

**Clodoaldo Tentes Côrtes**

**Gravidez na Adolescência: aspectos epidemiológicos e resultados perinatais de gestantes adolescentes em Macapá-AP**

Macapá  
2012

**Clodoaldo Tentes Côrtes**

**Gravidez na Adolescência: aspectos epidemiológicos e resultados perinatais de gestantes adolescentes em Macapá-AP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Epidemiologia e Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Rosilda Alves Isla Chamilco.

## **Clodoaldo Tentes Côrtes**

### **Gravidez na Adolescência: aspectos epidemiológicos e resultados perinatais de gestantes adolescentes em Macapá-AP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Epidemiologia e Saúde Pública.

Data da aprovação: 03 de outubro de 2012

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Dra. Rosilda Alves Isla Chamilco (orientadora)  
Universidade Federal do Amapá

---

Profª. Dra. Inez Sampaio Nery (membro externo)  
Universidade Federal do Piauí

---

Profª. Dra. Kátia Jung de Campos (membro)  
Universidade Federal do Amapá

---

Profª. Dra. Rosemary Ferreira de Andrade (membro)  
Universidade Federal do Amapá

---

Profª. Dra. Anneli Mercedes Celis de Cárdenas – (membro suplente)  
Universidade Federal do Amapá

Aos meus pais, Benedito e Berenisse, por terem sempre acreditado em meu crescimento pessoal e profissional, trazendo-me ainda criança para cidade, impulsionando-me para a construção do conhecimento formal e permitindo que os meus sonhos se tornassem realidade.

A minha eterna amante, Francisca Maciel Côrtes, pelo imensurável amor, carinho, dedicação, paciência e compreensão nos momentos árduos dessa jornada, por incentivar e apoiar incondicionalmente todos os meus projetos de vida.

Aos meus filhos Édrey, Eduardo e Thaís, já adolescentes, como forma de despertá-los para as vulnerabilidades que permeiam essa fase da vida; ao Emanuel, meu caçula, como pedido formal de desculpa pelos inúmeros “vai pra lá, filho”, que proferir-lhe, nos momentos de minha necessidade de reclusão e introspecção.

Aos meus irmãos, pelas lições constantes de união, honestidade e espírito de luta.

## AGRADECIMENTOS

Ao DEUS todo poderoso, pelos conhecimentos a mim concedidos e pelas inúmeras bênçãos recebidas em todos os dias de minha vida. Sem Ele eu não teria conseguido.

Às adolescentes, agora a maioria mães, razão do meu trabalho e dedicação profissional, pela confiança e disponibilidade em participarem desta pesquisa, incentivando-me a buscar respostas e oportunizando-me refletir um pouco mais sobre a problemática.

À Dra. Rosilda Alves Isla Chamilco, pelo profissionalismo, paciência e, principalmente, pelas orientações, aliadas ao rigor científico e espírito crítico na análise da nossa pesquisa.

À Dra. Liudmila Miyar Otero, pelo empenho necessários para instalar o Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) na UNIFAP, oportunizando a mim e outros amapaenses a concretização de sonhos antes adormecidos.

À Dra. Maria Izabel Côrtes, ex-coordenadora do PPGCS, e ao Dr. Flávio Henrique Barbosa, atual coordenador, por conduzirem com seriedade e otimismo o Curso.

Aos Professores Doutores do PPGCS, em particular à Aneli Mercedes Cárdenas, Kátia Jung de Campos e Rosemary Ferreira de Andrade, pelas orientações, sugestões e trocas de conhecimentos, que muito contribuíram para nossa formação de Mestres.

À Dra. Inez Sampaio Nery, pela disponibilidade em participar e contribuir como membro externo da banca de defesa deste trabalho.

Aos colegas de turma, em particular à Tânia Regina, Rafael Cleisson, Erika Tatiane, Gabriela Lima e Amilton Lins, que direta e/ou indiretamente incentivaram-me a buscar constantemente o conhecimento, contribuindo para nosso aprimoramento.

Aos colegas docentes do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UNIFAP, pelo apoio e incentivo em forma de cobranças, que sempre a mim dispensaram.

À Dra. Norma Iracema de Barros Ferreira pela atenção a mim dispensada e pelas preciosas sugestões, quando da revisão linguística e normativa do trabalho.

A Sra. Iranir Andrade dos Santos, diretora do Hospital da Mulher Mãe Luzia e a todos os colaboradores desta unidade hospitalar, pelo acolhimento e espaços cedidos para que pudéssemos desenvolver a pesquisa.

Às bibliotecárias Naucirene Correa Coutinho e Jamile da Conceição Silva, pela preciosa colaboração na elaboração da ficha catalográfica do trabalho.

A Sra. Lucilea Ayres, secretária do Mestrado, pelas cobranças e apoio necessários.

Enfim, a todas as pessoas que caminharam ao meu lado, que direta ou indiretamente, contribuíram para realização deste estudo: **muito obrigado!**

“O que sobrou de nós dois não dá nem pra repartir  
pior veio depois quando pude conferir  
Pelos traços desse filho dá pra ver a minha estória  
Um sofrer que vem de longe  
Acobertado de glória”.

Djavan

## RESUMO

A gravidez na adolescência, por sua repercussão, tem sido objeto de preocupação no meio científico. Uma problemática considerada de alto risco pela Organização Mundial de Saúde, que converteu-se em um dos grandes problemas de saúde pública, por suas múltiplas consequências à saúde física, social e emocional da mãe adolescente e seu filho. Este estudo desenvolveu-se com **objetivo** de analisar os fatores epidemiológicos e os resultados perinatais materno-neonatais de gestantes adolescentes do Município de Macapá. Utilizou-se **método** exploratório, descritivo e documental, com uma abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido no período de maio de 2010 a maio de 2012 e a coleta de dados foi realizada no período de junho a dezembro de 2011, no Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), uma maternidade pública de referência no estado do Amapá. Os dados foram coletados através da aplicação de formulários a 351 adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, atendidas para o parto no HMML. Para efeito de aplicação dos testes estatísticos, as pesquisadas foram distribuídas em dois grupos: 10 a 14 anos (grupo A) e 15 a 19 anos (grupo B). Os **resultados** apontam que 9,68% das adolescentes tinham de 12 a 14 anos e 90,32% de 15 a 19 anos. A média das idades ficou em 16,91 anos. 70,09% residiam no Município de Macapá, 20,80% moravam em residência própria e 70,37% conviviam em união consensual. O estudo revelou uma baixa escolaridade com elevada evasão escolar entre as adolescentes, quando 65,53% possuíam o ensino fundamental incompleto, 53,85% cursaram de 5 a 8 anos de estudo, com média 7,06 anos e 63,41% abandonaram a escola, em decorrência da gravidez e ou parto. 94,87% não trabalhavam e 59,54% possuíam renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. A maioria (70,09%) já havia usado método anticoncepcional, sendo a camisinha (46,72%) o mais usado. São primíparas (67,81%) e 90,81% não têm histórico de abortamento. No pré-natal 39,36% realizaram de 1 a 3 consultas e 5,70%, nenhuma consulta. A média do número de consultas foi de 4,05. Os resultados perinatais maternos revelam que 72,93% das adolescentes pariram de parto vaginal e 27,07% de parto cesariano. A intercorrência mais frequente do grupo A, foi o trabalho de parto prematuro (23,50%), e no grupo B, a ruptura prematura das membranas (18,90%). Os resultados perinatais neonatais evidenciaram 83,30% dos recém-nascidos com peso normal, 13,00% com baixo peso, 84,20% a termo e 13,80% pré-termos. Os recém-nascidos do grupo A apresentaram em média 334g a menos que os do grupo B e maior prematuridade (23,50%). 19,20% dos recém-nascidos foram hospitalizados, sendo que a intercorrência mais frequente foi o desconforto respiratório leve ou moderado (14,80%) seguido de icterícia neonatal (14,20%). O estudo chegou à **conclusão** de que as adolescentes pesquisadas apresentam condição socioeconômica mais desfavorável, pior nível de escolaridade, poucas oportunidades de trabalho e baixa renda familiar. A problemática é mais preocupante nas adolescentes mais novas, pois são mais evidentes a falta do adequado acompanhamento pré-natal, a ocorrência de parto prematuro e recém-nascido de baixo peso.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Fatores epidemiológicos. Fatores de risco.

## ABSTRACT

The teenage pregnancy, in effect, has been the subject of concern in the scientific community. One issue considered high risk by the World Health Organization, which has become a major public health problem, their multiple consequences for the physical, social and emotional development of the adolescent mother and her child. This study was carried out to analyze the epidemiological factors and maternal-neonatal perinatal outcomes of pregnant adolescents in the city of Macapá. Method used was exploratory, descriptive and documentary, with a quantitative approach. The study was conducted from May 2010 to May 2012 and data collection was conducted from June to December 2012, the Women's Hospital Mother Lucy (HMML), a maternity reference in the state of Amapá. Data were collected through the application forms to 351 adolescents aged 10 to 19 years, met for delivery in HMML. For the purpose of statistical tests, those surveyed were divided into two groups: 10 to 14 years (group A) and 15 to 19 years (group B). The results show that 9,68% of the adolescents had 12-14 years and 90,32% from 15 to 19 years. The mean age was 16,91 years on. 70,09% lived in the city of Macapá, 20,80% lived in their own home and 70,37% lived in a consensual union. The study revealed a low education level of high school dropouts among girls, while 65,53% had incomplete primary education, 53,85% attended 5-8 years of study, with an average 7,06 years and 63,41% left school as a result of and pregnancy or childbirth. 94,87% and 59,54% were not working had household income between 1 and 2 minimum wages. The majority (70,09%) had already used contraception, and condoms (46,72%) was the most used. (67,81%) are primiparous and 90,81% have no history of abortion. In prenatal 39,36% had 1-3 visits and 5,70%, no consultation. The average number of visits was 4,05. The results show that maternal perinatal 72,93% of teens gave birth by vaginal delivery and 27,7% of cesarean delivery. The most frequent complication of group A was preterm labor (23,50%), and in group B, premature rupture of membranes (18,90%). The results showed 83,30% perinatal neonatal newborn normal weight, underweight 13,00%, 84,20% and 13,80% at term preterm. Newborns in group A had an average 334g less than group B and higher prematurity (23,50%). 19,20% of newborns were hospitalized, with the most frequent occurrence was mild or moderate respiratory distress (14,80%) followed by jaundice (14,20%). The study came to the conclusion that the teenagers surveyed have socio-economic worst, worst level of education, few job opportunities and low family income. The problem is most worrying in younger adolescents, as are most evident lack of adequate prenatal care, the occurrence of premature birth and infant low birth weight.

**Keywords:** Pregnancy in adolescence. Epidemiological factors. Risk factors.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Distribuição das adolescentes atendidas para o parto no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, 2011.	55
Gráfico 2 -	Distribuição das gestantes adolescentes atendidas para o parto no HMML de acordo com as idades. Macapá-AP, 2011.	56
Gráfico 3 -	Tipo de parto em gestantes adolescentes (n=351) atendidas no HMML. Macapá-AP, 2011.	71
Gráfico 4 -	Curva ROC (Receiver Operating Characteristic Curve) que determina o ponto de corte 3kg como marcador do peso ao nascer de recém-nascidos de adolescentes com idade até 14 anos.	83
Gráfico 5 -	Distribuição do peso de recém-nascidos de adolescentes atendidas para o parto no HMML, conforme os percentis. Grupo A (n=34) e no Grupo B (n=321). Macapá-AP, 2011.	84

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das características residenciais, habitacionais e estado civil de adolescentes (n=351), atendidas para o parto no HMML. Macapá-PA, 2011.	57
Tabela 2 -	Distribuição das características educacionais, trabalho e renda familiar de adolescentes (n=351) atendidas para o parto no HMML. Macapá-AP, 2011.	59
Tabela 3 -	Anos de estudo de adolescentes atendidas para o parto no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, 2011.	60
Tabela 4 -	Distribuição dos dados obstétricos de adolescentes (n=351), atendidas para o parto no HMML. Macapá-AP, 2011.	64
Tabela 5 -	Distribuição das características pré-natais de adolescentes (n=351), atendidas para o parto no HMML. Macapá-AP, 2011.	67
Tabela 6 -	Distribuição das características pré-natais de adolescentes atendidas para o parto no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, 2011.	68
Tabela 7 -	Distribuição das intercorrências durante o trabalho de parto em adolescentes (n=351) atendidas no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, 2011.	73
Tabela 8 -	Características dos recém-nascidos (n=355) de adolescentes atendidas para o parto no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, 2011.	79
Tabela 9 -	Peso ao nascer de recém-nascidos (n=355) de adolescentes atendidas para o parto no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, 2011.	82
Tabela 10 -	Distribuição de intercorrências nos recém-nascidos de adolescentes atendidas para o parto no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, 2011.	85

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil

BPN – Baixo Peso ao Nascer

BR – Bolsa Rôta

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPN – Cartão de Pré-natal

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DHEG - Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

DUM – Data da Última Menstruação

EC – Eclâmpsia

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FEBRASGO - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

HA – Hipertensão Arterial

HMML - Hospital da Mulher Mãe Luzia

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IG – Idade Gestacional

MAC - Método anticoncepcional

MS - Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PCN - Parâmetros Curriculares Nacionais

PE – Pré-eclâmpsia

PLAFAM - Programa Planejamento Familiar

PN – Pré-Natal

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAR – Pré-Natal de Alto Risco

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente

PSE - Programa Saúde na Escola

RIO – Risco Infecioso Obstétrico

RN – Recém-nascido

RNBP – Recém-nascido de Baixo Peso

RNPT – Recém-nascido Pré-termo

RN POT – Recém-nascido Pós-termo

RNT – Recém-nascido a Termo

ROC - Receiver Operating Characteristic Curve

RP - Razão de Prevalências

RUPREME – Ruptura Prematura das Membranas

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

SHEG - Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TPP – Trabalho de Parto Prematuro

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UNIFAP - Universidade Federal do Amapá

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>A florescência da adolescência</b>	<b>22</b>
2.1.1	A perspectiva cronológica da adolescência	23
2.1.2	A perspectiva biopsicossocial da adolescência	24
<b>2.2</b>	<b>Gravidez na adolescência: a magnitude do problema</b>	<b>27</b>
<b>2.3</b>	<b>Aspectos epidemiológicos da gravidez na adolescência</b>	<b>32</b>
<b>2.4</b>	<b>Consequências perinatais da gravidez na adolescência</b>	<b>38</b>
2.4.1	Repercussões sociais da gravidez na adolescência	39
2.4.2	Repercussões obstétricas da gravidez em adolescentes	40
<b>2.5</b>	<b>Políticas públicas de promoção a saúde do adolescente</b>	<b>42</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>50</b>
<b>3.1</b>	<b>Característica e abordagem do estudo</b>	<b>50</b>
<b>3.2</b>	<b>Contexto local: geográfico e institucional</b>	<b>50</b>
<b>3.3</b>	<b>Período do estudo e da coleta de dados, população, amostra e fonte de informação</b>	<b>51</b>
<b>3.4</b>	<b>Técnica, instrumento e operacionalização da coleta de dados</b>	<b>52</b>
3.4.1	Pré-teste	52
<b>3.5</b>	<b>Definição de variáveis do estudo</b>	<b>53</b>
<b>3.6</b>	<b>Apresentação e análise dos dados</b>	<b>53</b>
<b>3.7</b>	<b>Aspectos éticos em pesquisa</b>	<b>54</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>55</b>

<b>4.1</b>	<b>Distribuição das adolescentes segundo as variáveis sociodemográficas</b>	<b>55</b>
<b>4.2</b>	<b>Distribuição das adolescentes segundo as variáveis obstétricas</b>	<b>63</b>
<b>4.3</b>	<b>Distribuição das adolescentes de acordo com a realização do pré-natal</b>	<b>67</b>
<b>4.4</b>	<b>Resultados perinatais maternos</b>	<b>71</b>
<b>4.5</b>	<b>Resultados perinatais neonatais</b>	<b>78</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>86</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>90</b>
	APÊNDICE A – TCLE da participante da pesquisa	100
	APÊNDICE B – TCLE do responsável pelo participante da pesquisa	101
	ANEXO A – Certificado de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	102
	ANEXO B – Autorização para publicação de dados não oficiais do HMML	103
	ANEXO C – Planilha de partos e atendimentos por aborto nos anos de 2006/2009 no HMML	104
	ANEXO D - Planilha de partos e atendimentos por aborto no ano de 2008 no HMML	105
	ANEXO E - Planilha de partos e atendimentos por aborto no ano de 2009 no HMML	106
	ANEXO F - Planilha de partos e atendimentos por aborto no ano de 2010 no HMML	107
	ANEXO G - Planilha de partos e atendimentos por aborto no ano de 2011 no HMML	108

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência, nos últimos anos, tem despertado grande interesse, tanto na mídia, quanto no âmbito das políticas públicas. Especialmente a partir de 1985, definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como ano internacional da juventude, inúmeras iniciativas foram desencadeadas em todo o Mundo, visando ao levantamento das necessidades sociais dos jovens que viriam a constituir as futuras gerações de adultos no terceiro milênio. A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta, período em que o desenvolvimento da sexualidade reveste-se de fundamental importância para o crescimento do indivíduo em direção a sua identidade adulta, determinando sua autoestima, relações afetivas e inserção na estrutura social.

As mudanças nos padrões de comportamento experimentadas pelos adolescentes nas últimas décadas revelam problemas que repercutem nos aspectos biopsicossociais deste grupo, sendo, sem dúvida, a de maior repercussão aquela relacionada aos padrões que envolvem a atividade sexual. Como consequência das mudanças relacionadas ao exercício da sexualidade, pode-se registrar o aumento no índice de gravidez entre adolescentes. Considerada de risco, a gravidez na adolescência, vem despertando a atenção de muitos pesquisadores pela maior incidência de intercorrências obstétricas apresentadas nesta faixa etária, quando comparadas a outras idades, tais como: pré-eclâmpsia, infecção urinária e anemia, que influem diretamente nas taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Apesar dos avanços, a gravidez na adolescência ainda representa um sério problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento, devido à ausência ou ineficácia de políticas públicas voltadas especificamente à assistência preventiva deste agravo, no sentido de amenizar os elevados índices registrados nos últimos anos. Segundo Simões *et al.* (2003, p. 560), “o aumento da gravidez na adolescência em países em desenvolvimento tem despertado o interesse de pesquisadores e profissionais de saúde, tendo em vista a associação desse evento com pobreza, baixa escolaridade e piores resultados perinatais”.

No Brasil, ao longo dos anos este agravo veio se intensificando e, concomitantemente, diversos tipos de problemas, dentre os quais se pode destacar a dificuldade de conciliar as atividades escolares durante e após a gestação, abortamentos e problemas socioeconômicos e emocionais. Acompanhando essa ascensão por intermédio dos dados do Ministério da Saúde (MS), percebe-se que em 1994 os nascidos vivos de mulheres abaixo de 20 anos foram 20,80% do total, sendo que em 1998 os índices subiram para 23,60 % (BRASIL, 2009a).

Os dados revelam que em nível nacional o quadro está mudando, visto que no final de 2009, pesquisas realizadas pelo MS evidenciaram uma informação muito importante, no que

diz respeito à ocorrência desse evento. O número de gravidez na adolescência, nos últimos dez anos, teve uma diminuição de 30,60% na média nacional. A região Sul obteve um declínio de 36,40%, Sudeste 36,17 %, Centro-Oeste 36,71%, Nordeste 27,82% e a região Norte registrou um recuo de 12,00%. O estado do Amapá, foi a única unidade da federação onde ocorreu o aumento de casos, cujo número de atendimentos obstétricos em adolescentes teve um aumento significativo de 39,26% nos últimos dez anos (BRASIL, 2009a).

Num contexto histórico, o Amapá sempre acompanhou a ascensão do número de casos experimentada pelos demais Estados do País. Porém, na última década como supramencionado, a problemática ressurgiu com um agravante preocupante, haja vista que segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o número de casos de gravidez na adolescência vem aumentando, com destaque para os Municípios de Cutias, Tartarugalzinho, Itaubal, Pracuúba, Oiapoque, Laranjal do Jari e Vitória do Jari (BRASIL, 2006a).

Em 2009, o estado do Amapá foi evidenciado na mídia, quando a problemática foi noticiada no programa Globo Repórter, da Rede Globo de Televisão, destacando o Município de Tartarugalzinho como o campeão de gravidez na adolescência no Brasil. Já no final do ano, a mesma emissora exibiu no programa “Mais Você”, um bloco inteiro sobre a temática e novamente esta Unidade da Federação (UF) foi destaque. Na ocasião, a reportagem ancorou-se nos dados do MS, enfocando o relatório final informado, que apontava uma diminuição dos índices em todos os Estados brasileiros, à exceção do Amapá, onde ocorreu um aumento de 39,26 %, nos últimos dez anos (BRASIL, 2009a).

Esses dados representam um sério entrave social para o Estado, como se não bastassem as demais mazelas sociais vivenciadas pela população em geral. A literatura tem demonstrado que as adolescentes grávidas são mais pobres, de mais baixa escolaridade, contribuem para um elevado índice de evasão escolar, têm menor atenção durante o pré-natal, filhos com maiores taxas de baixo peso ao nascer e de morbi-mortalidades neonatal e infantil.

Por consequência perpetua-se a pobreza, onde a escolaridade é um fator relevante na avaliação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de uma população. Neste sentido, as situações mencionadas por si só justificam a importância dessa obra e podem ser confirmadas com as palavras de Gildemeister (1993, p. 46):

A gravidez traz vários efeitos sociais negativos, como: perda das oportunidades educacionais, de trabalho e redução das chances de um casamento feliz, com limitações de oportunidade. Ocorrem também efeitos psicológicos associados ao conflito emocional e educacional frente à situação da maternidade.

Na atualidade, a gravidez na adolescência vem sendo apontada como um problema social e de saúde pública. Problematicar tal experiência à luz do clássico processo de transformação pelo qual passam as jovens brasileiras, e neste contexto as amapaenses, representa um desafio para os profissionais de saúde, educadores, estado e sociedade em geral, podendo acarretar consequências sociais, emocionais e físicas, que se entrelaçam num todo indissociável. Para atender adequadamente às necessidades sociais e de saúde desta população, são necessários a identificação e o conhecimento precisos da magnitude dos problemas, para se estabelecer prioridades e traçar projetos adequados e viáveis em nível de assistência integral à saúde dessas adolescentes.

As primeiras experiências e o despertar para trabalhar os agravos e a prevenção em saúde voltada à adolescência surgiram quando o autor deste estudo ainda acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem, então aluno de iniciação científica, desenvolveu o projeto “Universidade e Escola: uma parceria para a educação em saúde”, que apresentava como proposta metodológica o desenvolvimento de palestras educativas/preventivas para estudantes do ensino fundamental das redes municipal e estadual, sobre uso de drogas, Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) e prevenção à gravidez na adolescência. Mas, foi na disciplina Estágio Supervisionada II, no Hospital da Mulher Mãe Luzia, que o despertar para esta temática tornou-se mais aguçado.

Em 1999, focado na problemática, elaborou-se e desenvolveu-se na escola Municipal Roraima o projeto “De jovem para jovem: papo sério sobre prevenção à saúde”, com uma abordagem metodológica de capacitação de alunos para desenvolver os temas abordados em roda de conversa com seus pares do estabelecimento de ensino. O trabalho foi interessante e bem aceito pela comunidade estudantil e gestores da educação do Município de Macapá que o grupo local cresceu. Agravos como violência, alcoolismo e tabagismo diminuíram significativamente e não houve registro de gravidez entre alunas durante aquele ano letivo.

Ao ingressar como docente em 2001, na Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), e atuando como enfermeiro na atenção básica, no Município de Macapá, vivenciava-se cotidianamente a problemática em voga, haja vista que era atendido um quantitativo expressivo de adolescentes grávidas no programa pré-natal. Este fato fez com que o empenho fosse ainda maior em fazer cumprir o papel preventivo da atenção básica voltado a assistência aos adolescentes, quando efetivou-se o Programa Planejamento Familiar (PLAFAM) e o desenvolvimento de um trabalho de educação em saúde, ministrando palestras sobre DST/AIDS, planejamento familiar e prevenção à gravidez precoce, nas escolas localizadas nas adjacências da Unidade Básica de Saúde(UBS).

No final do ano de 2009, senti-me mais fortemente provocado a atuar e enfrentar com mais intensidade a problemática. Desta feita a provocação não surgiu de experiência cotidiana como de outrora, mas por intermédio de um alarde em tom nacional, quando o Estado do Amapá foi noticiado em programas telejornalísticos, destacando a gravidez na adolescência. Os meios de comunicação basearam-se em dados do MS, que fizera uma análise comparativa/quantitativa da gravidez nesta população, entre os anos de 1998 e 2008. O Amapá foi a única UF que apresentou aumento do quantitativo de gravidez na faixa etária de 10 a 19 anos, sendo notificados 3.313 casos em 2008, contra 2.379 em 1998, representando uma elevação de 39,26%. (BRASIL, 2009a).

No início do ano de 2010, apresentou-se a temática como proposta de estudo para seleção do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde na UNIFAP, logrando êxito na aprovação e a partir de então vem-se resgatando todas as provocações geradas em torno da problemática. Neste sentido, a referida pesquisa reveste-se de responsabilidade e contribuição social, quando vislumbra a possibilidade de um diagnóstico fiel sobre a problemática, somando-se a este fator o caráter preventivo, de modo a permitir que esta população receba atenção mais focada por parte do Poder Público, haja vista a possibilidade de servir como suporte aos órgãos governamentais, para que fomentem políticas voltadas à promoção e prevenção à saúde desta população.

No que diz respeito às condições de vida e surgimento de agravos à saúde da população amapaense, associada à assistência à saúde por parte do Poder Público, Chamilco (2001, p. 2), relata que:

[...] no Amapá, as precárias condições de vida a que grande parte da população está submetida, aliada as deficiências do setor saúde, caracterizado pelo acesso diferenciado e elitista aos serviços de saúde da rede pública e por falhas gritantes no funcionamento e na qualidade da assistência prestada, determinam fatores de morbimortalidade, principalmente quando comparados a outros Estados mais desenvolvidos do Brasil.

Este contexto somado as experiências e vivências do pesquisador contribuíram para a elaboração do seguinte objeto de estudo: “Aspectos epidemiológicos e resultados perinatais de adolescentes atendidas para o parto em uma maternidade pública de Macapá”. Para o êxito e sustentação do objeto supracitado, elaboraram-se as seguintes questões norteadoras:

Qual o perfil epidemiológico das gestantes adolescentes atendidas para o parto na maternidade pública de Macapá?

Quais os resultados perinatais maternos/conceptuais, em decorrência da gravidez nessas adolescentes?

