a maioria das adolescentes recebeu orientação para cuidados na gravidez e parto. Entretanto, embora a maioria tenha recebido orientação sobre a fisiologia e a higiene da gravidez, cerca de um quarto das adolescentes não recebeu esses esclarecimentos. Isto ocorreu também com as informações sobre a importância do aleitamento natural. O aleitamento materno exclusivo até os seis meses é um fato amplamente reconhecido e divulgado no meio científico. Particularmente nos países em desenvolvimento é considerado uma das principais medidas na prevenção de ocorrência de diarreias e distúrbios nutricionais e a falta de informações neste aspecto constitui-se fator para o desmame precoce. <sup>(50)</sup>

Poucas adolescentes referiram ter recebido informação sobre os cuidados com o recém-nascido. Neumann *et al.* <sup>(51)</sup> referem que apenas 44% das mães

avaliadas foram orientadas em como cuidar das crianças. Nossos resultados mostram porcentagens menores ainda (39,3%), perdendo-se a oportunidade de esclarecimento durante o contacto com essas adolescentes no pré-natal.

Isto pode ser melhorado se o pré-natal puder contar com participação de outros profissionais da equipe de saúde, além do médico.

Na resolução do parto entre as adolescentes do estudo, evidenciou-se que a assistência pré-natal adequada (início no primeiro trimestre e mínimo de seis consultas) permitiu bons resultados gerais apesar da idade das mães.

Entretanto, a instituição de uma assistência pré-natal que articule atenção clínica e educação em saúde pode contribuir para melhora dos cuidados recebidos durante o pré-natal.

Na avaliação do desfecho de uma gravidez, o baixo peso definido pela OMS como o peso de nascimento abaixo de 2500g, é o mais importante fator associado à mortalidade neonatal e morbidade pré-natal. Segue, em importância, a prematuridade – considerada a idade gestacional abaixo de 37 semanas.<sup>(52)</sup>

No presente estudo a ocorrência de baixo peso e de prematuridade foi de 6% entre os recém-nascidos. Nossos resultados são melhores que os observados em outros estudos, que relatam freqüências de 9% a 12,5% de baixo peso e de 8% a 16,7% de prematuridade em crianças de mães adolescentes.<sup>(27,30,38,40)</sup>

Estes dados reforçam a hipótese de que a idade não está associada a baixo peso, como sugerido por vários autores.<sup>(18,23,39)</sup>

Nestes estudos, o efeito da idade sobre o baixo peso desaparece quando aumenta a frequência das mulheres ao pré-natal ou as análises são controladas para pobreza e marginalidade social.

Entretanto, os resultados se aproximam dos nossos quando avaliam crianças de mães que freqüentaram o pré-natal com 7 ou mais consultas (como foi o caso de 76% de nossas adolescentes).<sup>(18,38)</sup> A porcentagem de complicações no recém-nascido foi baixa (6%), considerando dados de baixo peso, prematuridade e o valor de Apgar obtido no quinto minuto após o nascimento; parâmetro que avalia o estado de oxigenação do recém-nascido no período ante e intra-parto.

O desempenho obstétrico da adolescente (quando bem atendida em pré-natal, atencioso e de preferência multiprofissional) é no mínimo igual, se não melhor, que o da gestante adulta. Ainda no que diz respeito à atenção profissional em relação à gravidez na adolescência, há que se destacar a importância de políticas que privilegiem a educação sexual como forma de adiar a ocorrência da gestação nesta faixa etária.