Com vistas a responder estas questões norteadoras, estruturou-se como objetivo geral: analisar os aspectos epidemiológicos e os resultados perinatais de adolescentes atendidas para o parto em uma maternidade pública de Macapá. Quanto aos objetivos específicos consistiram em: identificar as características sociobiológicas, econômicas, demográficas, educacionais e comportamentais da população estudada; e verificar os resultados perinatais maternos e conceptuais em decorrência da gravidez na adolescência.

Mediante a problemática contextualizada, a pesquisa reveste-se de importância científica, pois tornar-se-á um instrumento de informação para futuros trabalhos e auxiliará na aquisição de novos conhecimentos a respeito deste agravo social. Mas, sem nenhuma dúvida, o foco principal desta justificativa se faz pela contribuição social deste trabalho, quando vislumbra a possibilidade de um diagnóstico fiel sobre a temática, somando-se a este fator o caráter preventivo, de modo a permitir que esta população receba atenção mais focada por parte do Poder Público.

A pesquisa justifica-se também por sua relevância política, quando se propõe a identificar os aspectos epidemiológicos e os resultados perinatais maternos e conceptuais dessas gestantes adolescentes, assim como diagnosticar a real situação da problemática, na capital do Estado do Amapá. Isto porque pode servir como suporte aos órgãos governamentais, para que fomentem políticas voltadas à promoção de saúde envolvendo a prevenção e diminuição do índice de gravidez na adolescência.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A vida é um sistema dinâmico no qual todas as pessoas passam inevitavelmente por ciclos de estabilidade e mudanças. Segundo Minuchin, Colapino e Minuchin (1999), uma família é um tipo especial de sistema, com estrutura, padrões e propriedades que organizam esses períodos de estabilidade e mudança. O sistema funciona através de padrões familiares em que, na maioria dos casos, a repetição é adaptável e sustenta-se por meio de interações recorrentes e imprevisíveis, que refletem as filiações, tensões e hierarquias importantes nas sociedades humanas e têm significados para o comportamento e os relacionamentos.

No sentido de enfatizar a estruturação familiar, os autores enfatizam que:

Na estrutura de uma abordagem sistêmica, entende-se que as pessoas contribuem para a formação de padrões familiares, mas também é evidente que a personalidade e o comportamento são moldados pelo que a família espera e permite de seus membros, tornando-se assim necessário trabalhar com as pessoas dentro de suas famílias e de sua rede mais ampla de conexões (MINUCHIN; COLAPINO; MINUCHIN, 1999, p. 17).

Nesta perspectiva de transformação, a família e o social influenciam a concretização da identidade do adolescente, pois os padrões comportamentais se definem dentro de um ambiente que envolve a família, os pares, a escola, o social, dentre outros, onde o adolescente sofre influências para sua formação e construção da personalidade de um futuro adulto. Esta fase, também está relacionada ao desenvolvimento sexual e a capacidade reprodutiva, que tem uma grande influência na formação do adolescente e no surgimento das crises, pois ao chegar na adolescência, o ser humano sofre transformações sexuais, chegando a maturidade sexual, culminando com a capacidade reprodutiva. Moreira *et al.* (2008, p. 313) advogam que “sendo a adolescência um processo de desenvolvimento biopsicossocial, pode ser marcada por crises, dificuldades, mal-estar e angústia”.

Nos últimos anos, a gestação no extremo inferior da vida reprodutiva, ou seja, na adolescência, tem sido objeto de preocupação. Isto ocorre porque a gravidez, assim como o parto e a maternidade são problemas peculiares, que quando ocorrem nesta fase da vida trazem múltiplas consequências tanto ao nível de saúde física quanto social e emocional, repercutindo sobre a mãe adolescente e seu filho. A gravidez na adolescência representa sério problema médico social, sendo considerado de alto risco pela OMS.

No Brasil, dados da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO, 2000) mostram que a maioria das mães solteiras é do interior do Nordeste e tem entre 10 e 14 anos. Esses mesmos dados indicam que 25% das meninas entre 15 e 17 anos que abandonam os estudos o fazem por causa da gravidez, que assim vem se tornando a

maior causa de evasão escolar. Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a gravidez precoce e suas complicações são a principal causa de mortalidade entre adolescentes do sexo feminino de 15 a 19 anos, sendo a terceira causa de óbitos entre as mulheres no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

Para Cunha e Bruno (2006, p. 431), “cl clinicamente, pode-se associar uma gravidez precoce com o aumento de intercorrências obstétricas e/ou neonatais, tais como: morte materna, índices de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso de recém-nascidos.” Waissman e Machado (2005), reiteram que a gestação nesta fase da vida apresenta um risco obstétrico aumentado, pela presença da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), prematuridade, baixo peso ao nascer, anemia e complicações no parto.

O risco da gravidez na adolescência não é particularmente biológico e obstétrico, mas também determinado principalmente por fatores psicossociais. Esse fato, na maioria das vezes, está relacionado ao atendimento inadequado destas gestantes, que estão imersas na problemática social e econômica de sua condição de adolescente, enfrentando situações penosas, familiares e existenciais somadas à própria crise da adolescência.

Segundo Renepontes e Eisenstein (2005), essa problemática parece estar relacionada a fatores psicossociais associados ao ciclo de pobreza e educação que se estabelece, e, principalmente, à falta de perspectiva - no horizonte dessas meninas falta escola, saúde, cultura, lazer e emprego.

Ao resgatar a importância do sistema familiar mencionado, hoje convive-se com uma pluralidade de modelos em que cada indivíduo recebe de sua família crenças e valores que estão associados ao momento histórico social, cultural e econômico do meio em que está inserido e à sua história pregressa. Nesta perspectiva de inter-relação familiar, Brandão e Heilborn (2006, p. 1422) testemunham que:

Considera-se a gravidez na adolescência sob nova perspectiva, a partir das mudanças instauradas nas relações intergeracionais, no contexto familiar e na sexualidade. Ao invés de associá-la à reprodução de padrões tradicionais de inserção à vida adulta, ela é considerada um evento contingente ao processo de autonomização juvenil. Isso significa que o processo de aprendizado e construção da autonomia pessoal nessa fase da vida pode implicar certos desdobramentos imprevistos, como a gravidez, que redundam em reordenamento da trajetória juvenil e familiar.

Segundo Minuchin, Colapino e Minuchin (1999), compreender o indivíduo somente através de seu mundo interno e de sua história prévia, ignorando o mundo externo e a história atual, é negar a troca entre uma pessoa e o meio do qual ela aqui e agora participa. O indivíduo influencia o seu contexto e é por ele influenciado em sequência de ação constantemente recorrente. Para Renepontes e Eisenstein (2005), entender o papel dos

sistemas nas crises familiares pode ser um recurso-chave para permitir mudanças substanciais que ocorrem na adolescência durante a gestação.

Assim, se a gravidez na adolescência é negativa para a sociedade no seu atual momento, faz-se necessário que essa mesma sociedade desenvolva um projeto de políticas públicas de prevenção e educação em saúde que dê às mulheres adolescentes possibilidades de viver de acordo com seus interesses, vocação e em igualdade de sexo. Por outro lado, na impossibilidade de minimizar a situação na base, ou seja, na prevenção da gravidez, tornam-se necessárias a implementação de medidas preventivas secundárias voltadas a um acompanhamento pré-natal eficaz e outras medidas assistenciais específicas a essa população.

## **2.1 A florescência da adolescência**

A adolescência, que literalmente significa crescer dentro da maturidade, é geralmente considerada como o processo psicológico, social e maturacional iniciado pelas alterações puberais. Segundo Muuss (1996), a palavra adolescência deriva do verbo latino *adolescere*, significando crescer ou “crescer até a maturidade”. A adolescência é o período de transição da dependência infantil para a autosuficiência adulta, ou como aponta Levisky (1998), é a transição do estado infantil para o estado adulto. Nesta perspectiva de transformação, a adolescência caracteriza-se como um período de crescimento emocional de magnitude considerável, como também uma fase de muitas alterações anatômicas e fisiológicas, onde o adolescente transforma-se de uma criança dependente para um indivíduo mais independente, com uma consciência social expansiva, necessitando de muitas adaptações nessa fase da vida.

Para Cadete (1994, p. 26), estar adolescendo é “[...] entrar no mundo, mudar a mentalidade, o corpo, viver ambiguidades, viver uma fase ruim, ter mais responsabilidade e ter abertura da perspectiva de futuro”. Segundo Silva (2002) é nesse período da vida que ocorre a transição de um estado de dependência para outro de relativa independência.

A ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 1995) descreve esta fase como o período de vida no qual o indivíduo passa do aparecimento das características sexuais secundárias à maturidade, cujos padrões psicológicos e a identificação do indivíduo evoluem da fase infantil à adulta. Para Takiuti (1996, p. 226) “a adolescência é um período de mudanças, ocasionadas por sua especial sinergia de fatores biológicos, psíquicos, sociais e culturais. [...] o jovem se vê em meio a novas relações com a família, o meio em que vive, consigo mesmo e com os outros adolescentes”.

Vitalle e Amâncio (2009, p. 48), referindo-se a esta fase de transição e suas transformações, discordam em parte da OMS, advogando que:

A adolescência não pode ser entendida como um tempo que termina, como fase da crise ou de trânsito entre a infância e a vida adulta. Mas como o momento do início da juventude, um momento cujo núcleo central é constituído de mudanças do corpo, dos afetos, das referências sociais e relacionais. Um momento no qual se vive de forma mais intensa um conjunto de transformações que estarão presentes de algum modo ao longo da vida.

Para Takiuti (2001), é um período caracterizado por inúmeras transformações que marcam esse complexo momento de transição, que pode se tornar ainda mais difícil quando ocorre uma gravidez. Quando a adolescente engravida e torna-se mãe, ela interrompe o curso natural de sua idade e começa a deparar-se com inúmeras responsabilidades em um momento que está emaranhada em um turbilhão de transformações.

### 2.1.1 A perspectiva cronológica da adolescência

As caracterizações cronológicas da adolescência servem como referência para a delimitação de políticas públicas assistenciais a coletividade dessa população. Porém na vida concreta e na experiência singular de adolescentes e jovens, tais fronteiras não estão coerentemente estabelecidas de um modo homogêneo e fixo.

Nesta perspectiva cronológica a ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 1995) delimita a adolescência como a segunda década de vida (10 aos 19 anos) e a juventude como o período dos 15 aos 24 anos. Guimarães e Colli (1998, p. 75) advogam que “é a fase do ciclo da vida situado entre 10 e 20 anos, podendo ainda ser subdividida em adolescência inicial, entre 10 e 14 anos e adolescência final, dos 15 aos 20 anos”.

A ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS, 1995) estabelece que a adolescência é definida cronologicamente como o período compreendido entre 10 e 19 anos, no qual acontecem grandes mudanças físicas e psicológicas. Entre 10 e 14 anos haveria o surgimento dos caracteres sexuais secundários e, entre 15 e 19 anos, a finalização do crescimento e desenvolvimento morfológicos. Campos (1981), delimita o período da adolescência entre 12 e 18 anos, embora a idade possa variar, pois depende das características de personalidade e experiência de vida de cada um.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei n. 8.069/90, circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990). Para Wong (1999), a adolescência envolve três subfases distintas: adolescência inicial (11 a 14 anos), adolescência média (15 a 17 anos) e adolescência tardia (18 a 20 anos). Ramos *et al.* (2001), delimitam em pré-adolescência, o período etário entre 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita, dos 15 aos 19 anos.

Para Heilborn *et al.* (2006), ser um adolescente, é pertencer às classes sociais privilegiadas ou às mais desfavorecidas, são formas de pertencimento que introduzem especificidades fundamentais no modo como os sujeitos de 10 a 19 anos organizam seus projetos de vida, ensaiam a sexualidade e experimentam a própria adolescência. O MS toma por base a definição da OMS e define o público adolescente, para fins de políticas assistenciais, o contingente da população entre 10 e 24 anos de idade (BRASIL, 2005).

A perspectiva cronológica caracteriza a adolescência como fase que delimita a transição da infância à idade adulta, cronologicamente abrangendo dos 10 aos 19 anos. Trata-se de um período de profundas modificações, marcado pela transição entre a puberdade e o estado adulto do desenvolvimento. Nessa fase, a perda do papel infantil gera inquietação, ansiedade e insegurança frente à descoberta de um novo mundo vivenciado pelo adolescente.

Assim, a noção de adolescência remete a uma etapa do ciclo de vida, de ligação entre a infância, tempo da primeira fase de desenvolvimento corporal e da primeira socialização, de quase total dependência e necessidade de proteção, para a idade adulta, em tese a do ápice do desenvolvimento e de plena cidadania que diz respeito, principalmente, a se tornar capaz de exercer as dimensões de produção e de sustento, de reprodução, participação nas decisões, deveres e direitos que regulam a sociedade (VITALLE; AMÂNCIO, 2009, p. 42).

Como já referido, a adoção do critério cronológico objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas públicas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública, porém, ignora as características individuais. Portanto, é importante ressaltar que os critérios biológicos, psicológicos e principalmente os sociais também devam ser considerados na abordagem conceitual da adolescência.

### 2.1.2 A perspectiva biopsicossocial da adolescência

Enquanto parte inerente do ciclo de vida humana, a adolescência constitui-se de características próprias, que a diferenciam das demais faixas etárias, sendo um período confuso, de contradições, de formação da identidade e da autoestima. Nesta fase, o jovem se vê em meio a novas relações com a família, o meio em que vive, consigo mesmo e com os outros adolescentes. De acordo com Silva (2002, p. 53) “é nesse período da vida que ocorre a transição de um estado de dependência para outro de relativa independência”. Para Ramos, Monticelli e Nitschke (2000, p. 49), “é quando se deve deixar de ser criança para entrar no mundo adulto, repleto de responsabilidades e cobranças, mundo este tão desejado pela sensação da liberdade a ser adquirida, mas também tão temido”.

Ximenes Neto *et al.* (2007), nesta perspectiva biopsicossocial, caracterizam a adolescência como uma fase da vida marcada por transformações sociopsicológicas, deixando

o indivíduo exposto a um modelo de vida até então desconhecido, de certa forma vulnerável, mas ao mesmo tempo estabelecendo padrões comportamentais e sonhos que permearão toda a vida. Para Saggese (1999, p. 28) “é um período rico de possibilidades desestabilizadoras, que exige definições familiares, profissionais e sexuais, podendo expor o adolescente a sofrimento psíquico e a quadros psicopatológicos”.

A ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 1995) caracteriza a adolescência como o período de vida no qual o indivíduo passa do aparecimento das características sexuais secundárias à maturidade; aquele cujos padrões psicológicos e a identificação do indivíduo evoluem da fase infantil à adulta. Para Saito (2001) esta fase deve ser encarada como uma etapa crucial e bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento, cuja marca registrada é a transformação ligada aos aspectos físicos e psíquicos do ser humano, inserido nas mais diferentes culturas.

De acordo com MS, “é uma fase do desenvolvimento muito importante para que o ser humano atinja a maturidade biopsicossocial, em que a sexualidade se manifesta em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais” (BRASIL, 2006b, p. 126-127). É um grupo vulnerável aos agravos à saúde e às questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte e lazer, o que determina a necessidade de atenção de forma mais abrangente e específica a este contingente populacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

Aliado a todas essas transformações, podem estar associadas situações de alijamento social derivado das péssimas condições socioeconômicas. Tais condições podem comprometer o processo de interação social e o preparo para a evolução à vida adulta. Alguns fatores, como a afirmação da personalidade, o desenvolvimento sexual e a capacidade reprodutiva atuam na formação de um adolescente, para que o mesmo seja um adulto que viva emocionalmente e socialmente sem crises transgressoras. Corroborando, Ximenes Neto *et al.* (2007, p. 280) abordam essa transição ocorrente na formação de um adolescente:

Durante a adolescência devem ser reconhecidos os padrões de heterogeneidade e comportamentais que envolvem a afirmação da personalidade, o desenvolvimento sexual e espiritual, a busca e realização dos projetos de vida e da auto-estima e a capacidade de pensamento abstrato. A partir destes processos de vida, normalmente, iniciam-se as crises, que não ocorrendo sua evolução natural, podem levar o adolescente à transgressões, tais como o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas; as práticas sexuais sem a adoção de medidas de proteção tanto para as doenças sexualmente transmissíveis (DST), em especial para o HIV- vírus da imunodeficiência humana, quanto para a paternidade e a maternidade; [...].

Um acontecimento importante dentro desta perspectiva biopsicossocial e marcante na vida da adolescente é a puberdade, caracterizada como uma fase do desenvolvimento que

prepara o ser humano para a maturação sexual e a reprodução. Lopez (2007, p. 19), fazendo menção dos aspectos fisiológicos relata que a puberdade:

Caracteriza-se por uma sequência de transformações biológicas determinadas pela ação do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal-gonadal, e que culmina no aumento da velocidade de crescimento e no surgimento das características sexuais secundárias, com consequentes mudanças na esfera psicossocial dos indivíduos.

O conceito de adolescência, como visto anteriormente, envolve um processo amplo de desenvolvimento biopsicossocial. “A puberdade constitui uma parte da adolescência caracterizada, principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal e evolução da maturação sexual” (BRASIL, 2005, p. 8). Ainda de acordo com o documento, a puberdade é um parâmetro universal, ocorrendo de maneira semelhante em todos os indivíduos; já a adolescência é um fenômeno singular caracterizado por influências socioculturais que vão se concretizando por meio de reformulações constantes de caráter social, sexual e de gênero.

Nesta perspectiva, Wong (1999) enfatiza a classificação e as características da puberdade, destacando que:

Esse processo é, por vezes, dividido em três estágios: pré-puberdade, o período de cerca de 2 anos imediatamente anteriores à puberdade, quando a criança está desenvolvendo alterações físicas preliminares que anunciam a maturidade sexual; puberdade, o ponto em que a maturidade sexual é alcançada, marcado pelo primeiro fluxo menstrual nas meninas, porém por indicações menos óbvias nos meninos; e pós-puberdade, um período de 1 a 2 anos após a puberdade, durante o qual o crescimento esquelético é completado e as funções reprodutoras tornam-se mais bem estabelecidas. (WONG, 1999, p. 415).

O evento biológico que marca a entrada da menina na adolescência é a menarca, este apresenta-se cercado de significados culturais. De acordo com Wong (1999, p. 417) “a menarca ocorre cerca de 2 anos após o aparecimento das primeiras alterações da puberdade, aproximadamente 9 meses após a obtenção da velocidade máxima para a altura e 3 meses após atingir a velocidade máxima para o peso”.

Lopez (2007) afirma que os primeiros ciclos menstruais costumam ser irregulares, anovulatórios e mais prolongados, por causa do inadequado desenvolvimento folicular. Após 12 a 18 meses de vida ginecológica, costumam surgir os ciclos menstruais ovulatórios, que representam o resultado de interações do hipotálamo, hipófise, ovários e trato genital. Fatores estressores podem favorecer a ovulação mais precoce.

Sobre o desenvolvimento psicossocial, na medida em que a idade adulta se aproxima, o adolescente deve estabelecer relacionamentos íntimos ou permanecer socialmente isolado. Potter e Perry (2006, p. 176), abordam esta questão destacando que:

Os adolescentes procuram uma identidade de grupo porque necessitam de estima e aceitação. É comum, em grupos, uma semelhança no modo de vestir e falar. A popularidade com o sexo oposto, assim como os do mesmo sexo, tornasse importante durante a adolescência. A necessidade de identidade de grupo entra em conflito com a necessidade de uma identidade pessoal.

Na adolescência, há a descoberta do corpo e dos órgãos sexuais. Nas meninas aumenta os seios, os quadris, a distribuição dos pêlos e ocorre a menarca. Esse amadurecimento físico se dá em decorrência dos hormônios sexuais e do crescimento. Corroborando, Brasil (2005, p.8) relata que as alterações hormonais da puberdade ocasionam a descoberta da sexualidade, de novas sensações corporais e a busca do relacionamento interpessoal entre os jovens. Neste quadro de modificações e experiências se dão os primeiros contatos sexuais e, muitas vezes, acontece uma gravidez não planejada.

Acerca do desenvolvimento e das alterações físicas que acontecem rapidamente na adolescência, Tiba (2005, p. 36) relata que:

O amadurecimento sexual ocorre com o desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias. As características primárias são alterações físicas e hormonais necessárias à reprodução, e as secundárias diferenciam externamente o sexo masculino do feminino.

O ser humano ao chegar à adolescência, sofre transformações sexuais, chegando à maturidade sexual, e por consequência à capacidade reprodutiva. Contudo, muitas vezes, ele fica exposto aos riscos e perigos pertinentes a esta fase da vida. A falta de uma orientação sexual tanto na escola, como também, principalmente na família, leva o adolescente à desinformação, e, conseqüentemente, ao perigo de expor-se a situações que possam vir a comprometer seus projetos de vida, como as DST, o aborto, a maternidade e a paternidade sem planejamento, todos causando grande impacto social em sua vida.

## **2.2 Gravidez na adolescência: a magnitude do problema**

Sendo a adolescência um processo de desenvolvimento biopsicossocial, pode ser marcada por crises, dificuldades, mal-estar e angústias. Ao abandonar a condição infantil e buscar o ingresso no mundo adulto, o adolescente sofre acréscimos em seu rendimento psíquico. Achando que podem tudo, se rebelam e começam a elaborar valores inusitados, muitas vezes contrários aos até então tidos como corretos. Nesta etapa do desenvolvimento são elaborados questionamentos dos modelos prescritos pela sociedade.

Segundo Moreira *et al.* (2008, p. 313) “é nessa fase que tendem a não mais aceitar normas. Essa rebeldia integra a construção da identidade juvenil, sendo fundamental ao seu desenvolvimento humano”. Quando essa disputa não se dá normalmente, geram-se problemas

na adolescência que podem se estender à vida adulta, dentre os quais o uso de drogas, DST/AIDS e gravidez na adolescência.

O MS (BRASIL, 2006b, p. 127) vislumbrando a ocorrência de agravos sociais em decorrência desses conflitos vivenciados pelos adolescentes, afirma que:

[...] adolescência e juventude são associadas também à noção de crise, desordem, irresponsabilidade; um problema social que merece atenção pública. O enfoque de risco aparece fortemente associado a esses repertórios por meio de expressões como: gravidez de risco, risco de doenças sexualmente transmissíveis, risco de uso de drogas ilícitas, risco de morte frente a violência. O risco generalizado parece, assim, definir e circunscrever negativamente esse período da vida, gerando expressões, ações e posturas absurdas em relação aos adolescentes e jovens.

A gravidez na adolescência não constitui fenômeno recente na história da humanidade. Müller (1991) advoga que as mulheres na Idade da Pedra começavam sua vida reprodutora muito próxima a puberdade e raras eram as que ultrapassavam a segunda década de vida, em consequências de complicações advindas da gravidez e do parto. Pactuando com esta informação, Moreira *et al.* (2008, p. 316) relatam que “não é um problema da sociedade moderna, porque em todas as épocas as mulheres engravidaram na adolescência.”

Voltando o olhar para a História, percebe-se que as mulheres tinham filhos, cedo ou tarde, dependendo de mecanismos gerados pela própria sociedade. Existem relatos de fatos bíblicos e de contos ficcionais que abordam esses acontecimentos.

Na antiguidade, contratos de casamento eram lavrados quando a menina encontrava-se entre 13 e 14 anos, e, segundo registros históricos, provavelmente era essa a idade de Virgem Maria quando nasceu Jesus. No século XVI, Shakespeare, embora com conteúdo ficcional, retratou os costumes da época de Romeu e Julieta, onde Julieta foi descrita pelo pai Capuleto como uma menina que não havia completado 14 anos e já era prometida em casamento ao nobre Páris (SANT'ANNA, 2000, p. 24).

De acordo com Cavasin e Arruda (1999), no Brasil do século passado, a faixa etária entre 12 e 18 anos não tinha o caráter de passagem da infância para a vida adulta. Assim, meninas de elite entre 12 e 14 anos estavam aptas para o casamento e se não se casassem, nessa idade, seria problemático para os pais, uma vez que, após os 14 anos, começavam a tornar-se velhas para procriar. As uniões dessas adolescentes eram apoiadas pelos pais e abençoadas pela igreja.

Segundo Gama, Szwarcwald e Leal (2002), com o movimento de liberação sexual, intensificado a partir da década de 60, o início das relações sexuais se tornou cada vez mais precoce. No entanto, o debate acerca da sexualidade dentro das famílias e das escolas não acompanhou as mudanças. Concomitantemente, pôde-se perceber o aumento da frequência da gravidez na adolescência, fenômeno que vem sendo observado em diversos países.

Os adolescentes iniciam a atividade sexual cada vez mais cedo e o número de adolescentes que engravida aumenta progressivamente e em idades cada vez mais precoces. A vivência da maternidade durante a adolescência torna-se cada vez mais complicada, pois as exigências que aparecem na busca da identidade da adolescente são acrescentadas às exigências do tornar-se mãe, acarretando sérias consequências em sua vida.

Moreira *et al.* (2008, p. 313), ao reforçarem as transformações vivenciadas pelas mulheres durante a gravidez, relatam que:

A gravidez é um período de grandes transformações para a mulher. Seu corpo se modifica e seus níveis de hormônios se alteram para a manutenção do feto. Com tantas novidades, essa fase pode acabar gerando dúvidas e sentimentos de fragilidade, insegurança e ansiedade na gestante. Alguns dos principais temores são alterações na auto-imagem corporal e não ter uma criança saudável. Outros temores são relacionados ao feto e à função de gerar, nutrir e parir. Tais temores podem desencadear fases de irritabilidade e de instabilidade de humor para essa mulher.

De acordo com Melo e Lima (2000, p. 82), a gravidez é um período de transição biologicamente determinado, caracterizado por mudanças metabólicas complexas e por grandes perspectivas de mudanças no papel social, na necessidade de novas adaptações, reajustamentos intrapessoais e mudanças de identidade.

Takiuti (2001, p. 82) e Moreira *et al.* (2008, p. 313), reportando-se às transformações em decorrência da associação de adolescência e gravidez, relatam que:

É um período caracterizado por inúmeras transformações que marcam esse complexo momento de transição, que pode se tornar ainda mais difícil quando ocorre uma gravidez, pois quando a adolescente engravida e torna-se mãe, ela interrompe o curso natural de sua idade e começa a deparar-se com inúmeras responsabilidades em um momento que está emaranhada em um turbilhão de transformações.

A gestação em si é um momento delicado que requer atenção e, semelhante à adolescência, possui particularidades próprias. Quando se juntam esses dois momentos, adolescência e gravidez, é obtido um leque de transformações que levam a um turbilhão de emoções e acontecimentos.

A ocorrência da gravidez na adolescência é frequentemente descrita como aquela que é acompanhada por forte estresse em razão das inseguranças típicas da idade, que a mesma está diretamente relacionada a vários problemas adversos de ordem psicofísica e social, tais como: falta de apoio ou abandono do pai da criança, falta de apoio da família, interrupção nas atividades de lazer e evasão escolar, levando a um grave problema socioeconômico que poderá acompanhar essa adolescente pelo resto de sua vida (HEILBORN *et al.*, 2006).

Segundo Lage (2008), esta problemática converteu-se em um dos grandes problemas de saúde pública, não só pelo significativo número de adolescentes grávidas, como devido às diversas repercussões deste fenômeno na vida desta menina, pois além dos riscos biológicos

para a mãe e a criança, a gravidez na adolescência também traz transtornos emocionais e econômicos para o núcleo familiar onde ela ocorre. A interrupção do processo de formação dessa jovem, que muitas vezes é obrigada a deixar a escola, é excluída do mercado de trabalho e a falta de apoio dos familiares e amigos são alguns dos dilemas que as adolescentes são obrigadas a enfrentar quando se vêm à espera de um filho (PANTOJA, 2003).

Nestas circunstâncias, a gestação na adolescência é enfrentada com dificuldades. Moreira *et al.* (2008) afirmam que essa transição abrupta do seu papel de mulher, ainda em formação, para o de mulher-mãe, a adolescente vive uma situação conflituosa e em muitos casos penosa. Seguindo este pensamento, Jorge *et al.* (2008) relatam que a grande maioria das adolescentes grávidas é despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer o novo papel materno, o que compromete as condições para o assumir adequadamente e, associado à repressão familiar, contribui para que muitas fujam de casa e abandonem os estudos. Sem contar com as abandonadas pelo parceiro, muitas vezes também adolescente.

Aquino *et al.* (2003), ao analisarem os dados da pesquisa Adolescência e Reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais, realizada em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, destacam a ocorrência da gravidez na adolescência fora de uma união conjugal estável, o que contribui para sua transformação em problema social; relatam a visão dos riscos biológicos que o fenômeno representa para a adolescente-mãe e seu filho, em função da medicalização da gravidez e do parto, da precariedade econômica, da ausência de instrução e do escasso acesso aos serviços de saúde, contribuindo para se considerar o fenômeno como um reforço da pobreza, da marginalidade e da exclusão social.

Desde modo, as perdas vivenciadas pela adolescente grávida, vão repercutir emocionalmente, podendo levá-la a somatização psicológica de alguns sinais e sintomas que colocarão em risco a gestação saudável, pois a complexidade das mudanças provocadas pela vinda de um bebê são muitas e diversificadas.

Guimarães (2001), estudando esses agravos sociais vivenciados por essa população, aborda algumas consequências psicossociais da gravidez na adolescência. São elas: limitação de oportunidades vocacionais, estudo interrompido, persistência na pobreza, separação dos pais do bebê e repetição da gravidez. O autor afirma também que a gravidez na adolescência deve ser compreendida através de uma visão multidisciplinar, considerando os aspectos antropológicos, biológicos e psicossociais.

Segundo o mesmo autor, os aspectos de origem inconsciente também devem ser considerados na compreensão da gravidez na adolescência, sendo que os jovens podem

utilizar a gravidez para se auto-afirmar, preencher a carência afetiva e chamar a atenção dos pais para a desestruturação da família, entre outros motivos.

Neste contexto, Bordin (1996) reforça que o nível de estresse do adolescente também está aumentando à medida que a sociedade se torna mais complexa, exigindo mecanismos psicológicos adaptativos mais elaborados. Ele inicia os relacionamentos sexuais e estabelece relações afetivas gradativamente mais profundas e duradouras, para futuramente iniciar um novo núcleo familiar. No que se refere a atividade sexual na adolescência, Aguiar (1994) aborda que esta pode cumprir papéis diversos como: aliviar angústia, meio de obter uma aceitação perante o parceiro ou grupo, forma de suprir carências de afeto, instrumento para conseguir auto-afirmação, maneira de manifestar inconformismo e rebeldia e tentativa de alcançar um maior grau de independência.

Aquino *et al.* (2003, p. 378), constataram que a maternidade e a gravidez na adolescência são vivenciadas de forma diferente, mencionando que:

Nas classes populares, a gravidez pode tornar-se, em si mesma, um projeto pessoal, visto que as adolescentes têm poucas perspectivas em relação ao seu projeto de vida; já nas classes dominantes, a gravidez parece relacionar-se mais aos aspectos psíquicos da própria adolescência, como a onipotência: comigo não vai acontecer; ou à dificuldade de assumir a própria sexualidade e então se proteger com contraceptivos.

O movimento e afastamento em direção aos relacionamentos intensos com colegas é contrastado com o movimento de afastamento dos pais. Apesar da independência financeira não ser a norma, muitos adolescentes trabalham e exercem maior controle sobre suas aquisições e atividades sociais se os pais não forem os únicos provedores de recurso financeiro (POTTER; PERRY, 2006; TIBA, 2005).

Para Levisky (1998), o adolescente não possui ainda a capacidade de organizar os conflitos e aspectos primitivos que vêm à tona e, ao lidar com seus impulsos agressivos e sexuais, ao invés de elaborá-los internamente, ele, muitas vezes os descarrega em uma ação para satisfazer os desejos imediatos. Como destaca Dadoorian (2000, p. 54): “o adolescente acaba ‘atuando’ os seus conflitos no mundo externo, ou seja, vivifica esses conflitos na realidade e a gravidez na adolescência é geralmente descrita como atuação.”

Hoga (2008, p. 16), preocupada com a magnitude do problema, aponta saídas para melhoria da qualidade de vida dessas jovens, destacando que:

Uma melhor qualidade de vida é uma condição essencial para reverter a realidade atual que envolve a maternidade na adolescência. Enquanto o círculo vicioso da marginalidade social não é interrompido as atividades podem ser desenvolvidas em nível local e regional, com o propósito de contribuir no decréscimo da magnitude do problema enfrentado.

Os registros teóricos e científicos supramencionados evidenciam a real magnitude do problema, reforçando que os riscos da gravidez na adolescência não seja tão somente biológico e obstétrico, mas também determinados principalmente por fatores psicossociais. Esse fato seria, nos argumentos correntes na literatura sobre o tema, ligado ao atendimento inadequado destas gestantes, que estariam imersas na problemática social e econômica de sua condição de adolescente, enfrentando situações penosas, familiares e existenciais somadas a própria crise da adolescência.

### **2.3 Aspectos epidemiológicos da gravidez na adolescência**

A adolescência é uma fase do desenvolvimento muito importante para que o ser humano atinja a maturidade biopsicossocial, em que a sexualidade se manifesta em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais. É um grupo vulnerável aos agravos à saúde e às questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte e lazer, o que determina a necessidade de atenção de forma mais abrangente e específica a este contingente populacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

Segundo a WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2006), em cada cinco pessoas no mundo, uma é adolescente, com idade entre 10 e 19 anos. A população mundial de adolescentes já passou de um bilhão e anualmente, 60 em 1.000 meninas nessa faixa etária tornam-se mães, o que corresponde ao nascimento de 17 milhões de bebês a cada ano.

No Brasil, segundo dados do IBGE, no censo demográfico de 2000, a população brasileira era de 169.799.170 pessoas, sendo 35.287.882 (20,78%) o número de jovens de ambos os sexos com idades entre 10 e 19 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000). A contagem censitária de 2010 revela uma população nacional de 190.732.694 brasileiros, com um quantitativo de 34.206.001 adolescentes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Na análise das pirâmides etárias dos dois últimos censos demográficos, observa-se uma variância no quantitativo da população adolescente no Brasil. Em 2000 essa população correspondia a cerca 20,78% da população nacional, dos quais 50,43% homens e 49,57% mulheres. Em 2010 a população de jovens caiu para 17,93%, apresentando uma equiparação percentual, em relação ao censo anterior, entre as populações masculina e feminina, sendo 50,60% de homens e 49,40% de mulheres. Visualizando os números absolutos, percebe-se que essa diferença representa um quantitativo de aproximadamente 412.000 mulheres.

A população de adolescentes e jovens do Brasil compreendia, em 2001, o contingente de 51 milhões de brasileiros na faixa etária dos 10 a 24 anos de vida ou 1/3 da população

brasileira. A população masculina e feminina é praticamente igual nesta faixa de idade. Têm-se observado transformações na composição etária brasileira: aumentam o número de adolescentes de 15 a 19 anos e há um decréscimo entre jovens de 20 a 24 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

Dimenstein (2005, p. 12), enfatiza que “26% das jovens no Brasil engravidam antes de completar 20 anos”. Ainda de acordo com esse autor, traduzindo esse percentual, “todos os anos, um milhão de brasileiras muito jovens, a imensa maioria delas pobres, tornam-se mães ainda mais vulneráveis para continuar os estudos e educar os filhos”. A prevalência de gravidez na adolescência foi estimada em 16,60%, em inquérito domiciliar realizado em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre (AQUINO *et al.*, 2003).

De acordo com o CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER (1998) em virtude das experiências sexuais e da falta de uso de métodos anticoncepcionais, o índice de gravidez na adolescência registrado no Brasil no ano de 1998 foi de 23,60% e, por região, verificou-se um percentual de 31,20% para a região Norte; 26,00% para o Nordeste; 20,70% para região Sudeste; 21,50% para região Sul e 27,10% para a região Centro-Oeste.

No Brasil, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes, com idades entre 15 e 19 anos, que em 1995 era de 18,30%, em 2005 elevou-se para 19,90%. O aumento do número de gravidez na adolescência pode ser associado a alguns fatores, dentre eles: a não-adoção dos métodos contraceptivos ou o uso incorreto e o desconhecimento da fisiologia reprodutiva. O início cada vez mais precoce da puberdade tem provocado a redução da idade da primeira menstruação nas adolescentes, favorecendo a instalação precoce da capacidade de reprodução desse grupo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

Estima-se que, a cada ano, um contingente de 4 milhões de jovens tornam-se ativos sexualmente no Brasil. O início precoce da vida sexual pode ser considerado um agravante para a problemática da gravidez na adolescência e outros agravos como DST/AIDS. Segundo pesquisa da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM, 1996), a idade mediana da primeira relação sexual, para homens, é de 14 anos e para as mulheres 15 anos.

As modificações dos padrões de sexualidade repercutiram no aumento da incidência da gravidez na adolescência, particularmente nos países em desenvolvimento e nas adolescentes mais jovens. Outro fator de vulnerabilidade, relacionado a essa população, diz respeito ao aumento da taxa de fecundidade na faixa de 15 a 19 anos, nos últimos anos, diferentemente da tendência nacional de decréscimo da curva da fecundidade no país. Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam que principalmente a faixa de 10 a 14 anos não tem seguido a tendência de queda verificada entre as demais mulheres (BRASIL, 2009b).

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

Os números aqui mencionados revelam que na população essa é a única faixa etária a apresentar taxa de natalidade crescente, principalmente em menores de 15 anos, enquanto todas as outras diminuem. Estima-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dão à luz a cada ano, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos. As estatísticas também comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens em todo o mundo (SOARES, 2001).

Dados do SUS confirmam essa tendência, registrando um percentual de 21,41% de partos realizados em 1993 para 25,27% em 1997 na faixa etária de 15 a 19 anos. Chama a atenção, no entanto, o aumento do percentual de partos em adolescentes de 10 a 14 anos, em intervalo de tempo curto: em 1993, dos 2.856.255 partos realizados no SUS, 0,93% ocorreram na faixa dos 10 aos 14 anos; em 1997, a ocorrência foi de 1,23% (BRASIL, 2006b).

Os números apresentados são consistentes e de enorme dimensão, que permitem analisar o problema diante de sua real complexidade. Se o sistema de retro-alimentação dessas informações for fidedigno e os dados confiáveis, pode-se inferir que na última década, de um modo global no Brasil, a problemática sofreu amenização. Informações dos órgãos oficiais de saúde do governo brasileiro dão conta de que o número de partos de adolescentes pelo SUS caiu mais de 22,0% na segunda metade da década passada, tendo a rede pública fundamental importância para essa redução.

Dados do MS mostram que a quantidade de procedimentos em adolescentes de 10 a 19 anos caiu 22,4% de 2005 a 2009. Na primeira metade da década passada, a redução foi de 15,6%. De 2000 a 2009, a maior taxa de queda anual ocorreu no ano de 2009, quando foram realizados 444.056 partos em todo o País – 8,9% a menos que em 2008. Em 2005, foram registrados 572.541. Ao longo da década, a redução total foi de 34,6% (BRASIL, 2010a).

Ainda de acordo com o MS, em 2007 ocorreram 2.795.207 nascimentos no País, dos quais 594.205 (21,3%) foram de mães com idade entre 10 e 19 anos. No entanto, a tendência da gravidez na adolescência é de redução. Isto por conta das campanhas em relação ao uso de

preservativo, da disseminação da informação sobre métodos anticoncepcionais e maior participação da mulher no mercado de trabalho (BRASIL, 2010a).

Por outro lado, os números publicados pelo MS são contraditórios. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2005 o sistema registrou a ocorrência de 3.035.094 nascimentos no Brasil, dos quais 661.137 (21,8%) de adolescentes. Em 2007 ocorreram 2.891.328, dentre os quais, 610.372 (21,1%) adolescentes. O sistema também lançou dados preliminares de 2009, registrando 2.870.287 nascimentos, dos quais 571.947 (19,9%) de jovens na faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 2009b). Apesar da disparidade nos números absolutos das informações, observa-se uma tendência a redução percentual nos períodos apresentados na década.

No Estado do Amapá, segundo dados do IBGE, no censo demográfico de 2000, a população era de 477.032 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000). A contagem censitária de 2010 revela uma população de 668.689 amapaenses, com um quantitativo de 152.829 (22,85%) adolescentes. De acordo com o IBGE, o Estado foi a UF que apresentou o maior crescimento populacional nos últimos dez anos e a população adolescente seguiu esta tendência. Analisando a pirâmide etária da população, observa-se uma disparidade entre as instâncias nacional, regional e local no percentual de adolescentes, quando o Brasil apresenta 17,93%, a Região Norte 20,89% e o Amapá 22,85% de adolescentes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Segundo o SINASC, no Amapá, nos últimos cinco anos a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes, com idade entre 10 e 19 anos, vem apresentando discreta redução. Mas quando comparada com os quantitativos percentuais do país, observa-se uma importante disparidade. O sistema registrou em 2005 no Brasil 3.035.094 partos, sendo 661.137 (21,78%) em adolescentes; no Amapá foram registrados 14.508 partos, destes, 4.003 (27,59%) em adolescentes; em 2007 dos 2.891.328 partos, 610.372 (21,11%) foram em adolescentes; no Amapá foram contabilizados 14.903 sendo 3.962 (26,59%) em adolescentes; em 2009 foram registrados no País 2.870.287 nascimentos, destes 571.947 (19,92%) provenientes de adolescentes; no Amapá foram contabilizados 15.025, sendo desses 3.917 (26,07%) em adolescentes de 10 a 19 anos (BRASIL, 2009b).

Os números revelam que no período de 2005 a 2007 o quantitativo de nascimento no País reduziu mais de 143.700 (4,74%). No Amapá, no mesmo período ocorreu um aumento de 395 (2,72%) nascidos vivos e quando se estabelece análise comparativa entre 2005 e 2009 percebe-se um aumento mais expressivo de 517 (3,56%) de nascimentos. No que diz respeito à população de adolescentes, no Brasil ocorreu uma queda percentual na ordem de 1,86%, e

no Amapá 1,52%. Merece destaque a diferença percentual no quantitativo de nascidos vivos das adolescentes na faixa etária dos 10 a 14 anos, existente entre o País e o Estado. Nos anos de 2005, 2007 e 2009 foram registrados no Brasil 26.752 (0,88%), 27.963 (0,97%) e 27.658 (0,96%); no Amapá 230 (1,59%), 238 (1,60%) e 250 (1,66%), respectivamente.

Em 2009 o Estado do Amapá foi noticiado em programas telejornalísticos mostrando a problemática da gravidez na adolescência. Os meios de comunicação basearam-se em dados do portal de notícias do MS que fez uma análise comparativa da gravidez na adolescência, entre os anos de 1998 e 2008. O Amapá foi a única UF que apresentou aumento do quantitativo de gravidez na faixa etária de 10 a 19 anos, sendo notificados 3.313 casos em 2008, contra 2.379 em 1998, representando uma elevação de 39,26%. Outros estados como Rondônia, Rio de Janeiro e Goiás apresentaram um decréscimo no quantitativo de casos de 51,67%, 48,72% e 46,11% respectivamente (BRASIL, 2009a).

Os dados, não oficiais<sup>1</sup>, do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), confirmam os números da problemática da gravidez na adolescência no Amapá, referentes a última década (BRASIL, 2009a). O serviço registrou nos anos de 2005, 2007, 2009 e 2010, a ocorrência de 7.193, 5.968, 6.012 e 6.056 respectivamente de partos na população em geral. Sendo deste quantitativo 2.478(34.45%), 1.741(29.08%), 1.618(26.91%) e 1.368(22.59%), respectivamente, em adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos (AMAPÁ, 2005, 2007, 2009, 2010).

Embora os números apresentem uma queda na natalidade em quase todo o Brasil, com exceção no Estado do Amapá, ainda assim é preocupante a gravidez em adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Hoga, Borges e Reberte (2010, p.151) advogam que “apesar de a gravidez na adolescência ocorrer com maior frequência nos grupos mais empobrecidos, [...] suas consequências podem ser mais negativas para adolescentes cuja inserção social restringe o acesso a bens materiais e imateriais.”

Nesta perspectiva de instabilidade e vulnerabilidade, outros agravos a saúde e sociais, vivenciados por essas jovens merecem ser enfatizados. Nos últimos anos o MS tem manifestado preocupação com o número de abortos, em especial os clandestinos, entre as adolescentes brasileiras. Segundo o MS, em 1998 mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-abortamento, sendo que quase três mil delas tinham apenas de 10 a 14 anos, apontando para a crescente vulnerabilidade desse grupo que, muitas vezes, está exposto à violência sexual (BRASIL, 2006b).

---

<sup>1</sup>Dados estatísticos fornecidos pelo Hospital da Mulher Mãe Luzia sobre atendimento por parto e aborto em adolescentes, nos anos de 2006 a 2011, conforme autorização da direção (ANEXO B) para publicação.

De acordo com Suwwan (2008), no ano de 2004, quase 49 mil adolescentes chegaram aos serviços do SUS para curetagem pós-aborto e destas 2.711 tinham de 10 a 14 anos. Vieira *et al.* (2007) em estudo comparativo da ocorrência de abortamentos no período de 2000 a 2003, revelam que o grupo de adolescentes de 10 a 14 anos apresentou elevação nos índices, alertando que tal grupo etário não está sendo atingido satisfatoriamente pelos programas e campanhas de educação sexual.

No Amapá, o SAME do HMML registrou nos anos de 2005, 2007 e 2009 a ocorrência de 340(20,90%), 337(20,97%) e 344(20,73%) respectivamente, atendimentos por causa de abortamentos na faixa etária de 10 a 19 anos (AMAPÁ, 2005, 2007, 2009).

Além da experiência da gravidez e elevado número de abortamentos entre adolescentes e jovens, outros agravos como DST/AIDS, alcoolismo, uso de drogas entre outros, tem assolado essa população. Segundo a ONU, das 30 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo, pelo menos um terço tem entre 10 e 24 anos. No Brasil, 13,4% dos casos diagnosticados entre 1980 e 1998 foram em adolescentes (BRASIL, 2005).

A gravidez e a maternidade precoce são o principal fator de evasão escolar entre as adolescentes ou jovens entre 15 a 19 anos, concorrendo também para aumentar o baixo nível de escolaridade deste segmento da população (BEMFAM, 1996).

Brasil (2006b, p. 128), resgatando os prejuízos sociais experimentados pelos adolescentes em decorrências da gravidez, relata que:

Os ônus relacionados à maternidade e à constituição da família podem dificultar o progresso da escolarização das mães, afetando a sua inserção exitosa no mercado de trabalho, colaborando, assim, para a continuidade do ciclo de pobreza com todas as más consequências para a qualidade de vida dessas jovens. Os homens adolescentes, também, carregam o ônus de uma gravidez precoce quando assumem a paternidade sem estrutura econômica, e às vezes emocional, para cuidar e educar um filho, devendo ser contemplados na atenção dentro do âmbito da saúde reprodutiva.

Os registros teóricos e científicos mencionados enfatizam a real magnitude da problemática, evidenciando que a gravidez na adolescência tem sérias implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas, além das jurídico-sociais, que atingem a adolescente isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade. Enquanto fenômeno de natureza social, evento que vem sofrendo um incremento sistemático, ano a ano, ele é um sinal de alerta, que pede pronta investigação e implementação de programas de prevenção específicos para essas adolescentes em condição de vulnerabilidade social.

## 2.4 Consequências perinatais da gravidez na adolescência

A gravidez é uma transição que integra o desenvolvimento humano, mas revela complicações ao ocorrer na adolescência. Pois envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, havendo mudanças de identidade e nova definição de papéis. Moreira *et al.* (2008, p. 315) enfatizam que “a mulher passa a se olhar e a ser olhada de forma diferente”. Assim, a maternidade deve ser considerada como uma transição do seu desenvolvimento biológico, psicológico, social e emocional.

Nesta perspectiva, em relação a gravidez nesta fase da vida, é mister pensar que a mulher adolescente enfrenta um momento obscuro e merece ser compreendida, pois no desenrolar da gravidez, do parto e do pós-parto ela vivencia situações concretas em seu mundo-vida, um momento ímpar, singular para cada adolescente.

Durante os nove meses de gestação, as mulheres passam por mudanças físico-psicológicas e requerem maior necessidade de afeto, carinho, cuidado e proteção. Mas, é no último trimestre que as alterações psicológicas se acentuam. No primeiro trimestre, evidenciam-se transformações fisiológicas como náuseas, êmese, mudanças no apetite, entre outras; o segundo trimestre é considerado o mais estável emocionalmente, pois a mulher sente os movimentos fetais; no terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a aumentar devido a proximidade do parto e da rotina de vida após a chegada do bebê (MOREIRA *et al.*, 2008, p. 315).

Neste contexto de transformações, a gravidez ocorrida durante a adolescência pode provocar um forte impacto sobre as relações familiares e sociais da adolescente. A ocorrência da gravidez e o conseqüente nascimento de uma criança dentro do seio familiar demanda adaptações emocionais, financeiras, de moradia e de trabalho, mudando significativamente a dinâmica familiar do adolescente. Ao engravidar, a jovem passa a enfrentar, paralelamente, tanto os processos de transformações da adolescência como os da gestação.

Brandão e Heilborn (2006, p. 1422) destacam que:

Parir antes dos 19 anos, décadas atrás, não se constituía em assunto de ordem pública. As alterações no padrão de fecundidade da população feminina brasileira, as redefinições na posição social da mulher, gerando novas expectativas para as jovens, no tocante à escolarização e profissionalização e o fato da maioria destes nascimentos ocorrerem fora de uma relação conjugal despertam atenção para o fato.

A ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 1995) considera a gravidez na adolescência como de alto risco, devido às repercussões sobre a saúde da mãe (seu corpo ainda não está formado adequadamente para a maternidade) e do bebê (sofre a influência da imaturidade física e psíquica da mãe). Porém, atualmente postula-se que os riscos são mais significativos socialmente e emocionalmente que biologicamente para ambos.

A preocupação social está mais na gravidez que não se encontra amparada numa união consensual, geralmente, a gravidez a que os adolescentes estão se submetendo, usando a

sexualidade sem pedir permissão ao mundo adulto. Para Aquino *et al.* (2003, p. 378) “a experiência de uma gravidez inscreve-se em uma etapa de aprendizado da sexualidade, que assume contornos singulares no contexto da cultura brasileira.”

As consequências de uma relação sexual que implica uma gravidez, aparecem tardiamente e a longo prazo, tanto para a mãe, como para o filho. Por um lado, a adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, dificuldade em atividades sexuais futuras além de complicações na gravidez e problemas no parto. Por outro, dependendo do grau em que essas complicações afetaram a vida dessa adolescente, as consequências serão sofridas pelo bebê, como rejeição, maus-tratos, carência afetiva, entre outras.

#### 2.4.1 Repercussões sociais da gravidez na adolescência

O nascimento de um filho durante o período adolescente resulta em mudanças significativas na vida dos adolescentes envolvidos. Aquino *et al.* (2003) relatam que há diminuição do convívio social em ambos os sexos, abandono escolar, principalmente para as mães adolescentes, onde, o impacto sobre o percurso escolar é maior, pois a maioria interrompe temporariamente ou definitivamente os estudos após o nascimento do bebê.

Aquino e Dias (2006, p. 1456) em um estudo multicêntrico realizado em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, que abordava essas mudanças experimentadas pelos adolescentes, em decorrência da gravidez, constataram que:

[...] em relação a renda *per capita*, a maioria dos pais e mães adolescentes (68,8%) sobrevivem com uma renda familiar de um salário mínimo mensal, e no tocante a educação, há uma evasão escolar muito acentuada de pais e mães adolescentes, justificada pelo cuidado e sustento do filho. Quanto ao mercado de trabalho, muitos adolescentes, principalmente os rapazes, ingressam mais cedo, começando a trabalhar mais precocemente em relação aos que não tiveram filhos nessa etapa da vida. No que diz respeito as relações sociais, as mães adolescentes são as mais afetadas, pois, a responsabilidade pelo cuidar do filho, recaem mais sobre elas, sendo alto o número daquelas que cuidam sozinhas do filho, sem a ajuda do pai.

Viver ao mesmo tempo a própria adolescência, cuidar da gestação e, mais tarde do bebê, não é tarefa fácil. E a vida torna-se ainda mais difícil para a adolescente grávida que estuda e trabalha. Igualmente, essa situação não difere com relação ao jovem adolescente que se torna pai: ele se vê envolvido na dupla tarefa de lidar com as transformações próprias da adolescência e as da paternidade, que requerem trabalho, estudo, educação do filho e cuidados com a esposa ou companheira.

Desta forma, engravidar na adolescência reduz as chances de sucesso profissional, sendo que a gravidez indesejada nesta fase da vida é, muitas vezes, um fator facilitador para a

permanência em uma situação de pobreza, frequentemente levando a interrupção escolar da adolescente e reduzindo futuras oportunidades no mercado de trabalho.

Neste sentido, a gravidez em adolescentes passa a ser vista como um problema social negativo, devendo, como tal, ser erradicada. Fica estabelecido pelas políticas sociais correntes que o melhor para os adolescentes é viver num mundo onde tudo já está ordenado e organizado, em que tudo se decide a favor do controle social e do estabelecimento de regras autoritárias (ROJAS, 2000).