## 5. CONCLUSÕES

---

## 5. CONCLUSÕES

Os resultados deste trabalho entre gestantes adolescentes sugerem os seguintes dados sócio-demográficos e relacionados à gestação e parto:

- A maioria tinha companheiro; baixa renda familiar; freqüentaram pouco a escola, abandonando os estudos após a gravidez e não tinham atividade ocupacional remunerada;
- a maior parte teve atividade sexual precocemente, era primigesta, não usava método contraceptivo antes de engravidar, não planejaram a gravidez e entre as que usavam método anticoncepcional, os mais citados foram o preservativo masculino e o anticoncepcional oral;
- todas fizeram acompanhamento pré-natal, com número médio de seis consultas durante a gestação e menos da metade teve participação em grupo de gestantes;
- a maioria teve orientação sobre cuidados na gravidez, principalmente sobre aleitamento materno, sem especificar a abrangência das informações recebidas, com poucas orientações sobre cuidados com o recém-nascido;
- mais da metade teve parto cesárea e a foi baixa a porcentagem de complicações dos recém-nascidos, em relação a dados de baixo peso, prematuridade e condições de vitalidade (Apgar) no primeiro e quinto minuto de vida.

Outras pesquisas neste contexto devem permitir a proposição e implantação de programas de orientação a gestantes quanto as questões de sexualidade, incluindo dados referentes ao ciclo gravídico puerperal.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (Br). Saúde reprodutiva: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer. In: Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. p. 71-83.
2. Cannon LRC. Prefácio. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, Mckara A. Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde / Family Health Internacional / Associação Saúde da Família; 1998. p.11-2.
3. Beretta MIR, Denari FE, Pedrazzani JC. Estudo sobre a incidência de partos na adolescência em um Município do estado de São Paulo. Rev Latinoam Enfermagem 1995; 3(2):181-91.
4. Organización Mundial de la Salud. El embarazo y el aborto en la adolescência. Ginebra: OMS; 1975. [Série de Informes Técnicos, nº 583].
5. Leal MM, Silva LEV, Saito MI, Colli AS. Semiologia do Adolescente. In: Marcondes A, org. Pediatria básica. 9ªed. São Paulo: Savier; 2003. p. 157-170.
6. Saito MI. Adolescência, sexualidade e educação sexual. Pediatria Mod 2001; 37(Ed. Esp.):3-6.

7. Vitalle MSS, Amâncio OMS. Gravidez na adolescência. 2001. [citado 2005 ago. 27]. Disponível em URL: <http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm>.
8. Santos Júnior JD. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; 1999. p.223-9. [Cad Juvent Saúde Desenv].
9. Silva JLP, Chinaglia MLM, Surita FGC. Gravidez na adolescência. In: Neme B. Obstetrícia básica. 3ªed. São Paulo: Savier; 2005. p.1177-1183.
10. Camarano AA. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD). Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD; 1998. p.109-33.
11. Datasus/MS. Nascidos vivos – Brasil. Nascimento por residência/ mãe por região – período 2001. [acesso em 2007 Abr 09]. Disponível em URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1989.

13. Carneiro RMM. A adolescente grávida e os serviços de saúde no município. Brasília:UNICEF/CONASEMS/OPAS/OMS; 1998.p.31.
14. Pinto e Silva JL. Gravidez na adolescência: desejada x não desejada. *Femina* 1998;26(10):825-830.
15. Vitiello N. Gestação na adolescência. *Femina* 1981; 9(7):527-32.
16. Belfort P. Assistência pré-natal. In: Rezende J, editor. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.260-76.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério. atenção qualificada e humanizada. manual técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº5. Brasília – DF; 2005.
18. Gama SGN. Experiência de Gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Públ* 2002;18:153-161.
19. Monteiro DLM, Fagim IG, Paiva AS. Gravidez na Adolescência. In: Febrasgo *Tratado de Obstetrícia*. Revinter; Rio de Janeiro, 2001. p.175-184.