#### 2.4.2 Repercussões obstétricas da gravidez em adolescentes

Segundo a ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 1995) a gestação nesta fase da vida apresenta um risco obstétrico aumentado para a mulher adolescente. Corroborando, Spindola e Silva (2009) afirmam que há risco aumentado de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), prematuridade, baixo peso ao nascer, anemia e complicações no parto, pois a mãe adolescente se encontra em uma fase que ainda estão ocorrendo crescentes transformações corporais e psicológicas.

No que se refere as condições psicossociais desfavoráveis, observa-se que estas interferem profundamente, e de forma negativa sobre o desempenho obstétrico da adolescente. Por outro lado, a assistência pré-natal satisfatória à gravidez e ao parto pode exercer impacto positivo sobre o resultado materno e perinatal, anulando-se, eventualmente, as desvantagens típicas da idade.

Para Sabroza *et al.* (2004) as adolescentes, principalmente as menores de 18 anos e seus bebês estariam mais expostos a consequências negativas quando comparadas às mães adultas e seus bebês. Simões *et al.* (2003) afirmam que as maiores proporções de recém-nascidos com baixo peso, prematuridade e pequenos para a idade gestacional estão entre os partos de mães menores de 18 anos e que as taxas de mortalidade infantil nesta faixa etária também são elevadas. Essas consequências são reiteradas por Gama *et al.* (2001):

No que diz respeito ao recém-nato, a **mortalidade infantil** tem sido referida como o principal prejuízo da gravidez na adolescência. Apesar dos inúmeros avanços nos diagnósticos pré-natais, a **prematuridade** e o BPN – **baixo peso ao nascer** permanecem como as **principais causas de morbidade e mortalidade** no primeiro ano de vida (GAMA *et al.*, 2001, p. 75, grifo nosso).

Os efeitos adversos da gravidez precoce proporcionam também, taxas mais elevadas de Síndromes Hipertensivas Específicas da Gravidez (SHEG), anemia, Ruptura Prematura das Membranas (RUPREME), DST/AIDS, infecções urinárias e outros agravos. O descolamento prematuro da placenta e a placenta prévia têm se mostrado associar a ocorrência de gestação entre adolescentes. Quando a gravidez na adolescência concorre para abortamento, outras

complicações mais graves podem surgir e corroborar para aumentar a morbiletalidade materna nesta população, conforme mencionam Morais e Filho (2000, p. 239):

Das complicações mais graves associadas ao aborto, além da morte materna, citam-se: a hemorragia, as lesões cervicais e uterinas, as infecções locais, as endometrites, as salpingites e a sépsis. Casos sobrepujados, pode advir a síndrome de Asherman, a infertilidade materna e o aborto recorrente.

Souza *et al.* (2010, p.322) em estudo sobre mortalidade materna em adolescentes catarinenses afirmam que: “as causas encontradas de mortes maternas em adolescentes, nas regiões de Santa Catarina, no período de 1996 a 2005 foram, em sua maioria associadas à complicações obstétricas da gestação, parto e puerpério [...]”. Morais e Filho (2000) também relataram que as taxas de mortalidade perinatal em gestantes adolescente são elevadas quando comparados com mulheres entre 20 e 24 anos. Relataram ainda, que é maior as taxas de malformação fetal em mulheres adolescentes.

Em relação a prematuridade, a incidência de partos prematuros é maior entre as mães adolescentes de faixa etária entre 13 e 16 anos. Por outro lado, Mathias *et al.* (1985) indicam que as adolescentes no momento da gestação atingem maturidade biológica e endócrina, bem como desempenho obstétrico, como as mulheres adultas. Indicam, ainda, que a assistência pré-natal adequada exerce impacto positivo sobre o resultado materno e perinatal.

Desta forma, uma boa assistência pré-natal é extremamente importante para a grávida adolescente. A procura tardia pelo atendimento antes do parto agrava todos os problemas enfrentados pela adolescente, como destaca Morais e Filho (2000):

A demora para ir ao encontro à assistência pré-natal deve-se, nesta faixa etária, a uma série de condicionantes, dentre os quais citam-se: a segregação social e familiar da menina grávida que se sente só e desamparada, a ausência de serviços multiciplinares de atenção específica ao adolescente, com acesso facilitado, despreparo dos profissionais para lidar com a situação de forma abrangente, e a ausência de estímulo para a participação do pai da criança no processo que envolve a gravidez (MORAIS; FILHO, 2000, p. 239).

Os argumentos concorrentes na literatura sobre o tema, baseados majoritariamente em investigações junto as camadas populares, enfatizam que muitos problemas associados à família, à cultura e à perspectiva social permeiam o fenômeno da maternidade na adolescência. Agravos sociais como a desinformação juvenil, a pobreza, as dificuldades de acesso e demais situações de marginalidade social que circundam tais eventos, colaboram para que a gravidez na adolescência, seja rotulada como um sério problema de saúde pública.

As abordagens assistenciais voltadas a essa população precisam ser efetivas, claras, específicas, contextualizadas e persistentes para que se façam eficazes. Medidas necessitam ser adotadas para promover as diversas dimensões envolvidas da vida dessas jovens mulheres.

A promoção do empoderamento feminino, sobretudo no campo das relações de gênero, de nível educacional e outros aspectos associados, é considerado de extrema importância. A provisão de informações e cuidados, o respeito aos seus direitos, são aspectos essenciais que merecem consideração. O desenvolvimento de projetos mediante adoção de recursos adequados e oferecimento de respostas concretas às necessidades das adolescentes, assim como o estabelecimento de parcerias entre organizações governamentais e não governamentais, constituem medidas urgentes.

### **2.5 Políticas públicas de promoção à saúde do adolescente**

Nas últimas décadas muitas mudanças aconteceram, para contribuir com a melhora da qualidade de vida dos adolescentes. Alguns acontecimentos políticos e sociais que viabilizam as ações de saúde dessa população perpassam por investimentos e se começa a vislumbrar uma melhor qualidade de assistência à saúde dessa clientela, sendo que, para a concretude dessas políticas precisa-se, promover pesquisas e ações que favoreçam a transformação da política nacional e a prática aplicada junto aos adolescentes. Tais reflexões ainda estão presentes nas discussões acadêmicas e dos formuladores das políticas destinadas a este grupo, mas no sentido de fomentar suas aplicabilidades.

A busca dessa transformação perpassa pela necessidade de políticas públicas que promovam a educação sexual dos jovens e, na ocorrência de uma gestação, o encaminhamento das mulheres para o adequado acompanhamento pré-natal e planejamento familiar. Assim, também é oportuna a realização de campanhas de esclarecimento sobre a sexualidade, a contracepção e os riscos a que se expõem as mulheres que praticam o aborto e que iniciam tardiamente o acompanhamento no pré-natal. Perpassa ainda pela necessidade de profissionais habilitados para o atendimento desta população na rede assistencial, visando minimizar as conseqüências biopsicossociais e emocionais negativas vivenciadas.

Segundo o MS, a adolescência pode ser caracterizada, em linhas gerais, pelo atendimento das seguintes condições pelo indivíduo: estabelecimento de uma identidade sexual e possibilidade de estabelecer relações afetivas estáveis; capacidade de assumir compromissos profissionais e ter independência econômica; aquisição de um sistema de valores pessoais e relações de reciprocidade com a sociedade (BRASIL, 2005).

A partir de um olhar estritamente biológico, o adolescente é um ser com capacidade de reproduzir-se, enquanto dos pontos de vista emocional e social é um ser imaturo, em fase de transição, na busca do conhecimento de si mesmo e de afirmações pessoais. No aspecto legal, de acordo com o Código Civil no capítulo “Poder familiar”, em seu art. 1.630, “[...] os filhos que ainda não contam com 18 anos de idade estão sujeitos ao poder da família. esse poder

familiar é exercido pelos pais, aos quais compete dirigir a criação e a educação dos filhos com até 18 anos” (MONTEIRO; TRAJANO; BASTOS, 2009, p. 42).

O ECA (BRASIL, 1990), tem firmado-se como importante instrumento na defesa de direitos da criança e do adolescente no Brasil e insere no âmbito das políticas públicas o “princípio da prioridade absoluta” através do qual se afirma que:

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” (BRASIL, 1990, p. 7, grifo nosso).

A Constituição brasileira incorporou a doutrina da proteção integral a partir da qual as crianças e adolescentes são considerados cidadãos, sujeitos de direitos e deveres, portadores de prioridade absoluta na elaboração e execução de políticas públicas e titulares de direitos especiais – em virtude da condição peculiar de pessoas em desenvolvimento (BRASIL, 1988).

Nesta perspectiva, a saúde de crianças e adolescentes é um direito firmado, e para garantir o direito a vida e a saúde das crianças e adolescentes previstos no ECA, o SUS deve assumir seu mandato mediante a atenção integral à saúde desta camada da população. Essa atenção integral perpassa pelas condições de saúde e o estilo de vida de cada grupo, família e pessoa, relacionam-se às suas formas de moradia e trabalho, aos hábitos, normas e valores, ao nível educacional e sua participação na produção e distribuição de bens e serviços.

A integralidade pressupõe a articulação do setor saúde com outras políticas públicas com fins de repercutir na saúde e qualidade de vida desses indivíduos. Alia-se, portanto, à proposta de promoção da saúde, que permeia um caráter transdisciplinar e contribui para o debate entre grupos de profissionais e gestores responsáveis pela elaboração e implementação de políticas públicas, visando a melhorias da qualidade de vida de adolescentes e suas famílias em situação de risco social.

As políticas públicas são a melhor forma de combater os problemas que atingem os jovens e que as premissas para que haja uma política são: existência de mecanismos de consulta e participação; disseminação adequada de informação para diversas esferas juvenis e monitoramento e avaliação das ações (MONTEIRO; TRAJANO; BASTOS, 2009).

Ratificando a necessidade dessas políticas públicas voltadas aos jovens e as peculiaridades das mesmas, Chaves Junior (1999, p. 47), relata que:

[...] uma política de juventude deve ter como eixo norteador o estímulo à capacidade do jovem em lidar com seus problemas, fornecendo mecanismos para que ele se afirme socialmente e tenha pontos de referência. Deve estabelecer valores e princípios que comprometam os jovens com as outras gerações, pois somente desta

forma, a juventude responderá positivamente às expectativas sociais a seu respeito, sendo uma efetiva protagonista social no pacto do desenvolvimento humano.

Contextualizando historicamente a atenção à saúde dos adolescentes, observa-se que no Brasil, os primeiros serviços específicos para essa população surgiram, na década de 1970, no Rio de Janeiro e em São Paulo, e difundiram-se, de forma ampla, por mais de dez anos, por ambos os Estados. O Programa de Saúde do Adolescente, em São Paulo, foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, e considerado o centro colaborador da América Latina (PANTOJA *et al.*, 2007).

O modelo adotado no Estado de São Paulo serviu de base para ampliação aos demais estados brasileiros, sendo que em 1989 teve-se início a estruturação de políticas voltadas à saúde de adolescentes com a criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), criado pela portaria do MS nº 980/GM de 1989, o qual fundamenta-se em uma política de promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, respeitando as diretrizes do SUS garantidas pela constituição brasileira de 1988.

A carta magna apresenta em seu bojo uma garantia assistencialista voltada a essa população, quando prescreve no artigo constitucional 227 as instâncias responsáveis – família, sociedade e Estado – e os direitos sociais indispensáveis a serem afiançados à criança e ao adolescente. Este artigo consigna o princípio da integralidade, igualmente contemplado no artigo 194, que versa sobre a seguridade social, e no artigo 196, que institui a saúde. Apresenta deste modo, um conteúdo programático a ser regulamentado por diferentes políticas sociais, em especial o ECA (BRASIL, 1988).

Neste sentido, percebe-se que a saúde de crianças e adolescentes é um direito constitucional firmado, sendo ratificado pelo ECA, como delineamento inicial de políticas públicas voltadas a essa população. Porém torna-se necessário que o SUS assumas suas responsabilidades mediante a atenção integral à saúde dessa população. O princípio da integralidade assegura a possibilidade de compreender o adolescente em sua totalidade de vida, como cidadão de direito, usuário de serviços e sujeito individual.

[...] dando visibilidade ao sujeito coletivo, a integralidade aponta para a interdependência das ações públicas, com vistas a estabelecer uma continuidade entre as medidas sociais, no sentido de abarcar as reais demandas dos adolescentes e de ‘alterar’ sua qualidade de vida (MONTEIRO; TRAJANO; BASTOS, 2009).

Seguindo o princípio constitucional, o ECA reafirma a integralidade ao determinar no artigo primeiro a proteção integral e objetiva com esta a garantia de desenvolvimento físico, mental, moral espiritual e social do adolescente, em condições de liberdade e dignidade

(artigo terceiro). Faz parte desta proteção o direito a vida e a saúde (Capítulo I), bem como a responsabilidade penal pelo não-cumprimento às disposições do estatuto (BRASIL, 1990).

Contudo, o ECA não expõe de forma tácita os direitos que poderiam ser designados como sexuais e reprodutivos. Para Monteiro, Trajano e Bastos (2009, p. 77), o estatuto lida indiretamente com a temática, destacando que:

É importante esclarecer que vários foram os motivos pelos quais se enfatizam os direitos sexuais e reprodutivos ao se trabalhar a proteção integral no ECA. Primeiro, porque as normas internacionais, das quais o Brasil é signatário, regulamentam a discussão do exercício da sexualidade também como possibilidade de prazer, inclusive para os adolescentes. Segundo, porque as políticas públicas nacionais prevêm ações voltadas à educação sexual e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Terceiro, a gravidez na adolescência é o resultado do exercício da sexualidade, com ou sem orientação por parte das instituições socializadoras dos adolescentes (MONTEIRO; TRAJANO; BASTOS, 2009, p. 77).

No Brasil, percebe-se que os direitos sexuais e reprodutivos são explicitamente contemplados no Programa do Adolescente e de Jovens, no Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e no Tema Transversal da Orientação Sexual, dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs). No entanto, a discussão limita-se apenas a apresentá-los como instrumentos de viabilização dos direitos integrais dos adolescentes.

O tema transversal de orientação sexual, relaciona a sexualidade com o direito ao prazer e com seu exercício com responsabilidade. A política de educação a compreende como um dos elementos do exercício da cidadania. Desse modo, a inclusão da orientação sexual nos currículos escolares possibilita trabalhar com os adolescentes as relações de gênero, o desenvolvimento do respeito a si e ao outro, bem como a diversidade de crenças, valores e expressões culturais existentes na sociedade. Igualmente, propõe ações de prevenção da gravidez indesejada e das DST/AIDS (BRASIL, 1998).

A criação do PROSAD inaugurou a perspectiva da integralidade e o caráter preventivo e educativo das ações voltadas para os adolescentes. Para tanto, previa ações multiprofissionais, intersetoriais e interinstitucionais com vistas à melhora dos seus níveis de saúde. Entre as áreas consideradas prioritárias pelo programa estão a sexualidade e a saúde reprodutiva. “A questão da sexualidade do adolescente continua pouco debatida imparcial e abertamente pela sociedade, levando a situações de impasse, como gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis” (BRASIL, 1989, p. 10).

Atualmente, o Marco Legal da Saúde do Adolescente, no item saúde sexual e reprodutiva, reafirma a normativa estabelecida pela Conferência sobre População e

Desenvolvimento, trata dos adolescentes como sujeitos que deverão ser alcançados por normas, programas e políticas públicas de direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2005).

Outra importante proposta de política pública voltada a esta população foi a criação do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007. O programa surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada, por meio de ações pré-estabelecidas.

Dentre as ações pactuadas pelos dois Ministérios e direcionadas às crianças e adolescentes, de forma integrada, destacam-se a avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral às mesmas na rede de atenção à saúde; e a promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde visando a promoção da alimentação saudável, a promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, a educação para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, a promoção da cultura de paz e prevenção das violências, a promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2007).

Mais recentemente, a portaria 2.488/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vem ratificar as ações integradas de saúde e educação voltadas às crianças e adolescentes, prescritas para o PSE. Muito embora a PNAB não trate de forma específica a saúde do adolescente, abre um viés quando fundamenta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Além de considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011, p. 3), destacando que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. [...] Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

No que tange ao enfoque das políticas de atenção à saúde, é importante destacar que a adolescência é um período de transformação e de transição ao mundo adulto, assim como, de forma diferente, a gestação também é transformação e transição. Juntar essas duas

experiências num único momento da vida traz grandes desafios, desdobrados em sérios problemas físicos, biológicos, psicológicos e principalmente sociais para a mãe adolescente e seu filho. Vislumbrando a necessidade de encarar esses desafios, a partir da década de 1990 observou-se uma preocupação crescente com a gestação entre adolescentes desencadeando questões importantes para pensar e fomentar a elaboração de políticas públicas.

Em termos de sujeito individual, o princípio da integralidade possibilita pensar, ainda, a diversidade e a singularidade dos adolescentes e seus repertórios sexuais. É necessária uma participação qualificada, capaz de pautar as ações dos governos e não ter sua luta tolhida pelos órgãos, ou organismos nacionais, para que as políticas públicas sociais cumpram seu papel. A falta de prevenção da gravidez é uma realidade entre as adolescentes, estando vinculada a diversos fatores, como desinformação, dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, falta de estrutura familiar e violência doméstica, entre outros transtornos de ordem social, econômica e política.

Dados do MS demonstram que a cada cinco crianças que nascem por ano, uma é filha de gestante adolescente. No ano de 2009, das 42.684 crianças menores de um ano que morreram, 7.917 eram filhas de gestantes entre 15 e 19 anos e 627 filhas de adolescentes com menos de 14 anos. Os dados sobre mortalidade materna para esta faixa etária revelam que em 2009 morreram em decorrência de complicações da gravidez, parto ou puerpério 236 gestantes com menos de 19 anos (BRASIL, 2009b). Esta é uma das razões para a análise de dados sobre a gravidez na adolescência ser considerada de importância fundamental para o planejamento e orientação de políticas públicas eficazes a essa população.

A campanha Saúde para as Crianças Primeiro no Brasil adota a gravidez na adolescência como eixo condutor dos debates sobre a garantia da qualidade da assistência à gestante e a criança, sem, contudo, perder de vista o contexto mais global e a perspectiva da universalidade do direito à saúde. De acordo com a campanha, este fenômeno vem ganhando grande destaque por três motivos: o aumento proporcional da fecundidade nesta faixa etária; as mudanças do papel da mulher jovem na sociedade e no mercado de trabalho e os impactos para a saúde da gestante adolescente e seu bebê (VISÃO MUNDIAL BRASIL, 2011).

A gravidez na adolescência tornou-se uma realidade relevante no mundo moderno, não por se tratar de um acontecimento inédito, mas sim pela importância da repercussão no setor social, na família e na vida pessoal das gestantes adolescentes e seus filhos. Para os profissionais da saúde, a assistência à adolescente é um desafio, tanto pelas características epidemiológicas de morbimortalidade desta faixa etária, como pelas controvérsias éticas, legais e sociais que perpassa essa população.

Os dados da PNDS (2006), também revelam a relevância desta questão para pensar políticas públicas e enfatizam as diferenças regionais: Norte e Nordeste apresentaram maior percentual de gestantes com menos de 20 anos (BRASIL, 2006a). Mediante a realidade presente do fenômeno e suas consequências para as partes envolvidas, urge a necessidade de aprimorar investimentos nas políticas públicas relacionadas mais diretamente à prevenção, sobretudo o incremento e a efetividade no atendimento ao pré-natal, parto e puerpério.

A assistência pré-natal exerce efeito protetor sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, contribuindo, para uma menor incidência de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal. Segundo Gama *et al.* (2004), dentre as grávidas, é nas adolescentes que os prejuízos de uma atenção precária à gestação se mostram mais intensos. Para a FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO, 2000) o atendimento pré-natal de adolescentes deve incluir investimentos à captação precoce, acompanhamento de equipe multiprofissional e acolhimento em todas as consultas.

Porém, na prática clínica, sabe-se que um dos principais motivos que fazem com que a adolescente não busque atendimento pré-natal é o receio da revelação aos seus familiares de informações compartilhadas durante a consulta, principalmente no que diz respeito à sexualidade (MONTEIRO; TRAJANO; BASTOS, 2009). Carvalho *et al.* (2008), estudando os fatores associados ao acesso a serviços de saúde por adolescentes gestantes citam a barreira geográfica, a pequena oferta de atendimento, disponibilidade de profissionais preparados, acolhimento deficiente, além da disponibilidade de tempo e poder aquisitivo da adolescente.

No Estado do Amapá, as políticas públicas voltadas à saúde dos adolescentes seguem, via de regra, os passos da política nacional. Porém com algumas limitações para implementação e êxito nas mesmas, como ingerência administrativa dos gestores, falta de equipe multiprofissional capacitada e estrutura física adequada. Por consequência, os adolescentes - clientela alvo dessas políticas, ficam a mercê da própria sorte. Muitas vezes com desfecho negativo na individualidade de cada adolescente, ou com reflexo para a coletividade dessa população e conseqüentemente para o Estado.

A exemplo destas limitações para efetivação de políticas públicas no Estado, associadas à temática gravidez na adolescência, pode-se destacar a implementação do PROSAD que, segundo o MS, foi criado fundamentando-se numa política de Promoção de Saúde com o enfoque educativo. Este programa além de chegar atrasado ao Amapá funcionava de forma precária e unilateral na Secretaria de Saúde do Estado (SESA). Não conseguia garantir ao adolescente o acesso à saúde e, conseqüentemente problemas como a

gravidez e abortamento acabavam se tornando situações de grande dimensão e difícil controle, provocando graves prejuízos físicos, psicológicos e sociais à mãe adolescente e ao seu filho.

Pantoja *et al.* (2007, p. 516), escrevem que no Amapá, o programa PROSAD foi implantado na década de 1990, e desenvolveu-se com dificuldades, afirmam que:

“inexiste, em nível estadual e municipal, um serviço público de saúde específico e estruturado para a atenção e a saúde do adolescente. Essa clientela é atendida com a demanda geral dos serviços, o que gera inibições no adolescente que procura informações sobre sua saúde”.

No ano de 2002, o governo do Amapá implementou o projeto de saúde denominado Prevenção da Gravidez na Adolescência. Dada a complexa realidade do Estado, faz-se necessária uma reestruturação dos serviços de saúde pública referentes ao planejamento familiar e à saúde do adolescente, que integram as dimensões interdisciplinares ao trabalho, através da participação de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e outros profissionais (PANTOJA, *et al.*, 2007).

As políticas de saúde mais atuais, chegam mais rápidas ao Estado e parecem ser também mais efetivas. A exemplo do PSE que surge como um marco na integração saúde/educação. Destaca-se também que a PNAB – 2011 veio reiterar essa parceria e através do foco da integralidade, garantir assistência integral à saúde dos adolescentes Amapaenses.

Contudo, a necessidade de aprimorar investimentos nas políticas públicas relacionadas mais diretamente às causas imediatas de mortalidade materna e infantil, sobretudo a necessidade de aprimorar o atendimento ao pré-natal, parto e puerpério, se faz necessário. É preciso criar estratégias de acompanhamento específico em caso de gravidez nessa faixa etária. O serviço de saúde precisa estar preparado para acolher e oferecer espaço para que estas jovens possam expressar seus sentimentos e esclarecer suas dúvidas.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Características e abordagem do estudo

O estudo teve como objetivo analisar os fatores epidemiológicos e os resultados perinatais maternos/conceituais de gestantes adolescentes atendidas para o parto no HMML, através da identificação das características sociobiológicas, econômicas, educacionais, demográficas, comportamentais e clínicas da população estudada. Caracterizou-se por um estudo exploratório, descritivo e documental, com abordagem quantitativa.

Sobre o estudo exploratório Cervo e Bervian (2002, p.67) referem que este tem por objetivo familiarizar-se com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas idéias. [...] realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma.

Quanto à característica descritiva da pesquisa é advogada por Gil (2002, p. 42) como:

[...] tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. [...] uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. [...] tem por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental etc.

Em relação ao tipo documental Cervo e Bervian (2002, p.67) relatam que: “são investigados documentos a fim de se poder descrever e comparar usos e costumes, diferenças e outras características[...]”. De acordo com Gil (2002, p. 46-47), a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

Optou-se pela abordagem quantitativa, porque pretendia-se expressar a realidade da problemática, submetendo-a a modelos estatísticos. De acordo com Teixeira (2007, p. 123) “a pesquisa quantitativa utiliza a descrição matemática como uma linguagem, ou seja, a linguagem matemática é utilizada para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis”. Segundo Creswell (2007, p. 161) “[...] dá uma descrição quantitativa ou numérica de tendências, atitudes ou opiniões de uma população ao estudar uma amostra dela”.

#### 3.2 Contexto local: geográfico e institucional

A pesquisa realizou-se no Município de Macapá, capital do Estado do Amapá, criado em 5 de outubro de 1988. O Estado do Amapá possui uma população recenseada em 2010 de 668.689 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), sendo geograficamente composto por 16 Municípios.

O Município de Macapá fica localizado no sudeste do Estado do Amapá, cortado pela linha do Equador e banhado pelas águas do Rio Amazonas. Possui uma área territorial de 6.407,123 Km<sup>2</sup> (IBGE, 2007 apud MORAIS; MORAIS, 2009), com uma população de 397.913 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A rede hospitalar do referido Município é composta de seis hospitais, dos quais quatro são públicos administrados pelo governo estadual e dois são privados, sendo que um destes mantém convênio com o SUS. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS, em 2008 o Município de Macapá dispunha de 599 leitos públicos e conveniados, prestando atendimento a diferentes especialidades sendo estas: crianças e adolescentes, urgência e emergência, gestantes e parturientes e atendimento a diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.

O *locus* da pesquisa foi o HMML, uma maternidade pública de referência no Estado do Amapá, regida pelo SUS, que presta atendimentos obstétrico e neonatal às mulheres e seus conceitos, originários de todo o Estado e de Municípios e população ribeirinha do Estado do Pará. O hospital é classificado como de grande porte, contando atualmente com 151 leitos ativos, distribuídos em clínicas para acompanhamento de gestantes de alto risco, unidades de terapia intensiva adulto e neonatal, enfermarias de alojamento conjunto, tratamento gineco-obstétrico e pós-operatório, bloco obstétrico e unidade neonatal.

Esta maternidade foi escolhida por ser um unidade hospitalar de referência no atendimento à mulher e por apresentar um elevado número de atendimentos a população feminina amapaense, incluindo as adolescentes, foco desta pesquisa. De acordo com dados, não oficiais, do SAME, no ano de 2010 foram realizados 6.056 partos no hospital, sendo 1.368 (22,59%) em adolescentes de 10 a 19 anos de idade (AMAPÁ, 2010).

### **3.3 Período do estudo e da coleta de dados, população, amostra e fonte de informação**

O estudo desenvolveu-se no período de maio de 2010 a maio de 2012, sendo a coleta de dados realizada entre 15 de junho e 17 de dezembro de 2011.

A população foi constituída por adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos atendidas para o parto no HMML, durante o período de coleta de dados.

A amostra foi do tipo aleatória simples, sendo que, a princípio, o quantitativo de participantes foi definido pela fórmula desenvolvida por Cochran (1977) e baseada na média aritmética do número de atendimentos para parto dessa população nos cinco anos anteriores ao estudo, ou seja, 2006 a 2010. Neste quinquênio, o SAME do HMML contabilizou 8.350 partos nesta população, com uma média aritmética de 1.670 anual. Aplicando-se a referida fórmula, definiu-se um quantitativo de 323 participantes, que foi atingido em meados de

outubro. Porém observou-se que até o mês de setembro de 2011 o quantitativo de parto entre adolescentes já havia superado a média dos anos anteriores. Como medida de segurança, para validação científica da amostra, retornou-se ao cenário do estudo e aplicou-se mais formulários até atingir o total de 351 amostras.

As fontes de informações foram constituídas pelas próprias participantes, quando da realização de entrevista e por documentos como prontuários da puérpera e do recém-nascido, cartão de pré-natal da gestante e livros de registros de partos e recém-nascidos.

### **3.4 Técnica, instrumento e operacionalização da coleta de dados**

A técnica utilizada foi a entrevista semi-estruturada, por intermédio da aplicação de formulários padronizados aplicados pelo pesquisador. Esses instrumentos foram constituídos de perguntas abertas e fechadas, baseadas nas questões norteadoras e nas variáveis do estudo. Foram aplicados em dois momentos: diretamente às participantes; e aos prontuários, cartão de pré-natal e livros de registro de partos e recém-nascidos.

Após o recebimento da certificação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAP para desenvolvimento do estudo (protocolo nº FR 403685/011), foi solicitada autorização formal da direção do HMML para iniciar a coleta de dados. A coleta de dados somente acontecia após a adolescente ter sido convidada, informada, esclarecida sobre o estudo e emitir seu consentimento para a participação da pesquisa por escrito ou seu responsável, em caso de menores de idade, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apêndices A e B.

As participantes foram selecionadas através de amostragem aleatória simples, quando abordadas e entrevistadas durante sua permanência nas enfermarias de alojamento conjunto, colhendo informações de seus prontuários e cartão de pré-natal. As informações dos recém-nascidos foram colhidas por meio da aplicação do instrumento aos prontuários destes, que ficava sob a responsabilidade de profissionais do berçário.

Concomitantemente ao processo de aplicação dos instrumentos, os dados foram digitados e armazenados em planilhas do programa Excel da Microsoft 2007, os quais passaram por um processo de organização e primeiros tratamentos estatístico.

#### **3.4.1 Pré-teste**

Realizo-se um pré-teste com a aplicação do instrumento de coleta de dados para cinco adolescentes, na primeira metade do mês de junho de 2011, com a intenção de se verificar a impossibilidade de se ter determinadas informações contidas neste, em função do objeto, das questões e das variáveis de estudo. Foram detectadas algumas falhas no instrumento, sendo

retificadas as mesmas. Os formulários aplicados como pré-teste foram descartados e não compuseram a amostra do estudo.

Vieira e Hossne (2001) ressaltam a importância do pré-teste como forma de validar o instrumento de pesquisa. Para Polit, Beck e Hungler (2004), é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para geração de informações desejadas.

### **3.5 Definição de variáveis do estudo**

Variável é um conceito que contém ou apresenta valores, tais como: quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços etc., sendo o conceito um objeto, processo, agente, fenômeno, problema etc. (MARCONI; LAKATOS, 2003). Ainda de acordo com as autoras pode ser considerada como uma classificação ou medida; uma quantidade que varia; um conceito operacional, que contém ou apresenta valores; aspecto, propriedade ou fator, discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração.

Segundo Gil (2002, p. 32) “seu objetivo é o de conferir maior precisão aos enunciados científicos [...]. Refere-se a tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspectos, segundo casos particulares ou as circunstâncias”. Fachin (2001) complementa que compete ao pesquisador selecionar no universo de variáveis que incluem o problema em estudo aquelas que se deixam conhecer dentre estas, as mais significativas, ou seja, as que exercem maior influência no estudo em questão.

Utilizaram-se no instrumento de coleta de dados variáveis independentes (sociodemográficas) e variáveis dependentes (biológicas e clínicas), assim apresentadas:

- Variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, grau de escolaridade, abandono escolar, renda familiar, aspectos relativos à moradia, religião, situação trabalhista, ocupação principal e convivência familiar;
- Variáveis biológicas: idade da menarca, história de aborto(s) anterior(es), número de gestações, número de filhos vivos, utilização e tipo de método(s) contraceptivo(s) anterior a gestação atual, peso do recém – nascido e idade gestacional;
- Variáveis clínicas: intercorrências maternas durante a gravidez e parto, número de consultas pré-natal, ganho de peso durante a gestação, tipo de parto, intercorrências nos recém-nascidos e índice de Apgar.

### **3.6 Apresentação e análise dos dados**

As pesquisadas, para fins de aplicação dos testes estatísticos, foram distribuídas em dois grupos: adolescentes com idade entre 10 e 14 anos (grupo A ou GA) e adolescentes com

idade entre 15 e 19 anos (grupo B ou GB). Para determinar as principais características associadas às mães adolescentes aplicaram-se métodos estatísticos descritivos e inferenciais. Na estatística inferencial foram aplicados testes de hipóteses em dois níveis: análise bivariada e análise multivariada. Na parte referente aos testes de hipóteses, a análise bivariada da associação entre as variáveis qualitativas foi aplicado o teste do Qui-quadrado, conforme recomendam Ayres *et al.* (2007) e nas variáveis quantitativas foi aplicado o teste t de Student.

Para determinar o valor do peso ao nascer dos filhos das adolescentes, que determinasse o limite entre as gestantes dos grupos A e B foi aplicado o método Receiver Operating Characteristic Curve (ROC), conforme Ayres *et al.* (2007). As variáveis que na análise bivariada obtiveram p-valor  $<0,07$  foram submetidas ao modelo multivariado de regressão logística. Foi previamente fixado o nível alfa = 0,05 para rejeição da hipótese nula. O processamento estatístico foi realizado no software BioEstat versão 5.3.

### **3.7 Aspectos éticos em pesquisa**

Com intuito de cumprimento dos preceitos ético-legais em pesquisa científica envolvendo seres humanos, utilizaram-se como princípios norteadores, aqueles contidos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que recomenda “[...] sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e vise assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado”. (BRASIL, 1996, p.1)

A população alvo do estudo é definida pela referida Resolução do CNS como grupo vulnerável ou legalmente incapaz e que muitas vezes pela inobservância de certos pesquisadores os postulados legais são infringidos, ocasionando sérios conflitos éticos. Como mecanismo de respeito à legislação e principalmente ao ser humano em sua dignidade, foi apresentado, discutido, esclarecido e assinado por todas as participantes ou por seus representantes legais, quando essas eram impossibilitadas, o TCLE.

Assim, de acordo com a Resolução a eticidade da pesquisa implica em:

Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos - alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade (BRASIL, 1996, p. 2).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

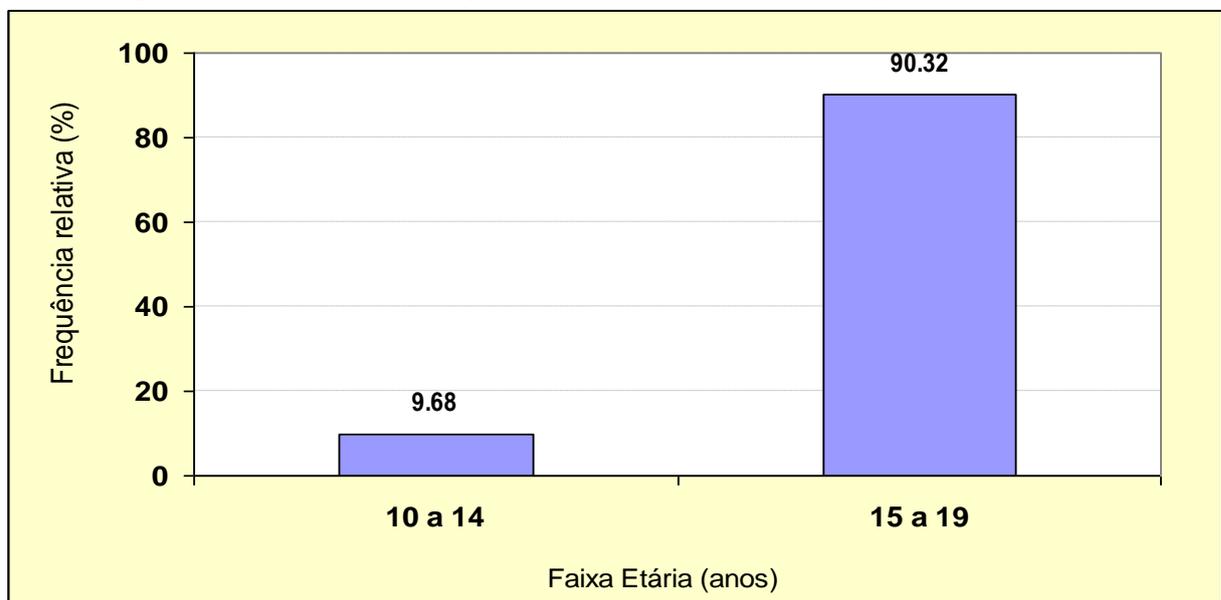
A gravidez na adolescência tem sido associada frequentemente a agravos sociais (baixa escolaridade, abandono escolar, baixo nível socioeconômico e pré-natal inadequado) e biológicos (imaturidade biológica, SHEG, restrição do crescimento fetal, baixo peso ao nascer, prematuridade e morbimortalidade neonatal). Os riscos gestacionais, via de regra, estão relacionados a aspectos clínicos, obstétricos, culturais e socioeconômicos, sendo assim, de natureza multifatorial e configuram-se num sério problema de saúde pública.

Este estudo desenvolvido com uma coorte de adolescentes (n=351) atendidas para assistência ao parto no HMML, no Município de Macapá-AP, no ano de 2011, vem reforçar a ocorrência dos agravos mencionados. As pesquisadas, para fins de aplicação dos testes estatísticos, foram distribuídas em dois grupos: adolescentes com idade entre 10 e 14 anos (grupo A) e adolescentes com idade entre 15 e 19 anos (grupo B).

### 4.1 Distribuição das adolescentes segundo as variáveis sociodemográficas

A distribuição da faixa etária mostrou que 34 (9,68%) adolescentes tinham idade entre 12 e 14 anos (grupo A) e 317 (90,32%) entre 15 e 19 anos (grupo B), conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição das adolescentes de acordo com os dois grupos de interesse, atendidas para o parto no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, 2011.

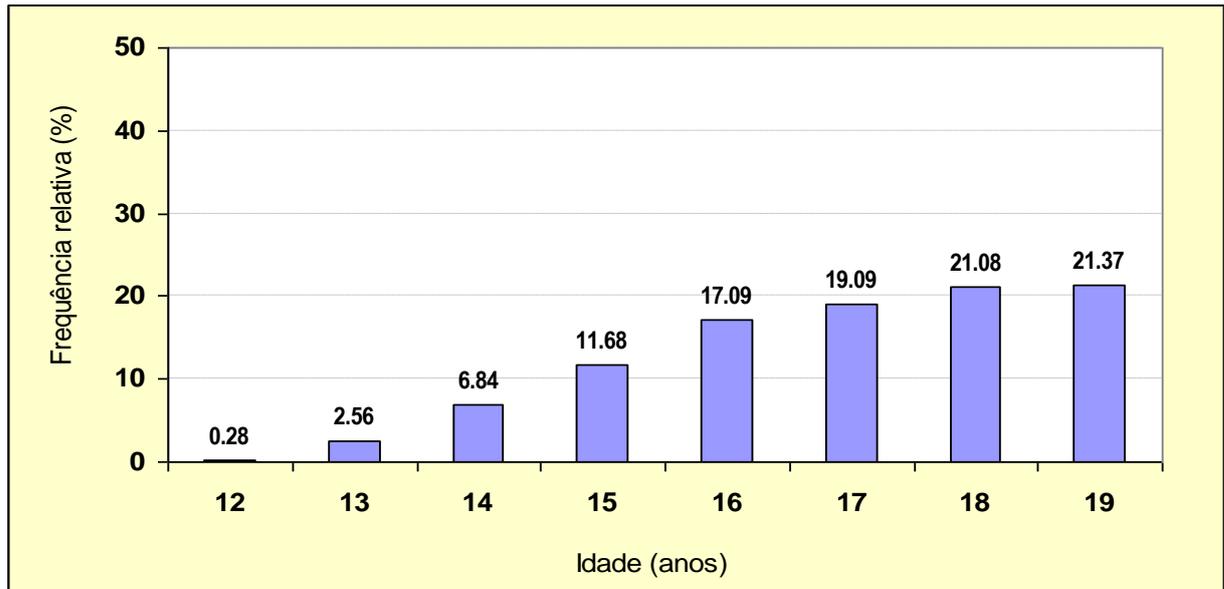


Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

O estudo se propôs investigar adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos. Pormenorizando essa distribuição por idade, foi revelado que no grupo A, as adolescentes encontravam-se na faixa etária de 12 a 14 anos, com uma distribuição de 01 (0,28%) de 12 anos, 9 (2,56%) de 13 anos e 24 (6,84%) de 14 anos, não sendo registrada nenhuma

pesquisada de 10 e 11 anos de idade. O grupo B apresentou uma distribuição de 41 (9,68%) adolescentes de 15 anos, 60 (17,09%) de 16 anos, 67 (19,09%) de 17 anos, 74 (21,08%) de 18 anos e 75 (21,37%) de 19 anos (Gráfico 2). A média das idades de todas as pesquisadas ficou em torno de 16,91 anos, com desvio padrão de 1,67 anos.

Gráfico 2 - Distribuição das gestantes adolescentes de acordo com as idades, atendidas para o parto no HMML. Macapá-AP, 2011.



Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

Corroborando com os resultados encontrados, no que tange à idade das adolescentes pesquisadas, Spindola e Silva (2009), em estudo desenvolvido no Município do Rio de Janeiro, no ano de 2007, observaram que a ocorrência de gravidez na adolescência variou de 13 a 19 anos, encontrando 11,60% na faixa etária de 13 a 14 anos e 86,60% de 15 a 19 anos.

Ximenes Neto *et al.* (2007), em estudo com 216 adolescentes grávidas de Acaraú (CE), identificaram que 5,60% das adolescentes grávidas estavam na faixa etária entre 12 a 14 anos e 92,60% entre 15 e 19 anos, prevalecendo a média de 17 anos. Hoga (2008), em um estudo na Região Metropolitana da Cidade de São Paulo, encontrou a média de 16,5 anos.

Os dados relacionados à idade do grupo estudado, fundamentados em outros estudos característicos, remetem aos descritos pelo MS, considerando que as adolescentes se encontravam na fase em que o ser humano está se desenvolvendo com mudanças biológicas, psicológicas e sociais ainda não bem estruturadas. Porém, já com a superposição da gestação, potencialmente acarretando uma sobrecarga física e psíquica, especialmente para as adolescentes de 12 a 14 anos de idade (9,68% das jovens estudadas), aumentando a vulnerabilidade aos agravos materno-fetais e psicossociais.

A distribuição das características residenciais, habitacionais e estado civil das adolescentes pesquisadas mostrou que houve predominância estatisticamente significativa para: residência no Município de Macapá com 246 (70,09%) adolescentes, 73 (20,80%) moram em residência própria, 114 (32,48%) coabitam com o cônjuge e para 247 (70,37%) o estado civil predominante é a união consensual (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das características residenciais, habitacionais e estado civil de adolescentes (n=351), atendidas para o parto no HMML. Macapá-AP, 2011.

	n	%	p-valor
<b>Municípios de Residência</b>			<0.0001*
Macapá	246	70,09	
Santana	11	3,13	
Porto Grande	8	2,28	
Ferreira Gomes	7	1,99	
Itaubal	7	1,99	
Pedra Branca do Amaparí	7	1,99	
Tartarugalzinho	7	1,99	
Mazagão	5	1,42	
Amapá	3	0,85	
Serra do Navio	3	0,85	
Cutias	2	0,58	
Laranjal do Jari	1	0,28	
Oiapoque	1	0,28	
Pracuúba	1	0,28	
Macapá (distritos)	11	3,13	
Municípios (PA)	31	8,83	
<b>Condições de Moradia</b>			0.0006*
Residência própria	73	20,80	
Residência alugada	36	10,26	
Outros (pais)	72	20,51	
Outros (sogros)	72	20,51	
Outros (mãe)	49	13,96	
Outros (diversos)	49	13,96	
<b>Coabitação</b>			<0.0001*
Cônjuge	114	32,48	
Cônjuge e sogros	72	20,51	
Cônjuge e pais	24	6,84	
Cônjuge e mãe	23	6,55	
Pais	48	13,68	
Mãe	27	7,69	
Cônjuge e outros	24	6,84	
Outros	19	5,41	
<b>Situação conjugal</b>			<0.0001*
Casada	11	3,13	
Solteira	93	26,50	
União consensual	247	70,37	

\* Qui-quadrado.

Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

Analisando mais detalhadamente os dados da tabela 1, observa-se que a maioria das adolescentes, ou seja, 246 (70,09%), residia na área urbana de Macapá, 11 (3,13%) nos distritos, área rural, deste Município, 11(3,13%) no Município de Santana, 8 (2,28%) no Município de Porto Grande e 7 (1,99%) residiam, respectivamente, nos Municípios de Ferreira Gomes, Itaubal do Pírim, Pedra Branca do Amapari e Tartarugalzinho.

As adolescentes procedentes dos demais municípios foram em número inferior a seis, por município, sendo que não foram encontradas adolescentes dos Municípios de Calçoene e Vitória do Jari. Merece registro que 31 (8,83%) das pesquisadas eram procedentes de municípios do Pará, com destaque para Afuá: 11(3,13%), Breves: 7 (1,99%) e Chaves: 7 (1,99%). O quantitativo, considerável, de adolescentes paraenses encontradas no estudo se justifica pelo fato da aproximação geográfica entre os dois Estados, conseqüentemente, parte da população ribeirinha, residente nas ilhas que compõem o Arquipélago do Marajó, busca assistência à saúde no Município de Macapá.

Quanto à moradia observou-se que 73 (20,80%) residiam em casa própria, 72 (20,51%) residiam na casa dos pais, 72 (20,51%) em casa dos sogros, 49 (13,96%) na casa da mãe, 49 (13,96%) na casa de outras pessoas e 36 (10,26%) residiam em casa alugada. Observa-se que a diferença estatística nas três primeiras condições de moradia é mínima e de certa forma representa o grau de dependência, em todos os sentidos, que perpassam essas adolescentes.

Ao questionar a coabitação e o estado civil das adolescentes, observou-se que 114 (32,48%) viviam com o cônjuge, 72 (20,51%) com o cônjuge e sogros, 24 (6,84%) com o cônjuge e pais, 23 (6,55%) com cônjuge e mãe, 24 (6,84%) com cônjuge e outros, 48 (13,68%) com os pais, 27 (7,69%) com a mãe e 19 (5,41%) com outros. Registre-se que 93 (26,50%) eram solteiras, 247 (70,37%) viviam de união consensual e 11 (3,13%) eram casadas.

Menezes e Domingues (2004, p.188), em estudo realizado com 132 gestantes adolescentes de Goiânia (GO), relataram que 64% eram casadas ou viviam em união consensual, “o que é um fator positivo diante da gravidez, especialmente na adolescência”. No entanto, 36,00% eram solteiras, “o que é uma condição geralmente desfavorável, pois pode acarretar maiores limitações nas oportunidades de educação, trabalho e futuro matrimônio”. Ximenes Neto *et al.* (2007), no estudo de Acaraú (CE), encontraram 99 (46%) adolescentes vivendo com um companheiro fixo, 56 (26%) casadas, e 61 (28%) solteiras.

Ainda no que se refere à estrutura familiar, Chalem *et al.* (2007), em estudo realizado em São Paulo (SP), observaram que 7,20% eram casadas legalmente, 62,70% viviam com um

companheiro e 30,10% eram solteiras. Do total, 42,30% viviam exclusivamente com o companheiro e/ou filhos constituindo um núcleo familiar independente, ao passo que as demais (57,70%) continuavam morando também com outros familiares (15,10% com outros filhos, 42,90% com a mãe, 25,80% com os pais e 43,00% com irmãos).

A distribuição das características educacionais das adolescentes pesquisadas (n=351) mostrou que houve predominância estatisticamente significativa para: a escolaridade ensino fundamental incompleto, mencionada por 230 (65,53%) adolescentes, 189 (53,85%) pesquisadas com 5 a 8 anos de estudo, para 205 (58,40%) que matricularam-se no ano letivo. Entretanto, 130 (63,41%) abandonaram a escola, 333 (94,87%) delas não trabalham e 209 (59,54%) tinham renda entre 1 a 2 salários mínimos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características educacionais, trabalho e renda familiar das adolescentes (n=351), atendidas para o parto no HMML. Macapá-AP, 2011.

	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor</b>
<b>Escolaridade</b>			<0.0001*
Nenhuma	2	0,57	
Ens. Fundamental incompleto	230	65,53	
Ens. Fundamental completo	11	3,13	
Ens. Médio incompleto	89	25,36	
Ens. Médio completo	15	4,27	
Ens. Superior incompleto	4	1,14	
<b>Anos de estudo</b>			<0.0001*
Zero	2	0,57	
1 a 4	50	14,25	
5 a 8	189	53,85	
9 a 12	108	30,77	
13 ou mais	2	0,57	
<b>Matrículas no ano letivo</b>			0.0020*
Não	146	41,60	
Sim	205	58,40	
<b>Abandono escolar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<0.0001*
Não	75	36,59	
Sim	130	63,41	
<b>Trabalho</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<0.0001*
Não	333	94,87	
Sim	18	5,13	
<b>Renda Familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<0.0001*
< de 1 SM	81	23,08	
1 a 2 SM	209	59,54	
3 a 4 SM	46	13,11	
5 SM ou mais	15	4,27	

\* Qui-quadrado.

Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

Em relação ao nível de escolaridade das adolescentes, observou-se que 2 (0,57%) são analfabetas, 230 (65,53%) possuíam o ensino fundamental incompleto, 11 (3,13%) ensino fundamental completo, 89 (25,36%) tinham ensino médio incompleto, 15 (4,27%) ensino médio completo e 4 (1,14%) ensino superior incompleto. Os números que revelam o nível de escolaridade das adolescentes pesquisadas são alarmantes, de maneira que o conjunto das mesmas que concluiu o ensino fundamental é representado por 243 (69,23%). A média de anos frequentados de escola foi de 7,06 anos (DP = 2,47), variando de 0 a 12 anos.

Costa *et al.* (2005), em um estudo com 438 adolescentes de Feira de Santana (BA), registrou números mais elevados para o nível inicial do ensino, quando relata que no período da gravidez, 369 (84.80%) mulheres cursavam o ensino fundamental, 60 (13.80%) o nível médio e 6 (1.40%) afirmaram ser analfabetas. Outra investigação com 200 adolescentes do Município de Indaiatuba (SP) corrobora e reforça os resultados encontrados, quando aponta que 1 (0.50%) das investigadas nunca havia estudado, 78 (39.00%) cursavam o ensino fundamental incompleto, 56 (28.00%) ensino fundamental completo, 47 (23.50%) ensino médio incompleto e 18 (9.00%) ensino médio completo (CARVACHO *et al.*, 2008).

A avaliação dos anos de estudo das adolescentes pesquisadas mostrou que em ambos os grupos o tempo de escolaridade não é suficiente para concluir o ensino fundamental. Entretanto no grupo A, com média de 5,15 (DP=1,69) anos de estudo, o tempo de escolaridade é em média dois anos a menos que no grupo B, com média 7,27 (DP=2,46) anos. Essa diferença foi avaliada pelo teste t de Student o qual resultou no p-valor <0.0001\*, o qual é altamente significativa (Tabela 3).

Tabela 3 - Anos de estudo de gestantes adolescentes atendidas para o parto no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, 2011.

<b>Anos de estudo</b>	<b>Grupo A (n=34)</b>	<b>Grupo B (n=317)</b>
Mínimo	1.00	0.00
Máximo	8.00	13.0
Mediana	5.00	7.00
Média Aritmética	5.15	7.27
Desvio Padrão	1.69	2.46

p-valor = <0.0001\*, Teste t de Student, GL =349, t = 6.9

Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

Torna-se evidente que a maioria das adolescentes apresenta baixa escolaridade, considerando que o quantitativo expressivo (317) encontra-se nas faixas etárias acima dos 15 anos e já deveriam estar cursando o ensino médio. Os resultados do estudo remetem aos dados

da Síntese de Indicadores Sociais de 2006, quando se confirma a defasagem escolar dos estudantes, ou seja, a frequência inadequada a um nível de escolaridade dissociado da idade recomendada, sendo este um dos graves problemas do sistema educacional brasileiro (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

Para Godinho *et al.* (2000, p. 28) e INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2000, p. 18), a baixa escolaridade das adolescentes repercute em seu ingresso no mercado de trabalho e na ocorrência de gravidez, relatando que:

[...] essas garotas, com baixa escolaridade, têm menor chance frente a um mercado de trabalho cada vez mais competitivo e, mesmo quando conseguem colocação, isso se dá em atividades com baixa remuneração, o que as mantém, freqüentemente, dependentes dos familiares ou companheiro.

O menor grau de escolaridade das mães adolescentes é uma das principais conseqüências da gravidez nesta faixa etária. Isso leva a condições que dificultam a superação da pobreza, como menores qualificação e chance de competir no mercado de trabalho e a submissão ao trabalho informal e mal remunerado.

Além dos níveis de escolaridade, o estudo revelou também que 205 (58,40%) adolescentes matricularam-se no ano letivo de 2011 e 146 (41,60%) não efetivaram sua matrícula escolar. Foi observado ainda que das adolescentes que iniciaram o ano letivo, 130 (63,41%) evadiram-se da Escola e 75 (36,59%) continuaram estudando. Esses dados reforçam a tese de que a gestação precoce se torna mais um fator que contribui para o atraso escolar das jovens, considerando que muitas abandonam a escola após a ocorrência da gravidez. Embora muitas vezes a adolescente já tenha parado de frequentar a Escola antes de engravidar, é comum que o abandono escolar aconteça durante a gravidez.