20. Alegria FVL, Schor N, Siqueira AAF. Gravidez na Adolescência: estudo comparativo. *Rev Saúde Públ* 1989; 23: 473-7.
21. Bocardí MIB. Assistência pré-natal na adolescência: concepções das adolescentes e dos profissionais de saúde. [Tese] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.
22. Guimarães EMB. Gravidez na adolescência, uma visão multidisciplinar. *Pediatr Mod* 2001;32:29-32.
23. Gama SGN, Scwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Públ* 2001; 35:74-80.
24. Cavalcanti SMOC, Amorin MMR, Santos LC. O significado da gravidez para a adolescente. *Femina* 2001; 29:311-314.
25. Chemello CS, Tanaka ACD, Bozzetti MC, Lorenzi DRS. Estudo da incidência de gravidez entre adolescentes no município de São Marcos, RS. *Rev Cient AMECS* 2001;10(1):33-8.
26. Sabrosa AR, Leal MC, Gama SGN, Costa VC. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil 1999-2001. *Cad Saúde Públ* 2004; 20(Sup 1):S112-20.

27. Magalhães MLC. Aspectos da gravidez na adolescência em maternidade escola de Fortaleza. Rev Bras Ginecol Obstet 2005; 27(6):366.
28. Velasco VIP. Estudo epidemiológico das gestantes adolescentes de Niterói. [Tese] Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública; 1998.
29. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. Rev Latinoam Enf 2004; 12(5):745-750.
30. Simões VMF, Silva AAM, Betiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. Rev Saúde Públ 2003;37(5): 559-65.
31. Godinho AR, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertoncello NMF. Adolescentes e Grávidas: onde buscam apoio? Rev Latinoam Enf 2000; 8(2):25-32.
32. BEMFAM. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM/Marco Internacional; 1997.
33. Souza MMC. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: Vieira EM, Bailey P, Mckara, A, organizadores. Anais do Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998 p. 74-91.

34. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Públ* 2004; 38: 479-87.
35. Lima CTB, Feliciano KVO, Carvalho MFS, Souza APP, Menabó JBC, Ramos LS, *et al.* Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004; 4(1):71-83.
36. Abramovay M, Castro MG, Silva LB. A iniciação sexual dos jovens. In: *Juventude e Sexualidade*. Brasília (DF); UNESCO; 2004. p.67-126"
37. Belo MAV. Conhecimento, atitude e prática em relação aos métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. [Dissertação] Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2001.
38. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Souza e Silva R. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4):1077-1086.
39. Kassir SB, Gurgel RQ, Albuquerque MFM, Barbieri MA, Lima MC. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5(3):293-9.

40. Ribeiro ERRO, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Públ* 2000; 34(2):136-42.
41. Costa COM, Queiroz SS, Santos CAT, Barboni AR, Oliveira Neto AF, Rocha GR, *et al.* Condições de gestação, parto e nascimento em adolescentes e adultas jovens: Santa Casa. *Adolesc Latinoam* 1999; 1(4):242-51.
42. Gama SGN, Scwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Públ* 2001; 35:74-80.
43. Moraes MS, Kujumjian FG, Chiaravalloti Neto F, Lopes JCC. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004; 4(4):375-84.
44. Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos 1997-2003. [http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/sis\\_nasc\\_vivo.pdf](http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/sis_nasc_vivo.pdf).
45. Furlan JP, Guazzelli CAF, Papa ACS, Quintino MP, Soares RVP, Mattar R. A influência do estado nutricional da adolescente grávida sobre o tipo de parto e o peso do recém-nascido. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25(9):625-630.

46. Lubarsky SL, Schiff E, Friedman AS, Mercer BM, Sibai BM. Obstetric characteristics among nulliparas under age 15. *Obstetric Gynecol* 1994; 84:365-8.
47. Lao TT, Ho LF. Obstetric outcome of teenage pregnancies. *Human Reprod* 1997; 13:3228-32.
48. Amazarray MR, Machado PS, Oliveira VZ, Gomes WB. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. *Psicol Reflex Crit* 1998; 11(3):431-40.
49. Fujimori E, Laurenti D, Nuñez de Cassana LM, Oliveira IMV, Szarfarc SC. Anemia e deficiência de ferro em gestantes adolescentes. *Rev Nutr* 2000; 13(3):177-84.
50. Ramos CV, Almeida JAG. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno infantil em Teresina, Piauí. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3:315-21.
51. Neumann NA, Tanaka OU, Victora CG, Cesa JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6(4):307-18.