Reiterando esses achados, Chalem *et al.* (2007) relatam índice de evasão escolar de 67,30% entre adolescentes grávidas, com 60,20% associado à gravidez, reforçando que:

[...] o índice de evasão escolar observado (67,30%) foi muito mais elevado. A evasão associada à gestação precoce traz graves conseqüências para a adolescente e seu filho e para a sociedade em geral, principalmente porque, nessa faixa etária, uma das poucas opções de inserção social e de ascensão econômica se dá por intermédio do sistema educacional (CHALEM *et al.*, 2007, p. 184).

Godinho *et al.* (2000, p. 28) destacam que: “o expressivo número de adolescentes que abandonam os estudos devido à gravidez, pode ter relação com a vergonha destas meninas mais jovens em assumirem-na, de enfrentarem os colegas e professores, pois estão muitas vezes sozinhas”. Por outro lado, percebe-se que os sistemas de ensino não dispõem de estrutura adequada para acolher uma adolescente grávida e, comumente, as induzem a interromper a escolarização. Consequentemente, a interrupção dos estudos durante a gestação

ou após o nascimento da criança acarreta perdas de oportunidades para ingresso no mercado de trabalho e piora da qualidade de vida no futuro.

Quanto ao trabalho remunerado, observou-se uma pequena participação das adolescentes no mercado de trabalho, com quantitativo de 18 (5,13%) pesquisadas respondendo que trabalhavam e 333 (94,87%) sem trabalho remunerado. O estudo aponta que as adolescentes amapaenses, que vivenciam a gravidez, têm menos oportunidade de acesso ao mercado de trabalho, quando comparadas com participantes de outros estudos. O aumento da gravidez nessa fase da vida traz preocupação, considerando que neste momento as jovens deveriam estar se preparando para a idade adulta, especialmente em relação aos estudos e ingresso no mercado de trabalho.

Sabroza *et al.* (2004), em estudo transversal com 1.228 puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro observaram que 11,15% trabalhavam e 88,85% não apresentavam ocupação. Carniel *et al.* (2006) observaram que 12,40% trabalhavam e 87,60% das adolescentes não tinham ocupação fora do lar. Carvacho *et al.* (2008) encontraram 21% com trabalho e 79% não tinham trabalho remunerado. “A gestação nesta fase leva à interrupção precoce da escolaridade, dificultando tanto a inserção futura da adolescente no mercado de trabalho, quanto à obtenção de emprego com melhor remuneração, gerando assim um processo de reprodução da pobreza” (GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002, p. 160).

Ainda nesta perspectiva de gravidez, trabalho e pobreza, Sabroza *et al.* (2004, p. 116), bem como Spindola e Silva (2009, p. 102) são enfáticos no sentido de que:

[...] mesmo nos países ricos, engravidar na adolescência reduz as chances de sucesso profissional e que uma gravidez indesejada na adolescência é, muitas vezes, um fator facilitador para a permanência em uma situação de pobreza, freqüentemente levando à interrupção do desenvolvimento escolar da adolescente e reduzindo as futuras oportunidades no mercado de trabalho.

O início precoce da gestação dificulta a continuidade dos estudos e ocasiona o atraso escolar na população de adolescentes grávidas. Neste sentido, os gastos relacionados à maternidade e à constituição da família podem causar dificuldades para que as mães tenham um progresso na escolarização, o que por sua vez afeta a sua inserção com êxito no mercado de trabalho. Tais fatos colaboram para a continuidade do ciclo de pobreza com as más consequências para a qualidade de vida dessas jovens.

O estudo revelou que 81 (23,08%) adolescentes possuíam renda familiar menor que um salário mínimo, 209 (59,54%) de um a dois salários mínimos, 46 (13,11%) de três a quatro salários mínimos e 15 (4,27%) com renda familiar de cinco ou mais salários mínimos. Os resultados indicam que, no grupo investigado, um quantitativo relevante de adolescentes apresenta renda familiar inferior a um salário mínimo e a maioria com renda familiar de 1 a 3 salários (82,62%) pertence à classe menos favorecida. Esse fato se torna preocupante na

medida em que a baixa renda, configurando uma condição financeira desfavorável, coexiste como um fator social que pode influenciar a gravidez na adolescência.

Ximenes Neto *et al.* (2007) registraram números aproximados em relação à renda familiar, quando apontam que 112 (51,80%) adolescentes apresentavam até um salário mínimo, sendo que 88 (40,70%) estavam abaixo da linha da pobreza. Por outra vertente, Chalem *et al.* (2007) em seu estudo apresentaram resultados divergentes quando apontam que 28 (3,10%) adolescentes possuíam renda familiar menor que um salário mínimo, 580 (64,90%) de um a quatro e 286 (32,00%) acima de quatro salários mínimos. “A adolescente que vive em um meio social desprovido de recursos materiais, financeiros e emocionais satisfatórios, pode ver na gravidez a sua única expectativa de futuro, e com isto, acaba vulnerabilizada” (XIMENES NETO *et al.*, 2007, p. 282).

A pobreza e a exclusão social devem ser vistas tanto como causas quanto como consequências da gravidez precoce. Em outro estudo investigativo realizado em um município paulista, que relacionou a pobreza e a gravidez na adolescência, foi observada uma redução da proporção de nascidos vivos nas áreas menos favorecidas para as mais favorecidas economicamente, com concentração das maiores taxas de fecundidade nas áreas com piores condições socioeconômicas (BARALDI; DAUD; ALMEIDA, 2007).

O INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2006, p. 32) emitiu parecer sobre a renda familiar e a fecundidade de mulheres, afirmando que:

Existem diferenças no padrão de fecundidade entre as mulheres com condições de rendimento familiar mais favorável e aquelas em condições mais precárias. Entre as mulheres mais pobres em idade reprodutiva, cerca de 74% delas já possuíam pelo menos um filho nascido vivo. Já entre aquelas com rendimento familiar de 2 salários mínimos ou mais, a proporção era de 49,2%. [...] pode se observar que as mulheres em melhores condições financeiras tiveram uma redução de 0,6% na proporção de mulheres com filhos, enquanto a proporção de mulheres com rendimento familiar de até meio salário mínimo teve um pequeno aumento.

#### **4.2 Distribuição das adolescentes segundo as variáveis obstétricas**

A análise dos dados obstétricos de n=351 adolescentes mostrou que houve predominância estatisticamente significativa para: menarca entre 12 e 13 anos para 188 (53,56%) e sexarca entre 14 e 15 anos para 181 pesquisadas (51,57%). A maioria (70,09%) já usou Método Anticoncepcional (MAC), sendo que o mais usado foi a camisinha, mencionado por 164 (46,72%) adolescentes. As pesquisadas são primíparas (67,81%) e a maioria (90,81%) não tem histórico de abortamento (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos dados obstétricos de gestantes adolescentes (n=351), atendidas para o parto no HMML. Macapá-AP, 2011.

	N	%	p-valor
<b>Menarca</b>			<0.0001*
8 e 9 a	2	0,57	
10 e 11a	72	22,22	
12 e 13a	188	53,56	
14 e 15a	80	22,79	
16a ou mais	3	0,85	
<b>Sexarca</b>			<0.0001*
10 e 11a	7	1,99	
12 e 13a	96	27,35	
14 e 15a	181	51,57	
16 e 17a	61	17,38	
18a ou mais	6	1,71	
<b>Uso de MAC</b>			<0.0001*
Nunca usou	105	29,91	
Usou	246	70,09	
<b>Tipos de MAC mais usados</b>			<0.0001*
Camisinha	164	46,72	
Injeção	19	5,41	
Pílula	18	5,13	
<b>História obstétrica</b>			<0.0001*
Primípara	238	67,81	
Secundípara	86	24,50	
Tercípara	24	6,84	
Múltipara	3	0,85	
<b>Abortos</b>			<0.0001*
Nenhum	319	90,88	
Um	29	8,26	
Dois	2	0,57	
Três	1	0,28	

\* Qui-quadrado.

Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

A avaliação dos dados acerca da ocorrência da menarca e sexarca das entrevistadas mostrou que 2 (0,57%) menstruaram pela primeira vez entre 8 e 9 anos, 78 (22,22%) entre 10 e 11 anos, 188 (53,56%) entre 12 e 13 anos, 80 (22,79%) entre 14 e 15 anos e 3 (0,85%) menstruaram com 16 anos ou mais. Concernente à sexarca, 7 (1,99%) adolescentes mantiveram a primeira relação sexual entre 10 e 11 anos, 96 (27,35%) entre 12 e 13 anos, 181 (51,57%) entre 14 e 15 anos, 61 (17,38%) entre 16 e 17 anos e 6 (1,71%) com 18 anos ou mais. Fica evidente que a maioria das adolescentes pesquisadas menstruou pela primeira vez entre 12 e 13 anos e manteve a primeira relação sexual entre 14 e 15 anos.

Corroborando com esses achados, Ximenes Neto *et al.* (2007) relatam em sua investigação que 119 (51%) adolescentes afirmaram ter sua menarca entre 12 e 13 anos, com

média de 12,3 anos e 134 (62%) mantiveram a primeira relação sexual entre 14 e 16 anos, com média de 15,2 anos. Santos Júnior (1999) mostra a tendência variante da idade média da menarca, sendo alterada: década 1930 - 13,6 anos; década de 1940 - 13,4 anos; década 1960 - 12,3 e na década de 1980 de 16,6 anos. A menarca nas adolescentes apresenta atualmente uma tendência de queda. Sabe-se que quanto mais cedo ocorrer a sexarca, maiores serão as chances de engravidar (XIMENES NETO, *et al.*, 2007).

As entrevistadas foram questionadas quanto a utilização de métodos contraceptivos, sendo que 246 (70,09%) adolescentes responderam haver usado algum tipo de método e 105 (29,91%) disseram nunca ter usado. Buscou-se informações quanto aos tipos de métodos contraceptivos mais frequentes, sendo apontados por 164 (46,72%) delas a camisinha, 24 (6,84%) a pílula e 19 (5,41%) a injeção como os mais usados.

Persona, Shimo e Tarallo (2004), em uma investigação que identificou o perfil biopsicossocial das adolescentes em Campinas (SP), encontrou resultados diferentes quanto ao uso desses métodos contraceptivos, a pílula foi o mais utilizado pelas adolescentes (55,55%), seguido pela utilização de camisinha (27,78%) e hormônio injetável (22,23%). A ausência de método contraceptivo apareceu em 11,11% das adolescentes.

Segundo a ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 1995), a gravidez não planejada, entre adolescentes, sofre influência da falta de informação sobre sexualidade e fertilização e da inadequada utilização dos conhecimentos sobre anticoncepção. Para Gonçalves e Gigante (2006), um número grande de mulheres desconhece a gama de métodos contraceptivos disponíveis para evitar uma gravidez. “O manejo e a introdução dos métodos são lentos, exigem discussão entre os parceiros, autoconfiança, apoio social. Tal determinação e disciplina dificilmente são compatíveis com o domínio dos primeiros passos sexuais” (BRANDÃO; HEILBORN, 2006, p. 1425).

Outros autores compartilham essa tese do desconhecimento dos adolescentes quanto aos métodos contraceptivos e consequente ocorrência de gravidez, quando relatam que:

**O desconhecimento acerca dos métodos contraceptivos** e/ ou uso incorreto dos mesmos é, portanto, um **fator que contribui para a ocorrência da gestação entre as adolescentes**. Assim, seria oportuno se as jovens mães fossem estimuladas a comparecer nas consultas pós-parto e realizassem o planejamento familiar para ter acesso aos métodos contraceptivos e aprendessem a utilizá-los de forma eficaz. (VALADARES, 1999, p. 26, grifo nosso).

A realidade atual é que as relações sexuais se iniciam precocemente, com um número alarmante de gestações não desejadas e de doenças sexualmente transmissíveis (DST's), caracterizando a **falta de conhecimento e informação dos adolescentes sobre** o aparelho reprodutor e sua função, **métodos contraceptivos** e,

principalmente, de atitudes concisas para um sexo seguro. (MOREIRA, 2008, p. 315, grifo nosso).

[...] **a gravidez pode resultar do desconhecimento ou uso inadequado dos métodos contraceptivos**, ignorância da fisiologia da reprodução e das conseqüências das relações sexuais, utilização de métodos de baixa eficiência, diminuição da capacidade de julgamento devido ao efeito de bebidas alcoólicas e drogas, entre outros. (PERSONA; SHIMO; TARALLO, 2004, p. 746, grifo nosso).

Não se pode omitir a influência negativa do estado como agente corroborador desse desconhecimento e/ou uso incorreto dos métodos contraceptivos pelas adolescentes, quando, muitas vezes, não dispõem ou efetiva políticas públicas que fomentem a educação em saúde nessa área. De acordo com Ximenes Neto *et al.* (2007, p. 282) outro aspecto de grande importância “é a falta de uma assistência à saúde de forma integral e de qualidade, que não capta esta adolescente, e muito menos, disponibiliza métodos contraceptivos e informações.”

Ainda nesta vertente de influência contributiva do estado para a prevenção deste agravo, mas com a participação da família, outro estudo relata que:

A adolescente deve receber apoio psicológico nesse momento, além de **orientações sobre métodos contraceptivos**, pré-natal e **apoio da família, companheiro e sociedade**. Além disso, é preciso ouvir e valorizar os sentimentos e preocupações dos jovens para conhecer o mundo adolescente: as pressões e os constrangimentos podem dar pistas das dificuldades que enfrentam na hora de optar e usar um método anticoncepcional, e dos entraves para a negociação dos métodos entre parceiros. (MOREIRA, 2008, p. 319, grifo nosso).

Em relação ao dado obstétrico paridade, o estudo revelou que 238 (67,81%) adolescentes eram primíparas, 86 (24,50%) secundíparas, 24 (6,84%) tercíparas e 3 (0,85%) múltiparas. Os números são condizentes com outros estudos, porém superiores a partir da segunda paridade. Carniel *et al.* (2006) encontraram nas adolescentes que pesquisaram um quantitativo de 2009 (78,40%) primíparas, 474 (18,75%) secundípara, 79 (3,10%) com três ou mais filhos. Outro estudo registrou 157 (72,70%) primíparas, 47 (21,80%) secundíparas, 11 (5%) tercíparas e 1 (0,50%) múltiparas (XIMENES NETO *et al.*, 2007).

Quanto à ocorrência de abortos, 319 (90,88%) adolescentes relataram nunca terem praticado, 29 (8,26%), informaram ter realizado um aborto, 2 (0,57%) relataram a prática de dois abortos e 1 (0,28%) informou ter praticado três abortos. Percebe-se uma discrepância entre os relatos de abortamentos pelas pesquisadas e os registros oficiais e não oficiais desses indicadores. O SAME do HMML registrou nos anos de 2009, 2010 e 2011 a ocorrência de 249 (14,53%), 247 (15,62%) e 344 (20,74%) respectivamente, atendimentos por causa de abortamentos na faixa etária de 10 a 19 anos, com aumento significativo no último ano (AMAPÁ, 2009, 2010, 2011).

Segundo o MS, em 1998 mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-abortamento, sendo que quase três mil delas tinham de 10 a 14 anos, apontando para a crescente vulnerabilidade desse grupo que, muitas vezes, está exposto à violência sexual (BRASIL, 2000b). De acordo com Suwvan (2008), no ano de 2004, quase 49 mil adolescentes chegaram aos serviços do SUS para curetagem pós-aborto e destas 2.711 tinham de 10 a 14 anos. Vieira *et al.* (2007), em estudo sobre abortamento na adolescência, em Bauru (SP) entre os anos de 2000 a 2003, também registram essa discreta tendência de queda nos números, com destaque negativo para a faixa etária entre 10 e 14 anos:

[...] no ano de 2000, a proporção de abortos ocorridos entre adolescentes foi significativamente superior a dos evidenciados em adultas, ocorrendo o inverso para o ano de 2003, quando a proporção para as adolescentes foi significativamente inferior, quando comparada à das mulheres adultas. Entretanto, observou-se que **no grupo das adolescentes de 10 a 14 anos ocorreu um aumento no número de abortamentos.** [...] acredita-se que as campanhas que visam a prevenção da gravidez e das DST tenham contribuído para a diminuição da gravidez e, conseqüentemente, à **redução do abortamento para o grupo etário de adolescentes.** No entanto, necessita-se de ênfase para o grupo de 10 a 14 anos e políticas contínuas para todas (VIEIRA *et al.*, 2007, p. 1206, grifo nosso).

#### 4.3 Distribuição das adolescentes de acordo com a realização de pré-natal

O estudo averiguou a realização e o quantitativo de consultas pré-natal feitas pelas participantes, assim como a ocorrência de hospitalização durante a gravidez e suas respectivas idades gestacional por ocasião do parto. A análise das características pré-natais das adolescentes (n=351) mostrou que houve predominância estatisticamente significativa para a realização de 1 a 3 consultas por 139 (39,36%) pesquisadas, não ocorreu hospitalização em 304 (86,61%) e 298 (84,90%) foram classificadas como gestação a termo (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das características pré-natais de gestantes adolescentes (n=351), atendidas para o parto no HMML. Macapá-AP, ano 2011.

	N	%	p-valor
<b>N. de Consultas de pré-natal</b>			<0.0001*
1 a 3	139	39,36	
4 a 6	129	36,75	
7 ou +	63	17,95	
Nenhuma	20	5,70	
<b>Hospitalização</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>&lt;0.0001*</b>
Não	304	86,61	
Sim	47	13,39,	
<b>Classificação da gestação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>&lt;0.0001*</b>
Gestação pré-termo	45	12,82	
Gestação a termo	298	84,90	
Gestação pós-termo	8	2,28	

\* Qui-quadrado.

Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

Detalhando os dados da frequência das adolescentes ao programa pré-natal (Tabela 5), o estudo revelou que 20 (5,70%) pesquisadas não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, 139 (39,36%) realizaram de 1 a 3 consultas, 129 (36,75%) realizaram 4 a 6 consultas e 63 (17,95%) realizaram mais de 6 consultas. A média do número de consultas pré-natal foi de 4,05 (DP=2,52). Os números traduzem-se numa baixa adesão por parte dessas adolescentes ao programa pré-natal, destacando-se o quantitativo considerável que não realizou nenhuma ou realizou até três consultas. Esses números são reforçados pelos dados do SINASC sobre pré-natal para o ano de 2009, quando revelam que as adolescentes são as que apresentam menor proporção de acompanhamento com sete ou mais consultas – 38% entre as menores de 14 anos e 46,48% entre as de 15 a 19 anos – e são também as que apresentam maior proporção de acompanhamento com três consultas ou menos.

De fato, as adolescentes menores de 15 anos merecem uma atenção mais focada por parte do poder público no sentido de fomentar a adesão ao programa pré-natal. O estudo revelou, na comparação entre os dois grupos através do teste binomial, uma diferença significativa (p-valor = 0.0171\*) para o não acompanhamento pré-natal, quando aponta que 5 (14,70%) adolescentes do grupo A, não foram acompanhadas pelo programa (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das características pré-natais de gestantes adolescentes atendidas para o parto no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, ano 2011.

Características pré-natais	GA	(n=34)	GB	(n=317)	Total	GAxGB	
	N	%	N	%	N	%	p-valor
Sem acompanhamento PN	5	14,7	15	4,7	20	5,7	0.0171*
Sem registro no CPN	3	8,8	35	11,0	38	10,8	0.6925
Exames PN incompletos	3	8,8	46	14,5	49	14,0	0.3632
Acompanhamento PNAR	1	2,9	24	7,6	25	7,1	0.0965
Outros	2	5,9	18	5,7	20	5,7	0.9611

\* Teste Binomial.

Legenda: PN (pré-natal); CPN (cartão de pré-natal); PNAR (pré-natal de alto risco)

Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

Reforçando essa baixa adesão ao programa, Gama, Szwarcwald e Leal (2002) ao compararem a assistência pré-natal de três grupos de puérperas, mostram que a participação das adolescentes se diferenciou de forma significativa entre os grupos. Em relação ao número de consultas, os pesquisadores apontam que 20,10% das adolescentes e 23,50% das mulheres de 20 a 34 anos que foram mães adolescentes tinham realizado poucas ou nenhuma consulta de pré-natal. Além disso, segundo os resultados deste estudo, 10,30% das adolescentes e 12,60% daquelas entre 20 e 34 anos que foram mães na adolescência, iniciaram as consultas tardiamente, ou seja, a partir do sétimo mês de gestação, ou não realizaram nenhuma consulta.

A PNDS de 2006 também reforça os achados do estudo local, quando registrou que 1,30% das adolescentes pesquisadas não havia realizado nenhuma consulta de pré-natal, sendo o maior percentual encontrado na região Norte (3,90%), e o menor no Sudeste (0,20%). No entanto, a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, conforme estabelecido pelo MS, ocorreu em 77% das gestações. A melhor situação foi registrada na região Sudeste com 84,70% e a mais insatisfatória na região Norte com 61% (BRASIL, 2006a).

De acordo com resultados encontrados por Amazarray *et al.* (1998), em Porto Alegre (RS), a participação das adolescentes em programa de assistência pré-natal é considerada uma experiência interessante e válida, especialmente por esclarecer dúvidas e por proporcionar uma conscientização da condição de mãe, assim como um maior amadurecimento pessoal. O principal objetivo da assistência pré-natal é o de acolher a mulher desde o início de sua gravidez, fazendo com que a mesma sinta-se mais segura e tranquila para enfrentar as transformações, tanto físicas como emocionais pelas quais passará e reduzir os elevados índices de mortalidade materna e perinatal encontrados no País (BRASIL, 2000).

Baraldi, Daud e Almeida (2007, p. 87) relatam que:

A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e profissionais de saúde, sendo importante realizar no mínimo seis consultas de pré-natal para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal, entretanto, com as adolescentes, outros aspectos podem ser associados ao início do acompanhamento pré-natal, como a aceitação da gestação, o apoio/relacionamento com os familiares e a dificuldade do agendamento da primeira consulta de pré-natal.

O atendimento pré-natal adequado é capaz de garantir resultados adequados da gestação na adolescência. Gama, Szwarcwald e Leal (2002), ressaltam que as adolescentes que não fazem o pré-natal ou realizam de forma insuficiente têm maior risco para prematuridade e baixo peso ao nascer. Recomendam, ainda, a necessidade de ampliar a cobertura de pré-natal para gestantes adolescentes, uma vez que acompanhadas estas gestações transcorrem de forma adequada diminuindo a incidência desses agravos.

O adequado acompanhamento do pré-natal tem grande potencial de impacto na redução de agravos maternos e neonatais na vida dessas adolescentes, através da prevenção de intercorrências obstétricas tais como a prematuridade e o baixo peso ao nascer.

A maternidade na adolescência pode acarretar aumento na incidência de intercorrências obstétricas, com destaque para prematuridade e baixo peso ao nascer, em decorrência não simplesmente da idade, mas da qualidade da assistência pré-natal e, sobretudo, das condições sócio-econômicas e de saúde deste grupo. O **acompanhamento adequado durante o pré-natal e parto garante às gestantes adolescentes e seus bebês condições adequadas de sobrevivência.** (VISÃO MUNDIAL BRASIL, 2011, p. 45, grifo nosso).

O pré-natal deve garantir espaços para que as mães recebam apoio emocional e incentivo, contemplando momentos de troca de experiências, onde os profissionais de saúde ouvem as dúvidas, preocupações e dificuldades das gestantes, além de buscar envolver os familiares e a comunidade nesse processo. Spindola e Silva (2009) recomendam a implantação de um atendimento diferenciado para o acolhimento e acompanhamento da adolescente grávida, por uma equipe multidisciplinar, com valorização dos registros nos prontuários e fichas de atendimento do pré-natal.

Investigou-se, também, a ocorrência de internações hospitalares entre as pesquisadas durante a gestação, antes do trabalho de parto, sendo que 304 (86,61%) informaram não terem sido hospitalizadas e 47 (13,39%) relataram terem sido internadas. Não encontrou-se respaldo teórico sobre a ocorrência de hospitalização entre gestantes adolescentes. Acredita-se que as causas desse quantitativo considerável possam estar relacionadas às intercorrências clínicas-obstétricas frequentes na gravidez. O estudo revelou que 118 (33,60%) adolescentes apresentaram anemia, 107 (30,50%) tiveram infecção do trato urinário, 76 (21,70%) com parasitose intestinal. Essas intercorrências serão discutidas em outro momento científico.

A classificação da gestação foi realizada através da análise e cálculos baseados na data da última menstruação referida pela adolescente e pela ultrassonografia obstétrica precoce, sendo que o estudo revelou 45 (12,82%) gestações pré-termo, 298 (84,90%) gestações a termo e 8 (2,28%) gestações pós-termo. Chalem *et al.* (2007), encontraram dados aproximados em seu trabalho quando mencionaram 122 (13,30%) gestações pré-termo e 798 (86,70%) a termo, não havendo registro de gestação pós-termo.

Spindola e Silva (2009, p. 105) relataram em seu estudo que 71(63,40%) adolescentes tiveram gestação a termo, 3 (2,70%) apresentaram gestação pré-termo. Em 38 (33,90%) fichas não havia registro da informação. As adolescentes de gestações a termo tinham idades entre 15 e 17 anos e aquelas que tiveram parto pré-termo tinham entre 13 e 16 anos.

A gestação pré-termo é uma intercorrência obstétrica frequente entre as adolescentes, principalmente entre as mais jovens, quando comparadas a gestantes de outras faixas etárias. De acordo com Michelazzo *et al.* (2004), este fato ocorre devido a idade materna, imaturidade biológica, baixo poder socioeconômico, conflitos sociais e má qualidade de alimentação, além de pouca frequência e do início tardio do pré-natal.

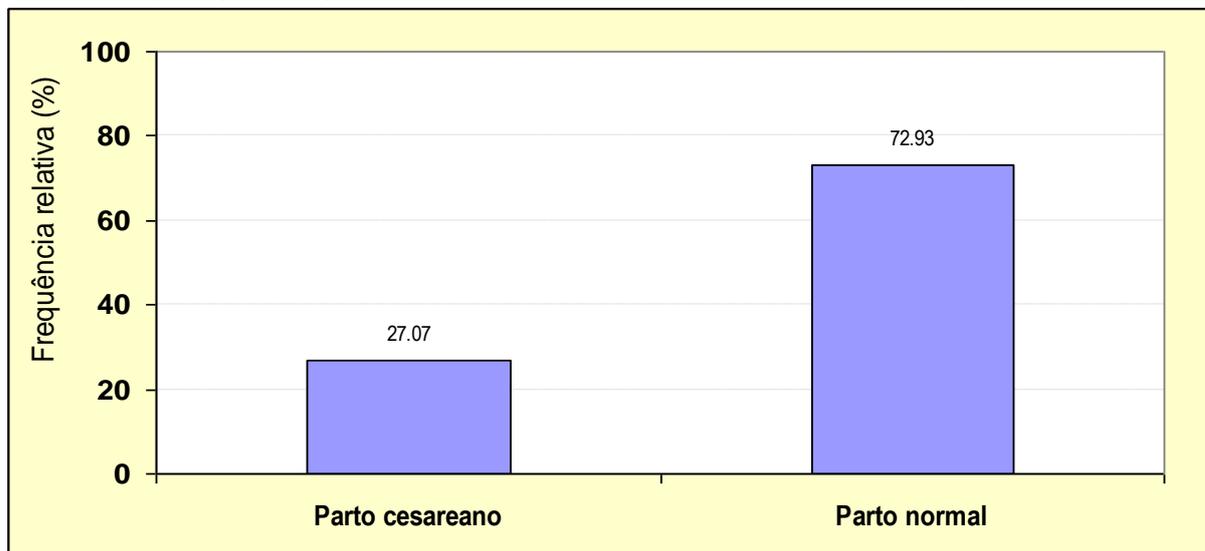
Conforme mencionado anteriormente, o estudo revelou uma baixa adesão das adolescentes na realização do pré-natal, mostrando que houve diferença estatisticamente significativa ( $p$ -valor =0.0171). A ausência de pré-natal entre as gestantes mais jovens (grupo A, 14,70%) foi maior que no grupo formado pelas gestantes com idade na faixa de 15 a 19

anos (grupo B, 4,70%). Este fato pode estar contribuindo com este percentual considerável de gestação pré-termo. A assistência pré-natal desempenha papel importante nos resultados obstétricos e perinatais. Quanto melhor a sua qualidade e maior a sua frequência, mais favorável será seu efeito, com menor taxa de mortalidade materna e perinatal.

#### 4.4 Resultados perinatais maternos

Quanto ao tipo de parto das adolescentes pesquisadas, o estudo revelou que 256 (72,93%) pariram de parto vaginal e 95 (27,07%) de parto cesariano (Gráfico 3). Esses números são equiparados aos encontrados por Simões *et al.* (2003), quando registraram 77,30% de parto vaginal e 22,70% de parto cesariano e Chalem *et al.* (2007), que mencionaram 668 (67,80%) parto vaginal e 256 (25,80%) parto cesariano.

Gráfico 3 - Tipo de parto em gestantes adolescentes (n=351) atendidas no HMML. Macapá-AP, ano 2011



Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

Esses números de partos cesarianos, apesar de serem superiores aos recomendados pela OMS, que é de 15%, representam a investida do Estado em cumprir os prescritos na Política Nacional pelo Parto Natural e Redução da Cesárea Desnecessária, lançada em 2008. Apesar da boa intenção dessas políticas públicas em reduzir o quantitativo desse tipo de parto, os dados do SINASC vêm registrando um aumento no País. Os números apontam que entre todos os partos ocorridos nos anos de 2008, 2009 e 2010 (dados preliminares) as cesarianas representaram 48,40%, 50,00% e 52,20% respectivamente. O Estado do Amapá, nesses mesmos anos, apresenta a menor taxa desse tipo de parto dentre os estados brasileiros com a ocorrência de 27,50%, 29,00% e 29,70% respectivamente (BRASIL, 2008; 2009b; 2010b).

Especificamente voltado aos tipos de partos em adolescentes, na faixa etária estudada, o SINASC também registra uma menor ocorrência de cesarianas quando comparada com

todas as faixas etárias no Brasil e no estado do Amapá. Sendo 34,51%, 37,93% e 37,54% no Brasil, respectivamente para os anos de 2008, 2009 e 2010 (dados preliminares), sendo que nesses mesmos anos e mesma faixa etária no Amapá foi registrado 19,65%, 20,98% e 22,23% partos cesarianos, respectivamente (AMAPÁ, 2008; 2009; 2010).

Ainda relacionado a este tipo do parto, dados não oficiais<sup>1</sup> do SAME do HMML, vêm corroborar com os achados do estudo, quando registra a ocorrência de 21,49% e 27,37% de partos cesarianos nos anos de 2010 e 2011, respectivamente (AMAPÁ, 2010; 2011).

Os números em geral revelam menor ocorrência desse tipo de parto em adolescentes quando comparados a outras faixas etárias, tanto no Brasil quanto no Amapá, sendo que o Estado destaca-se nacionalmente com a menor taxa de cesarianas entre todas as faixas etárias. Fato importante para a população pesquisada e para o Estado, pois a cesárea é uma cirurgia, com todos os riscos de uma intervenção desse tipo, que pode influenciar a taxa de mortalidade materna e neonatal, por representar maior chance da mulher apresentar complicações como hemorragia e infecção e os recém-nascidos hospitalizarem-se Unidade de Terapia Intensiva (UTI), quando comparados com parto normal.

Observou-se que várias intercorrências obstétricas foram encontradas e registradas durante o trabalho de parto das adolescentes pesquisadas. Destaca-se a ocorrência de líquido amniótico meconial, apresentação pélvica e Desproporção Céfalo-Pélvica (DCP), mais frequentes nas adolescentes do grupo A; Sofrimento Fetal Agudo (SFA) e sífilis congênita, mais frequente nas pesquisadas do grupo B. Registrou-se 11 (3,10%) óbitos fetais, sendo 4 natimortos e 7 neonatais. Dentre todas as intercorrências, enfatizar-se-á as mais frequentes, que comprovadamente contribuem para a ocorrência de agravos maternos e neonatais.

A distribuição das intercorrências durante o trabalho de parto mostrou que entre todas as pesquisadas a intercorrência mais frequente foi a RUPREME, com ocorrência em 64 (18,20%) adolescentes. No conjunto formado somente pelas gestantes com idade até 14 anos (grupo A) a intercorrência mais prevalente foi o Trabalho de Parto Prematuro (TPP), com 23,50%, por outro lado, no grupo B, formado por gestantes com idade entre 15 e 19 anos, a mais prevalente foi RUPREME (18,90%).

A comparação entre as intercorrências nos grupos A e B mostrou que houve diferença estatisticamente significativa (p-valor =0.0288\*) na ocorrência TPP, pois a prevalência entre as gestantes mais jovens (grupo A= 23,50%) foi maior que no grupo formado pelas gestantes com idade na faixa de 15 a 19 anos (grupo B= 10,70%), conforme apresentado na Tabela 7.

---

<sup>1</sup>Dados estatísticos fornecidos pelo Hospital da Mulher Mãe Luzia sobre atendimento por parto e aborto em adolescentes, nos anos de 2006 a 2011, conforme autorização da direção (ANEXO B) para publicação.

Tabela 7 - Distribuição das intercorrências durante o trabalho de parto em gestantes adolescentes (n=351) atendidas no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, 2011.

	GA (n=34)		GB (n=317)		Total		GAxGB
	N	%	N	%	N	%	p-valor
Nenhuma	9	26,5	121	38,2	130	37,0	0.1794
RUPREME	4	11,8	60	18,9	64	18,2	0.3040
LA meconial	5	14,7	29	9,1	34	9,7	0.2978
SFA	2	5,9	20	6,3	22	6,3	0.9223
Síndrome hipertensiva	5	14,7	33	10,4	38	10,8	0.4436
TPP	8	23,5	34	10,7	42	12,0	0.0288*
Oligoâmnio	2	5,9	22	6,9	24	6,8	0.8164
DCP	3	8,8	16	5,0	19	5,4	0.3551
Sífilis	0	0,0	7	2,2	7	2,0	0.3814
Apresentação pélvica	2	5,9	7	2,2	9	2,6	0.1977
Outros	4	11,8	55	17,4	59	16,8	0.4079

\* Teste Binomial.

Legenda: RUPREME (Ruptura Prematura das Membranas); LA (Líquido Amniótico); SFA (Sofrimento Fetal Agudo); TPP (Trabalho de Parto Prematuro); DCP (Desproporção Céfalo-Pélvica).

Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

Ao analisar mais detalhadamente a Tabela 7, observa-se que das várias intercorrências obstétricas encontradas e registradas a RUPREME ocorreu em 64 (18,20%) pesquisadas, sendo que desse quantitativo, 4 (11,80%) nas adolescentes entre 10 e 14 anos e 60 (18,90%) nas pesquisadas de 15 a 19 anos. O índice encontrado neste estudo, em ambas as faixas etárias, é significativo, quando comparado aos achados por outros autores e considerando-se as repercussões materno-fetais consequentes desse agravo.

A RUPREME é a ruptura do âmnio que ocorre antes do início do trabalho de parto, independentemente da idade gestacional. É uma ocorrência obstétrica complexa, pois sua etiologia é pouco conhecida, porém associada a alguns fatores, seu diagnóstico na maioria das vezes é difícil, os riscos maternos fetais e neonatais são geralmente significativos.

Segundo Bertini *et al.* (2001) a RUPREME é um dos problemas mais comuns e enigmáticos em medicina perinatal. Constitui a patologia obstétrica mais frequente associada ao parto pré-termo em nosso meio. Para Freitas *et al.* (2007) a incidência é de aproximadamente 10% de todas as gestações, ocorrendo na sua maioria após a 37ª semana de gestação, sendo a principal causa de parto pré-termo. Rabelo e Barros (2011), estudando as intercorrências obstétricas, observaram valores mais expressivos quando encontraram 35,40% casos de RUPREME em todas as faixas etárias.

Ainda nesta perspectiva de ocorrência e consequências da RUPREME, Rezende (2008, p. 283) descreve que:

No termo, 8 a 10% das grávidas apresentam a ruptura prematura das membranas (RPM). A ruptura prematura das membranas pré-termo (RPMp), definida como a

amniorexe prematura ocorrida antes de 37 semanas, incide em 3% de todas as gestações e é responsável por aproximadamente 30% dos partos pré-termos. A morbidade perinatal associada com a RPM inclui infecção materna, compressão do cordão pelo oligodramnio, descolamento prematuro da placenta (DPP), infecção neonatal e morbidade associada ao parto pré-termo, incluindo síndrome de angústia respiratória (SAR), enterocolite necrotizante, hemorragia intraventricular e sepse.

Zugaib e Bittar (2007) afirmam que a RUPREME pode evoluir com oligodramnia, podendo acarretar deformidades peculiares tais como fácies característica com orelhas dobradas, deformidades de extremidades, principalmente pé-torto, que é decorrente da dificuldade de movimentação fetal, contraturas musculares e flexão.

Maia (2007), em estudo investigativo dos aspectos maternos perinatais em adolescentes, encontrou 35 (17,20%) com história de amniorrexe prematura *versus* 72 (9,80%) em mulheres adultas. A autora relata que a RUPREME foi a maior causa de parto prematuro nas gestantes adolescentes e destaca que essa pode ser explicada pela imaturidade fisiológica da cérvix, canal cervical curto, propiciando maior número de cervicites, assim como ocorrência de DST. Observou ainda uma maior associação de amniorrexe prematura com infecções, principalmente do trato urinário, e afirma que a ruptura não é o evento primário, mas secundário à infecção das membranas ovulares.

Fica explícito que tanto o feto quanto a mãe são mais expostos a maior risco de quadros infecciosos com a RUPREME, sendo a infecção materna denominada corioamnionite. Com a infecção fetal, podem ocorrer septicemia, pneumonia, infecção do trato urinário e infecção local. Zugaib e Bittar (2007) ainda relatam a possibilidade de a sepse fetal e neonatal ocorrer antes de a gestante apresentar sinais clínicos de infecção. Em números registram que a incidência geral de infecção intra-amniótica é de 0,5% a 1%, mas na RUPREME, eleva-se para 3% a 15% e varia de 15% a 25% no pré-termo.

O TPP foi a segunda intercorrência obstétrica mais observada e registrada, entre ambos os grupos de interesse da pesquisa, sendo que 42 (12,00%) adolescentes foram diagnosticadas como em TPP. Na comparação entre os dois grupos, pela aplicação do teste binominal, o estudo revelou que houve diferença estatisticamente significativa ( $p$ -valor = 0,0288\*). Pois a prevalência entre as gestantes mais jovens (Grupo A= 23,50%) foi maior que no grupo formado por gestantes com idade na faixa de 15 a 19 anos (Grupo B= 10,70%).

Segundo Bittar (2006), o TPP é definido diante de contrações uterinas regulares a cada 5 minutos; dilatação cervical maior ou igual a 1 cm; esvaecimento cervical; progressão das alterações cervicais e idade gestacional entre 22 e 36 semanas. Para o MS, o TPP ocorre quando a idade gestacional encontra-se entre 22 (ou 154 dias) e 37 (ou 259 dias) semanas,

sendo caracterizado pela presença de duas a três contrações uterinas em dez minutos, com ritmo e frequência regulares (BRASIL, 2006b).

O nascimento pré-termo constitui situação de risco gestacional e continua sendo uma importante causa de mortalidade neonatal. Segundo Freitas *et al.* (2007) estima-se que anualmente, no mundo, 13 milhões de crianças nasçam pré-termo. Sendo o parto pré-termo responsável por 75% da mortalidade neonatal e 50% das lesões neurológicas em crianças. Para Rezende (2008) o parto pré-termo onera a morbidade neonatal imediata e tardia, devido a maior ocorrência de Síndrome da Angústia Respiratória (SAR), enterocolite necrotizante, hemorragia intraventricular, doença pulmonar crônica e paralisia cerebral.

Bertini *et al.* (2001, p.68) corroboram com essas afirmações quando escrevem que:

O parto pré-termo é a principal causa de mortalidade perinatal em todo o mundo. Com incidência aproximada de 10% em nosso meio, apresentando etiologia multifatorial como condições socioeconômicas desfavoráveis, precária assistência pré-natal e presença de infecções geniturinárias sendo estas, os principais fatores predisponentes para a prematuridade “espontânea”, geralmente secundária ao trabalho de parto prematuro e rotura prematura das membranas.

O estudo evidenciou que a prematuridade é uma intercorrência obstétrica frequente entre as gestantes adolescentes pesquisadas, principalmente as mais jovens, quando mostra a diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos comparados. Costa *et al.* (2005), em uma pesquisa realizada em municípios da Bahia, apontaram maior risco de prematuridade entre os recém-nascidos de mães adolescentes comparados aos de mães adultas, relataram que o estado nutricional inadequado durante o ciclo gestacional contribui para esse aumento.

Souza, Oliveira e Camano (2003) afirmam que entre as adolescentes, o parto pré-termo tem etiologia multifatorial entre estas a primiparidade jovem (antes dos 16 anos); gestação ilegítima (conflitos de ordem emocional), temor da gravidez (estresse psíquico), estado nutricional inadequado, ausência da assistência pré-natal ou pré-natal inadequado ou tardio, RUPREME, infecções vaginais e do trato urinário. Rocha *et al.* (2009) escrevem que as principais intercorrências clínicas, fatores de risco para o parto pré-termo, foram anemia materna e infecção do trato urinário, principalmente entre as adolescentes precoces.

Reforçando o que os autores afirmam a respeito do TPP, foi observado entre as adolescentes pesquisadas neste estudo uma ocorrência importante de RUPREME, anemia, pré-natal inadequado, infecção do trato urinário que podem influenciar o desequilíbrio das trocas materno-fetais, desencadeando o TPP em gestantes adolescentes.

A SHEG foi a terceira intercorrência mais encontrada no estudo, sendo registrada a ocorrência de 38 (10,80%) adolescentes em todas as faixas etárias. Entretanto, quando

analisadas separadamente entre os dois grupos de interesse da pesquisa, observou-se que esse agravo foi o segundo mais prevalente entre as adolescentes do grupo A, com registro de 5 (14,70%) pesquisadas e ocupou o terceiro lugar no grupo B, com ocorrência de 33 (10,40%) casos. Esse evento merece destaque pelo fato de que quanto mais jovem for a mãe, maior será a incidência de problemas sobre o binômio materno-fetal.

As SHEG são as complicações mais frequentes na gestação e constituem, no Brasil, a primeira causa de morte materna, principalmente quando se instalam nas duas formas graves como a eclâmpsia e a síndrome HELLP (H= Hemolysis; EL= Elevated Liver functions tests; LP= Low Platelets count). A moléstia hipertensiva representa a entidade clínica que maior obituário perinatal, acarretando, ainda, substancial número de neonatos vitimados, quando sobrevivem aos danos da hipoxia perinatal (KAHHALE; ZUGAIB, 1995).

No que tange a mortalidade materna e perinatal decorrentes da SHEG, a ocorrência é maior nas adolescentes grávidas e no Brasil:

Grande parte das mortes na adolescência está relacionada às complicações da gravidez e parto, a saber: a toxemia gravídica ou Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação – SHEG, que abrange HÁ na gravidez, edema, proteinúria e tendências de convulsões; maior índice de cesarianas; desproporção céfalo-pélvica; síndromes hemorrágicas (coagulação vascular disseminada); lacerações perineais; amniorexe prematura; e prematuridade fetal (GALETTA; ZUGAIB, 2005, p. 84).

A SHEG é um agravo obstétrico que geralmente surge após a 20ª semana ou com mais frequência, caracterizando-se pela tríade sintomática hipertensão arterial, edema e proteinúria, neste caso, denominado de Pré-Eclâmpsia (PE), forma não convulsiva e Eclâmpsia (EC) forma convulsiva, acrescida a sintomatologia da PE de encefalopatia, manifestando-se a partir da 21ª semana gestacional ou nas primeiras 48 horas do puerpério, é mais comum em primíparas, acometendo assim mulheres mais jovens (BORN, 2007).

Aquino-Cunha *et al.*(2002), em estudo transversal com 562 mães adolescentes e não adolescentes em maternidade pública do município de Rio Branco-AC, observaram que a SHEG nas mães adolescentes ocorreu em 9 (4,30%) pesquisadas, enquanto nas adultas a ocorrência foi de 14 (3,95%) casos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. O MS afirma que “as complicações hipertensivas na gravidez são a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal; ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações [...]” (BRASIL, 2006b).

É difícil estabelecer a incidência de SHEG, a qual pode ocorrer em 10% das gestantes, especialmente em nulíparas e em mulheres de baixo nível socioeconômico (REZENDE, 2008). Para Galletta e Zugaib (2005) é mais frequente na adolescente, na primiparidade e

mediante o estresse associado à gravidez. Segundo Magalhães *et al.* (2006), é particularmente mais incidente nas adolescentes mais jovens (menor de 16 anos) porque, neste grupo, é maior o número de nulíparas, com estado nutricional deficiente e ausência de cuidado pré-natal. Cerca de 7% de todas as gestações são afetadas pela hipertensão arterial, e 6 a 10% dos óbitos perinatais estão associados aos episódios hipertensivos. O distúrbio hipertensivo pode resultar diretamente da própria gravidez ou preceder a gestação, e ser secundário a uma doença cardiovascular ou renal (BRANDEN, 2000).

Lima *et al.* (2012), analisando dados clínicos e obstétricos relacionados às SHEG graves ocorridas em 186 adolescentes assistidas em uma maternidade-escola do Recife (PE), revelam que as comorbidades maternas associadas à SHEG foram alterações do volume do líquido amniótico, quadros hemorrágicos e infecções. Em relação ao desenvolvimento fetal, foi identificado ocorrência de retardo do crescimento intrauterino e os recém-nascidos apresentaram prematuridade, icterícia, hipóxia e baixo peso ao nascer.

Segundo a ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1995), a gestação nesta fase da vida apresenta um risco obstétrico aumentado para a mulher adolescente. Corroborando, Velho e Morais (2000), afirmam que os efeitos adversos da gravidez precoce proporcionam, também, taxas mais elevadas de SHEGs, anemia, RUPREME, DST e infecções urinárias. Com isso eleva-se, sobremaneira, a morbiletalidade materna e perinatal. Spindola e Silva (2009) afirmam que há risco aumentado de DHEG, prematuridade, baixo peso ao nascer, anemia e complicações no parto, pois a mãe adolescente se encontra em uma faixa etária em que ainda estão ocorrendo crescentes transformações corporais e psicológicas.

A gravidez na adolescência acarreta vários riscos, como:

Anemia, desenvolvimento pélvico incompleto, maior índice de parto prematuro, mortalidade materna por hipertensão, hemorragia e complicações, quando provocado o aborto. Contudo, o que mais interfere é a precária condição de vida dessas adolescentes, o que acaba causando uma ausência de assistência durante a gravidez. Um pré-natal tardio e de baixa adesão contribui para o aumento nos índices de mortalidade materna entre as mães adolescentes (BRASIL, 2000, p. 17).

Resultados obstétricos desfavoráveis são cada vez mais comuns entre as gestações precoces e estes parecem receber influência de vários fatores. De acordo com O MS (BRASIL, 2006b), os transtornos hipertensivos, com grande destaque para a pré-eclâmpsia e eclâmpsia, correspondem a 37% de todas as mortes obstétricas diretas. Para Born (2007), os estados hipertensivos na gravidez, têm sido a principal causa de morte materna e de morbidade e mortalidade perinatais. O mesmo autor estima que cerca de 10% das gestações

são complicadas pela hipertensão, o que reforça a necessidade de uma política de saúde da mulher mais eficiente e eficaz, preocupada com esse quadro devastador.

Santos *et al.* (2007) defendem que a gravidez na adolescência não é só um problema clínico, dadas as peculiaridades no acompanhamento dessas mulheres, é um problema complexo interligado a inúmeros fatores – socioeconômicos e educacionais que exacerbam uma série de dificuldades secundárias à maternidade precoce. Essa situação torna-se mais caótica, quando se observa nessas gestantes de alto risco para SHEG o desconhecimento sobre esse agravo e sobre as condutas de prevenção e/ou de controle dos fatores de risco, que podem conduzi-las ao exercício inadequado das atividades de auto cuidado.

O acompanhamento pré-natal, quando realizado com qualidade, deve promover mudanças no processo saúde-doença, favorecendo o prognóstico materno-fetal. Nos casos das SHEG, viabiliza a determinação do risco gestacional com a aplicação de cuidados precoces e encaminhamento para atenção terciária quando necessário (LIMA *et al.*, 2012).

Santos e Lima (2006, p. 38) apresentam a importância do acompanhamento pré-natal, destacando que:

A assistência pré-natal é alvo de crescente destaque na atenção materno infantil e representa uma oportunidade para as mulheres receberem assistência adequada, um espaço onde possam expor suas dúvidas e sentimentos, serem ouvidas e esclarecidas. Constitui-se um exercício de promoção da saúde física e mental da gestante, mediante a identificação das alterações próprias da gravidez e os encaminhamentos necessários, a fim de evitarem repercussões prejudiciais ao feto.

#### **4.5 Resultados perinatais neonatais**

A análise das características dos recém-nascidos foi realizada para identificar quais fatores diferenciam os filhos de mães-adolescentes com idade entre 12 e 14 anos (Grupo A) em relação aos daquelas com idade na faixa de 15 a 19 anos (Grupo B). É importante destacar que o quantitativo de recém-nascidos (n=355) estudados diverge das adolescentes pesquisadas (n=351) devido à ocorrência de quatro gestações gemelares no estudo. Para realizar essas comparações foi aplicado o teste do Qui-quadrado, conforme apresentado na Tabela 8.

O resultado da comparação entre os grupos de interesse do estudo através do referido teste mostrou que as características dos recém-nascidos encontradas (Tabela 8) não apresentaram diferença estatisticamente importante entre os grupos. Porém a característica peso, quando tratada com a aplicação do teste t de Student mostrou-se com diferença estatística altamente significante.

Tabela 8 - Características dos recém-nascidos (n=355) de gestantes adolescentes atendidas para o parto no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, 2011.

	GA		GB		TT		p-valor
	n	%	n	%	N	%	
<b>Apgar no 1º minute</b>							0.8777
0 a 3	1	2,9	13	4,0	14	3,9	
4 a 7	5	14,7	29	9,0	34	9,6	
8 a 10	28	82,4	279	87,0	307	86,5	
<b>Apgar no 5º minute</b>							0.8956
0 a 3	1	2,9	5	1,6	6	1,7	
4 a 7	0	0,0	7	2,2	7	2,0	
8 a 10	33	97,1	309	96,2	342	96,3	
<b>Peso do RN</b>							0.5531
Macrossômico	0	0,0	13	4,0	13	3,7	
Normal	27	79,4	269	83,8	296	83,3	
Peso < 2500g	7	20,6	39	12,2	46	13,0	
<b>Idade gestacional</b>							0.4648
A Termo	26	76,5	273	85,0	299	84,2	
Pré-Termo	8	23,5	41	12,8	49	13,8	
Pós-Termo	0	0,0	7	2,2	7	2,0	
<b>Sexo do RN</b>							0.8655
Masculino	17	50,0	176	54,8	193	54,4	
Feminino	17	50,0	145	45,2	162	45,6	
<b>Hospitalização do RN</b>							0.8873
Sim	6	17,6	62	19,3	68	19,2	
Não	27	79,4	256	79,8	283	79,7	
Não se aplica	1	3,0	3	0,9	4	1,1	

Teste estatístico: Qui-quadrado.

Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

O índice de Apgar refere-se a uma escala que avalia a vitalidade de um recém-nascido nos primeiros minutos de vida e indica se esse precisará de cuidados especiais. Criada pela médica Virginia Apgar, inclui a avaliação de cinco sinais (frequência cardíaca, tônus muscular, cor da pele, respiração e irritabilidade reflexa) sendo realizada no primeiro, no quinto e no décimo minuto de vida. Nesse estudo o índice de Apgar foi agrupado em três categorias: a primeira concentrando os casos de asfixia grave (0 a 3), a segunda incluindo asfixia leve/moderada (4 a 7) e a terceira os valores normais de Apgar (8 a 10).

Um estudo sobre as políticas públicas de proteção à saúde infantil e materna no Brasil: um olhar especial para os filhos de mães adolescentes apresenta uma classificação de sofrimento fetal/asfixia perinatal baseada no índice de Apgar, com avaliação no primeiro minuto de vida. O sofrimento fetal/asfixia ao nascer foi delimitado quando o recém-nascido apresenta o índice de Apgar menor que 7, sendo que recém-nascidos com índice de Apgar

menor que 4 são classificados como sofrimento fetal/asfixia grave e os com índice de Apgar entre 6 e 4, sofrimento fetal/asfixia moderada (VISÃO MUNDIAL BRASIL, 2011).

Neste estudo, os dados referentes ao índice de Apgar no primeiro minuto de vida (Tabela 8) indicam que 28 (82,40%) recém-nascidos das adolescentes do grupo A, apresentaram índice de Apgar entre oito e dez, 5 (14,70%) apresentaram índice entre quatro e sete e 1 (2,90%) apresentou índice de Apgar menor que quatro. Dentre os recém-nascidos das adolescentes do grupo B, 279 (87,00%) apresentaram índice de Apgar no primeiro minuto entre oito e dez, 29 (9,00%) entre quatro e sete e 13 (4,00%) inferior a quatro.