52. Organización Mundial de la Salud. Necesidades de salud de los adolescentes. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 1977. (Serie de Informes Técnicos n. 609).



## 7. APÊNDICES

Apêndice 1. Questionário utilizado para a coleta de dados das adolescentes.

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_

Este questionário tem o objetivo de coletar informações sobre você, sua gravidez, seu pré-natal e parto. Estas informações são importantes, pois servirão para avaliar os cuidados prestados a você e seu bebê no pré-natal e parto.

### I – Dados de Identificação:

1- Qual sua idade: \_\_\_\_\_ anos

2- Você tem companheiro? (1) sim (2) não

Caso sim, mora com ele? (1) sim (2) não

Ele é o pai do seu filho? (1) sim (2) não

3- Qual é a sua religião?

(1) católica (2) evangélica (3) protestante

(4) batista (5) espírita (6) muçumana

(7) outra \_\_\_\_\_ (8) não tem religião.

4- Você é praticante? (1) sim (2) não

5- Com quem você mora?

\_\_\_\_\_

6- Quem trabalha na sua casa?

\_\_\_\_\_



17- O pai do seu filho aceitou a gravidez? (1) sim (2) não

Caso não, por quê? \_\_\_\_\_

18- O pai do seu filho a apoiou durante a gravidez?

(1) muito (2) mais ou menos (3) um pouco (4) não

19 - O pai do seu filho participou do momento do parto?

(1) sim (2) não

20- Você obteve apoio de seus pais durante a gestação?

(1) sim (2) não

Caso não, por quê? \_\_\_\_\_

### III - Dados da Sexualidade

21- Quantos anos você tinha quando teve a 1ª relação sexual? \_\_\_\_\_ anos.

22- Você fazia uso de algum método para evitar gravidez?

(1) sim (2) não

Caso sim, quais?

(1) tabelinha (2) coito interrompido (3) pílula anticoncepcional

(4) DIU (5) diafragma (6) camisinha

22- Você estava usando quando engravidou? (1) sim (2) não

23- Por que você engravidou?

\_\_\_\_\_

24- Quando soube que estava grávida a que pensou em fazer?

\_\_\_\_\_

### IV - Dados Obstétricos

25- Quantas vezes você já engravidou? \_\_\_\_\_

26- Qual era sua idade quando engravidou pela 1ª vez? \_\_\_\_\_ anos.

27-Quantos partos você já fez? \_\_\_\_\_

Que tipo de parto? \_\_\_\_\_

28-Quantos filhos você tem? E a idade.

\_\_\_\_\_

29- Quantos filhos nasceram mortos? \_\_\_\_\_

30- Você já teve algum aborto?

(1) sim, quantos? \_\_\_\_\_ (2) não

#### **V - Dados da Gestação Atual**

31- Você fez pré-natal? (1) sim (2) não

Caso não por quê? \_\_\_\_\_

Caso sim por quê? \_\_\_\_\_

32- Quem te orientou a fazer o pré-natal?

(1) você mesma (2) sua mãe (3) seus amigos

(4) o pai da criança (5) seu professor (6) médico

(7) enfermeira (8) outro

33- Onde você fez seu pré-natal? (nome da UBS)

\_\_\_\_\_

34- Nas consultas do pré-natal você foi atendida sempre pelo mesmo médico?

(1) sempre (2) às vezes (3) nunca

35- Nas consultas do pré-natal você foi atendida sempre pela mesma enfermeira?

(1) sempre (2) às vezes (3) nunca

36- Você faltou a alguma consulta marcada? (1) sim (2) não

Por quê? \_\_\_\_\_



(5) não me lembro

Quem te orientou? (1) médico (2) enfermeira

41- Você foi orientada para tomar a vacina antitetânica?

(1) sim (2) não

Quem te orientou? (1) médico (2) enfermeira

42- Você tomou a vacina antitetânica?

(1) sim (2) não

Caso não por quê? \_\_\_\_\_

43- Você foi orientada para fazer o teste HIV?

(1) sim (2) não

Quem te orientou? (1) médico (2) enfermeira

44- Você fez o teste do HIV?

(1) sim (2) não

Caso não por quê? \_\_\_\_\_

45- Você fuma? (1) sim (2) não

Você foi orientada para parar? (1) sim (2) não

46- Caso sim, você parou de fumar durante a gravidez?

(1) sim (2) não

Quem te orientou?

(1) médico (2) enfermeira (3) outros \_\_\_\_\_

47- Você recebeu orientação sobre a importância de não fazer uso de  
bebida alcoólica durante a gestação?

(1) fui muito bem orientada (2) fui bem orientada

(3) fui mais ou menos orientada (4) não fui orientada

(5) não me lembro

Quem te orientou? (1) médico (2) enfermeira

48- Você recebeu orientação sobre a importância de não fazer uso de drogas durante a gestação?

(1) fui muito bem orientada (2) fui bem orientada

(3) fui mais ou menos orientada (4) não fui orientada

(5) não me lembro

Quem te orientou? (1) médico (2) enfermeira

49- Como você avalia as orientações recebidas durante o pré-natal sobre a importância do aleitamento materno?

(1) fui muito bem orientada (2) fui bem orientada

(3) fui mais ou menos orientada (4) não fui orientada

(5) não me lembro

Quem te orientou? (1) médico (2) enfermeira

50- Durante o pré-natal você recebeu orientação de como deveria dar o banho no bebê?

(1) fui muito bem orientada (2) fui bem orientada

(3) fui mais ou menos orientada (4) não fui orientada

(5) não me lembro

Caso sim, como foi orientada?

(1) demonstração em boneca (2) somente orientação oral

Quem te orientou? (1) médico (2) enfermeira

51- Durante o pré-natal você recebeu orientação de como deveria fazer o Curativo do umbigo do bebê?

- (1) fui muito bem orientada (2) fui bem orientada  
 (3) fui mais ou menos orientada (4) não fui orientada  
 (5) não me lembro

Caso sim, como foi orientada?

- (1) demonstração em boneca (2) somente orientação oral  
 Quem te orientou? (1) médico (2) enfermeira

52- Como você avalia as orientações recebidas no pré-natal sobre quais os sinais que representam o início do trabalho de parto?

- (1) fui muito bem orientada (2) fui bem orientada  
 (3) fui mais ou menos orientada (4) não fui orientada  
 (5) não me lembro

Quem te orientou? (1) médico (2) enfermeira

53- Você participou de algum grupo de gestantes?

- (1) sim (2) não

Como avalia sua participação no grupo, às informações que teve no grupo:

- (1) ajudou muito (2) ajudou mais ou menos (3) não ajudou

54- Durante a gravidez você teve:

- Anemia** (1) sim (2) não  
**Infecção Urinária** (1) sim (2) não  
**Pressão Alta** (1) sim (2) não  
**Diabetes Gestacional** (1) sim (2) não  
**Sangramento Vaginal** (1) sim (2) não

55- Durante a gravidez você teve algum problema de saúde que precisou ser internada?



62- Como você avalia o atendimento recebido no seu pré-natal, pelo médico?

(1) muito bom      (2) bom      (3) médio (4) ruim

(5) muito ruim      (6) NRA

63- Como você avalia o atendimento recebido no seu pré-natal, pela enfermeira?

(1) muito bom      (2) bom      (3) médio      (4) ruim

(5) muito ruim      (6) NRA

64- Iniciou o pré-natal com \_\_\_\_\_ semanas de gestação.

**(Verificar no cartão do pré-natal)**

65- Número de consultas no pré-natal \_\_\_\_\_

**(Verificar no cartão do pré-natal)**

66- Verificar no cartão do RN:

Peso: \_\_\_\_\_g

Altura: \_\_\_\_\_cm

Apgar: \_\_\_\_\_ 1 minuto/ 5 minutos de vida

Idade Gestacional: \_\_\_\_\_semanas

## Apêndice 2. Termo de Consentimento da Adolescente.

Nº. do Questionário\_\_\_\_\_

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PARTICIPAR DE PESQUISA CIENTÍFICA

(Decreto 93933 de 14/01/87; Resolução CNS196/96)

Meu nome é Denise Gonzalez Stellutti de Faria, COREN – SP n. 19281, aluna do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – FAMERP, nível de Mestrado, estou fazendo uma pesquisa com mães adolescentes que deram a luz pelo SUS para saber que tipo de cuidados você recebeu durante o pré-natal. Esta pesquisa não tem ligação com órgão fiscalizador.

Gostaria que você participasse desta pesquisa, e em caso positivo, eu vou fazer algumas perguntas sobre você, sua gravidez e o seu parto, vou precisar anotar as suas respostas.

Saiba que você tem os seguintes direitos:

1. A garantia de receber respostas sobre alguma dúvida a respeito da pesquisa que está participando;
2. A liberdade de deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga algum prejuízo;
3. A segurança de saber que será mantido em segredo sua identidade;
4. Saber que o que você falar vai ser transformado em trabalho científico e apresentado em congressos e revistas da área da saúde.

EU, \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, aceito participar voluntariamente como sujeito da pesquisa.

São José do Rio Preto, data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Qualquer dúvida telefonar para Denise no 210-5718.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito

Apêndice 3. Termo de Consentimento da Mãe ou Responsável.

Nº. do Questionário \_\_\_\_\_

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PARTICIPAR DE PESQUISA CIENTÍFICA

(Decreto 93933 de 14/01/87; Resolução CNS196/96).

Meu nome é Denise Gonzalez Stellutti de Faria, COREN – SP n. 19281, aluna do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – FAMERP, nível de Mestrado, estou fazendo uma pesquisa com mães adolescentes que deram a luz pelo SUS para saber que tipo de cuidados sua filha recebeu durante o pré-natal. Esta pesquisa não tem ligação com órgão fiscalizador.

Gostaria que sua filha participasse desta pesquisa, e em caso positivo, eu vou fazer algumas perguntas sobre a gravidez e o parto, vou precisar anotar as respostas de sua filha.

Saiba que ela tem os seguintes direitos:

1. A garantia de receber respostas sobre alguma dúvida a respeito da pesquisa que esta participando;
2. A liberdade de deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga algum prejuízo;
3. A segurança de saber que será mantido em segredo sua identidade;
4. Saber que, o que sua filha falar vai ser transformado em trabalho científico e apresentado em congressos e revistas da área da saúde.

EU, \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, aceito que minha filha participe voluntariamente como sujeito da pesquisa.

São José do Rio Preto, data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Qualquer dúvida telefonar para Denise no 210-5718.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da mãe ou responsável

Apêndice 4. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei nº 8899 de 27/09/94

(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74.179 de 14/06/74)

**Parecer n.166/2004**

**COMITE DE ETICA EM PESQUISA**

O Protocolo n.o 3422/2004 sob a responsabilidade de Denise Gonzalez Stellutti de Faria com o título "Perfil e cuidados a saúde de mães adolescentes atendidas em hospitais credenciados pelo SUS no município de São José do Rio Preto" está de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi **aprovado** por esse CEP.

Lembramos ao senhor (a) pesquisador (a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 12 de julho de 2004.

**Prof. Dra. Patrícia Maluf Cury**  
**Coordenadora do CEP /F AMERP**

Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 - 15090-000 São José do Rio Preto SP - Brasil

Tel. (17) 3201-5700 - Fax (17) 3227-6201 – [www.famerp.br](http://www.famerp.br)