Na avaliação do índice de Apgar no quinto minuto de vida, este estudo revelou que dentre os recém-nascidos das adolescentes do grupo A, 33 (97,10%) apresentaram índice entre oito e dez, nenhum registro de índice entre quatro e sete e 1 (2,90%) com índice de Apgar menor que quatro. Dentre os recém-nascidos das adolescentes do grupo B, 309 (96,20%) apresentaram índice de Apgar no quinto minuto entre oito e dez, 7 (2,20%) entre quatro e sete e 5 (1,60%) apresentaram índice inferior a quatro.

Levando-se em consideração a avaliação no primeiro minuto de vida, observa-se que na comparação entre os dois grupos, os recém-nascidos de adolescentes mais novas (grupo A) apresentaram risco moderadamente aumentado de asfixia perinatal com índice de Apgar entre quatro e sete (17,60%). Na avaliação dos dados referentes ao quinto minuto de vida, os números se invertem, sendo que os filhos de adolescentes de mais idade (grupo B) apresentaram risco moderadamente aumentado de asfixia perinatal com índice de Apgar entre quatro e sete (3,80%). Observa-se, ainda, que com o passar do tempo, devido à assistência neonatal imediata, os recém-nascidos apresentaram melhor vitalidade, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos.

A respeito dessa avaliação da vitalidade fetal, Santos *et al.* (2009), ao avaliarem o impacto da idade materna sobre os resultados perinatais, verificam que os recém nascidos de gestantes com idade acima de 35 anos apresentam maiores chances de baixo Apgar ao quinto minuto. Dentre as gestantes adolescentes, a chance do recém-nascido apresentar Apgar ao quinto minuto abaixo de sete foi 66% maior, quando comparado as gestantes de 20 a 34 anos. Já Pinto (2008), ao avaliar recém nascidos a termo, com baixo índice de Apgar, não verificou associação deste com a idade materna.

Ximenes e Oliveira (2004) analisaram 39.285 registros oficiais de nascimentos em Fortaleza (CE) e observaram que 19,10% dos filhos de mulheres com idade de 10 a 20 anos apresentaram índice de Apgar no primeiro minuto menor que 7. Gama *et al.* (2001) observaram, na avaliação do Apgar no primeiro minuto, maior concentração de asfixia

moderada e grave (Apgar<7) nos filhos de jovens de 15 a 19 anos em comparação aos de 20 a 24 anos. Já no Apgar no quinto minuto, não foram encontradas diferenças significativas na comparação entre os grupos etários estudados.

Ainda de acordo com Gama *et al.* (2001), dentre as intercorrências obstétricas relacionadas à gestação na adolescência estão a prematuridade, o Baixo Peso ao Nascer (BPN) e a maior a frequência de asfixia moderada e grave no Apgar no primeiro minuto. Para Oliveira (2006) a hipóxia perinatal nos recém-nascidos está relacionada às síndromes hipertensivas da gestação, pois estas aumentam o risco para desfecho neonatal desfavorável, como índice de Apgar baixo no primeiro e quinto minutos de vida.

O estudo buscou classificar e analisar os recém-nascidos baseado no peso e na Idade Gestacional (IG) destes. Para a variável peso foi levado em consideração o padrão de medida grama(g) de todos os recém-nascidos pesquisados, sendo adotada a classificação corrente na literatura: baixo peso (menor que 2.500g), peso normal (2.500g a 3.999g) e macrossômico (4.000g e mais). A idade gestacional foi considerada levando-se em consideração o número de semanas obstétricas da gestação no momento do parto, sendo determinada através de cálculos utilizando a Data da Última Menstruação (DUM) e/ou da ultrassonografia obstétrica precoce. Para essa variável foi adotada como classificação: pré-termo (22 a 37 semanas), a termo (37 semanas e 1 dia a 42 semanas) e pós-termo (42 semanas e 1 dia e mais).

Para Margotto e Moreira (2011, p. 57):

Os recém-nascidos podem ser classificados de acordo com a idade gestacional (IG), peso ao nascer e relação entre IG-peso. Segundo a idade gestacional, é possível classificar os recém-nascidos em: pré-termo (RNPT) – idade gestacional inferior a 37 semanas (259 dias); a termo (RNT) – idade gestacional entre 37 e 41 semanas e seis dias (260-294 dias); e pós-termo (RN POT) – idade gestacional igual ou maior que 42 semanas (mais de 294 dias). De acordo com o peso ao nascer, o RN pode ser classificado como: macrossômico – peso maior que 4.000g; peso ao nascer normal – 2.500 (3.000) – 3.999g; e baixo peso ao nascer (RNBP) – menos de 2.500g [...].

A maternidade na adolescência pode acarretar aumento na incidência de intercorrências obstétricas, com destaque para prematuridade e baixo peso ao nascer, em decorrência não simplesmente da idade, mas da qualidade da assistência pré-natal e, sobretudo, das condições socioeconômicas e de saúde deste grupo. Há que se ressaltar que os estudos indicam que as adolescentes que não fazem o pré-natal ou realizam pré-natal de forma insuficiente têm maior risco para prematuridade e baixo peso ao nascer (GAMA *et al.*, 2002).

Mariotoni e Barros Filho (1998), em estudo realizado em Campinas (SP), concluíram que a gravidez na adolescência não representou risco para a ocorrência de baixo peso ao nascer na população estudada, quando outros fatores foram controlados. Para Simões et al.

(2003) as maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer, recém-nascidos pequenos para a idade gestacional e mortalidade infantil foram observadas no grupo de adolescentes com menos de 18 anos. As adolescentes de 18 e 19 anos apresentaram também maior percentual de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional do que as mães mais velhas.

Na avaliação da variável peso, o estudo revelou que dentre todas as pesquisadas 46 (13,00%) recém-nascidos foram classificados como de baixo peso, 296 (83,30%) de peso normal e 13 (3,70%) macrossômicos. Na análise da IG foram classificados 49 (13,80%) RN pré-termos, 299 (84,20%) a termo e 7 (2,00%) pós-termo. Na análise segregada dos dois grupos de interesse o estudo revelou que os RN das adolescentes do grupo A apresentaram moderadamente maior percentual de peso normal ao nascer e idade gestacional a termo (83,80% e 85,00% respectivamente), enquanto os RN das adolescentes do grupo B apresentaram mais baixo peso e maior prematuridade (20,60% e 23,50%, respectivamente).

Analisando mais especificamente e comparativamente a variável peso ao nascer (g), o estudo mostrou que os RN do Grupo A ( $2792 \pm 592$ g) apresentaram em média 334g a menos que os recém-nascidos do Grupo B ( $3126 \pm 551$ g). Essa diferença foi avaliada pelo teste t de Student (tabela 9) que resultou no p-valor = 0.0011\*, o qual é altamente significativo.

Tabela 9 - Peso ao nascer de recém-nascidos (n=355) de gestantes adolescentes atendidas para o parto no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, 2011.

	<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>
<b>Peso ao nascer (kg)</b>	<b>(n=34)</b>	<b>(n=321)</b>
Mínimo	925.0	650.0
Máximo	3660.0	4420.0
Mediana	2865.0	3145.0
Média Aritmética	2792.0	3126.0
Desvio Padrão	592.0	551.0

p-valor = 0.0011\*, Teste t de Student, GL =349, t = 33.4

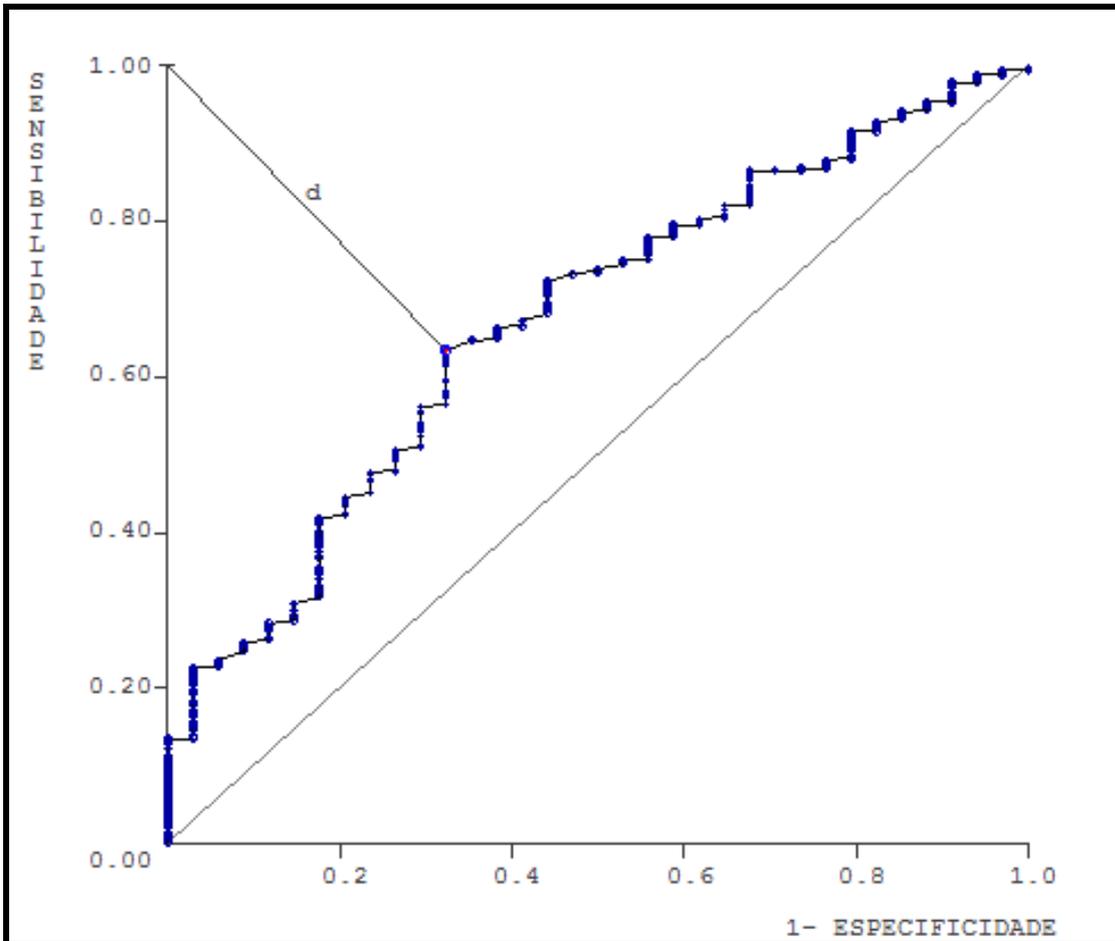
Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

Através da elaboração da curva ROC (Receiver Operating Characteristic Curve) foi possível determinar o ponto de corte 3.000g, sendo que este indicador define que os recém-nascidos das adolescentes do grupo A, tem maior probabilidade (p-valor <0.0001, altamente significativo) de nascer com peso inferior a 3.000g. Este ponto de corte apresenta como características operacionais: sensibilidade 63,40%, especificidade 67,60% e acurácia 63,80%.

A distribuição conforme os percentis mostra que no Grupo A, 66,00% (2 em cada 3) dos recém-nascidos apresentaram peso abaixo de 3.000g (ponto de corte). Por outro lado no

Grupo B, 66,00% (aproximadamente 2 em cada 3) dos recém-nascidos apresentam peso maior que 3.000g (ponto de corte).

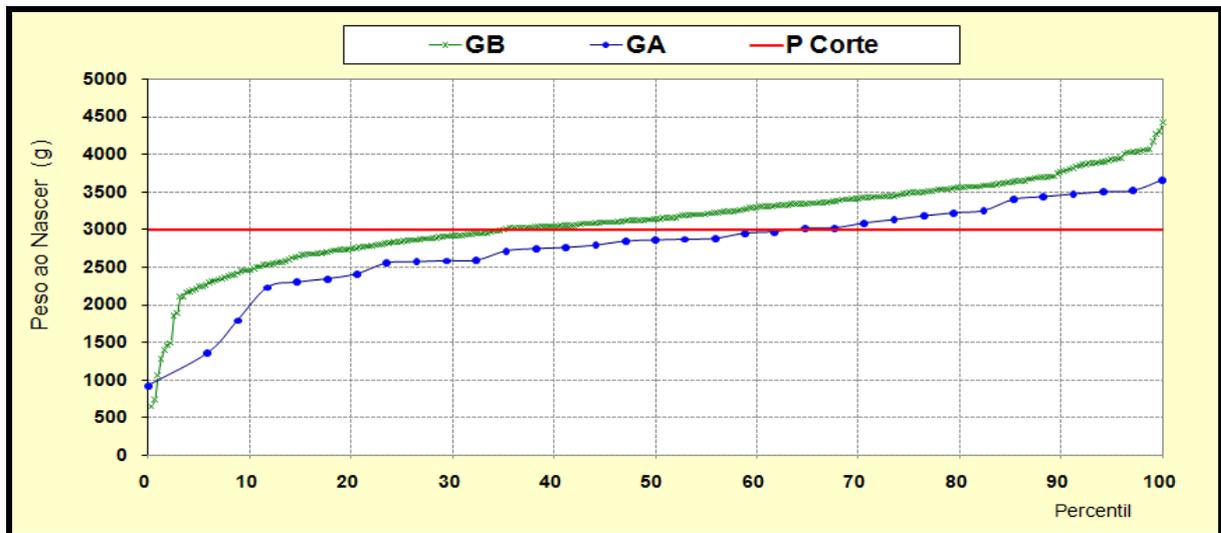
Figura 4 - Curva ROC (Receiver Operating Characteristic Curve) que determina o ponto de corte 3kg como marcador do peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes adolescentes com idade até 14 anos (Grupo A).



Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

Segundo critério da WHO (2006) o recém-nascido é considerado de baixo peso caso tenha massa corporal, ao nascer, inferior a 2.500g. Concomitantemente, é considerado pré-termo quando nasce antes de 37 semanas de gestação (259 dias). O Gráfico 5 mostra que dentre as adolescentes do grupo A, 23,50% dos recém-nascidos apresentam baixo peso ao nascer, entretanto, dentre as do grupo B, a prevalência de baixo peso é de 12,80%. Portanto a baixa idade materna tem relação direta com o baixo peso do recém-nascido. O mesmo pode-se inferir a respeito da prematuridade, haja vista que 23,50% dos recém-nascidos das adolescentes do grupo A foram classificados como pré-termos contra 12,80% do grupo B.

Gráfico 5 - Distribuição do peso de recém-nascidos de gestantes adolescentes atendidas para o parto no HMML, conforme os percentis. Grupo A (n=34) e no Grupo B (n=321). Macapá-AP, ano 2011.



Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

Simões *et al.* (2003), observaram risco 2,85 vezes maior de baixo peso ao nascer no grupo de adolescentes muito jovens (com menos de 18 anos), quando comparadas àquelas com 25 a 29 anos. Estas jovens também apresentaram risco aumentado de ter filhos prematuros (Razão de Prevalências (RP)=2,09). Entretanto, o grupo de 18 e 19 anos demonstrou o mesmo risco de ter filhos com baixo peso ao nascer e prematuros:

As mães do grupo de idade abaixo de 18 anos tiveram maiores taxas de resultados desfavoráveis da gravidez (maiores taxas de baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade infantil) que as adolescentes de 18 a 19 anos, apesar de não haver diferenças socioeconômicas entre estes dois grupos de adolescentes. Entretanto, observou-se maior percentual de primíparas entre as adolescentes muito jovens. Se ambas tiveram situação socioeconômica semelhante, as adolescentes mais jovens (menos de 18 anos) apresentaram piores resultados perinatais. Isto sugere que fatores biológicos ligados à imaturidade estejam associados às maiores taxas de baixo peso, prematuridade e mortalidade infantil observadas nesse grupo (SIMÕES *et al.*, 2003, p. 564).

Gama, Szwarcwald e Leal (2002) recomendam ampliar a cobertura de pré--natal para gestantes adolescentes, uma vez que acompanhadas estas gestações transcorrem de forma adequada diminuindo a incidência de prematuridade e de baixo peso ao nascer. Portanto, o adequado acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério das gestantes adolescentes têm grande potencial de impacto nas reduções da mortalidade infantil e materna, através da prevenção de intercorrências obstétricas tais como a prematuridade e o baixo peso ao nascer.

A característica sexo do recém-nascido, apesar de discreta prevalência de meninos, não apresentou diferença estatística importante, sendo que 193 (54,40%) são masculinos e 162 (45,60%) femininos. O estudo revelou ainda que 68 (19,20%) recém-nascidos foram hospitalizados com diversos tipos de agravos a saúde, sendo que alguns evoluíram para óbito.

A distribuição das intercorrências nos recém-nascidos mostrou que dentre todas as intercorrências, a mais frequente foi o desconforto respiratório leve ou moderado (14,80%) seguido de icterícia neonatal (14,20%). No conjunto formado pelas gestantes com idade até 14 anos as intercorrências mais prevalentes foram prematuridade e baixo peso, ambas com 16,40%. Por outro lado, no grupo formado por gestantes com idade entre 15 e 19 anos, as mais prevalentes foram desconforto respiratório e icterícia neonatal, ambas com 14,50%.

A comparação entre as intercorrências nos grupos A e B não apresentou reais diferenças, isto porque as prevalências entre as gestantes do grupo A, e as gestantes do grupo B, não foram estatisticamente significantes (p-valor >0.05), conforme exposto na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição de intercorrências nos recém-nascidos de gestantes adolescentes atendidas para o parto no HMML. Grupo A (idade até 14 anos) e Grupo B (idade entre 15 e 19 anos). Macapá-AP, 2011.

	GA (n=34)		GB (n=317)		Total		GAxGB
	n	%	n	%	n	%	p-valor
Nenhuma	15	44,1	154	48,6	169	48,1	0.6206
Prematuridade	7	20,6	34	10,7	41	11,7	0.0888
Desc. resp. leve/mod	6	17,6	46	14,5	52	14,8	0.6247
Desc. resp. grave	2	5,9	7	2,2	9	2,6	0.1977
Anoxia perinatal	1	2,9	23	7,3	24	6,8	0.3435
Icterícia neonatal	4	11,8	46	14,5	50	14,2	0.6633
Infecção neonatal	3	8,8	17	5,4	20	5,7	0.4081
RIO - BR>18h	1	2,9	16	5,0	17	4,8	0.5867
Sífilis congênita	0	0,0	7	2,2	7	2,0	0.3814
Dificuldade na sucção	3	8,8	15	4,7	18	5,1	0.3040
RN de baixo peso	7	20,6	34	10,7	41	11,7	0.0888
RN macrossômico	0	0,0	10	3,2	10	2,8	0.2934
Óbito fetal/neonatal	2	5,9	9	2,8	11	3,1	0.3331
Outros	0	0,0	39	12,3	39	11,1	0.0601

Teste Binomial.

Fonte: instrumento de coleta de dados da pesquisa

É importante ressaltar que as intercorrências relacionadas ao peso e a idade gestacional, novamente apresentadas na Tabela 10, já foram discutidas anteriormente. Porém observa-se uma divergência na característica/intercorrência pré-termo/prematuridade nos dados das duas tabelas. Essa diferença justifica-se pelo fato de que a idade gestacional constante na tabela 9 foi tratada levando-se em consideração os registros e cálculos constantes nos prontuários dos recém-nascidos, feitos pelos neonatologistas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente que a gravidez indesejada em adolescentes tem como certa e principal consequência uma imensa problemática nos níveis biológicos e psicossociais. Os estudiosos do assunto, no ímpeto de minorar a situação, têm-se empenhado o máximo no sentido de diagnosticar tais consequências e fomentar cuidados assistenciais que se desdobrem em verdadeiras políticas públicas voltadas a essa população. Nesse sentido, esse estudo evidenciou algumas peculiaridades concernentes aos aspectos epidemiológicos e resultados perinatais de adolescentes amapaenses que vivenciaram a experiência da gravidez.

A distribuição das adolescentes de acordo com a faixa etária e a divisão nos dois grupos de interesse do estudo mostrou que 34 (9,68%) tinham de 12 a 14 anos e 317 (90,32%) estavam na faixa dos 15 aos 19 anos. Não houve registro de adolescentes grávidas de 10 e 11 anos. A média das idades de todas as pesquisadas ficou em torno de 16,91 anos (DP=1,67 anos). Quanto às características habitacionais das pesquisadas, revelou-se que 246 (70,09%) adolescentes residiam no Município de Macapá, 73 (20,80%) moravam em residência própria, 114 (32,48%) coabitavam com o cônjuge e 247 (70,37%) conviviam em união consensual.

Quanto às características educacionais das adolescentes, o estudo apontou uma predominância estatisticamente significativa para o ensino fundamental incompleto, mencionado por 230 (65,53%) adolescentes, com 189 (53,85%) pesquisadas com 5 a 8 anos de estudo. Dentre todas as pesquisadas, 205 (58,40%) matricularam-se no ano letivo de 2011, entretanto, 130 (63,41%) abandonaram a escola, em decorrência da gravidez e ou parto. Na vida laboral, 333 (94,87%) não trabalham e 209 (59,54%) tinham renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos. A pesquisa demonstra uma baixa escolaridade com elevada evasão escolar entre as adolescentes, o que poderá dificultar futuramente a inserção dessas meninas no mercado competitivo de trabalho, implicando em desemprego e contribuindo ainda mais para a imersão dessas adolescentes e seus filhos em situação de risco social.

Os dados obstétricos das adolescentes evidenciaram predominância estatisticamente significativa para menarca entre 12 e 13 anos (53,56%) e sexarca entre 14 e 15 anos (51,57%). A maioria (70,09%) já usara método anticoncepcional, sendo mencionado como o mais usado a camisinha (46,72%). As pesquisadas eram primíparas (67,81%) e a maioria (90,81%) não tinha histórico de abortamento. Quanto à realização de pré-natal, houve predominância estatisticamente significativa para a realização de 1 a 3 consultas por 139 (39,36%) adolescentes. A média do número de consultas foi de 4,05 (DP=2,52) e 20 (5,70%) pesquisadas não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal. Na comparação entre os dois grupos, 5 (14,70%) adolescentes do grupo A não haviam feito o pré-natal, o que

representou, no teste binominal, uma diferença significativa (p-valor = 0.0171\*). Não ocorreu hospitalização em 304 (86,61%) e 298 (84,90%) foram classificadas como gestação a termo.

Os achados deste estudo despertam à reflexão sobre o papel do serviço de saúde na captação deste grupo excluído para o qual, certamente, o pré-natal teria um efeito fundamental sobre o resultado da gestação. Defende-se a postura de que a gestante adolescente inicie precocemente o acompanhamento pré-natal com uma equipe multiprofissional, o que permitirá uma vigilância mais aguçada sobre os riscos para o binômio materno-fetal ou outras anormalidades que requeiram o acompanhamento necessário. Assim, objetiva-se diminuir as situações desfavoráveis que possam influenciar a gravidez na adolescência.

Quanto aos resultados perinatais maternos, o estudo elucidou que 256 (72,93%) adolescentes pariram de parto vaginal e 95 (27,07%) de parto cesariano. A intercorrência mais frequente nos dois grupos foi a RUPREME, com ocorrência em 64 (18,20%) adolescentes. Nas pesquisadas do grupo A, a intercorrência mais prevalente foi o TPP (23,50%), por outro lado, no grupo B, foi a RUPREME (18,90%). A comparação entre as intercorrências nos grupos A e B mostrou que houve diferença estatisticamente significativa (p-valor = 0.0288) na ocorrência de TPP, pois a prevalência entre as adolescentes do grupo A (23,50%) foi maior que no grupo B (10,70%).

Nos resultados perinatais neonatais o estudo revelou que a avaliação dos recém-nascidos pelo método de Apgar é condizente com outros achados científicos. Levando-se em consideração a avaliação no primeiro minuto de vida, observa-se que na comparação entre os dois grupos, os recém-nascidos de adolescentes do grupo A apresentaram risco moderadamente aumentado de asfixia perinatal com índice de Apgar entre zero e sete (17,60%). Na avaliação dos dados referentes ao quinto minuto de vida, os números se invertem, sendo que os filhos de adolescentes do Grupo B apresentaram risco moderadamente aumentado de asfixia perinatal com índice de Apgar entre zero e sete (3,80%). Observou-se ainda que com o passar do tempo, devido à assistência neonatal imediata, os recém-nascidos apresentaram melhor vitalidade, porém sem diferença significativa entre ambos os grupos.

Na classificação dos recém-nascidos através das variáveis peso e idade gestacional foi evidenciado que dentre todas as pesquisadas 46 (13,00%) de seus recém-nascidos foram classificados como de baixo peso, 296 (83,30%) de peso normal e 13 (3,70%) macrossômicos. Quanto a idade gestacional foram classificados 49 (13,80%) recém-nascidos pré-termos, 299 (84,20%) a termo e 7 (2,00%) pós-termo. O estudo mostrou que os recém-nascidos do grupo A ( $2792 \pm 592$ g) apresentavam em média 334g a menos que os do grupo B ( $3126 \pm 551$ g), sendo que essa diferença foi avaliada pelo teste t de Student que resultou no p-

valor = 0.0011\*, o qual é altamente significativo. Os RN das adolescentes do grupo B apresentaram moderadamente maior percentual de peso normal ao nascer e idade gestacional a termo (83,80% e 85,00% respectivamente), enquanto os RN das adolescentes do grupo A apresentaram mais baixo peso e maior prematuridade (20,60% e 23,50%, respectivamente).

A característica sexo do RN, apesar de discreta prevalência de meninos, não apresentou diferença estatística importante, sendo que 193 (54,40%) eram masculinos e 162 (45,60%) femininos. O estudo revelou ainda que 68 (19,20%) recém-nascidos foram hospitalizados com diversos tipos de agravos a saúde, sendo que alguns evoluíram para óbito.

Quanto às intercorrências nos RN, a mais frequente foi o desconforto respiratório leve ou moderado (14,80%) seguido de icterícia neonatal (14,20%). No conjunto formado somente pelas gestantes com idade até 14 anos as intercorrências mais prevalentes foram prematuridade e baixo peso, ambas com 16,40%, por outro lado, no grupo formado por gestantes com idade entre 15 e 19 anos, as mais prevalentes foram desconforto respiratório e icterícia neonatal, ambas com 14,50%. A comparação das intercorrências entre os dois grupos não apresentou diferenças estatisticamente significantes (p-valor >0.05).

Entre todas as variáveis inicialmente analisadas foi aplicado um critério de seleção para escolher as que fariam parte do modelo multivariado de regressão logística. A amostra foi dividida em dois grupos, para avaliar quais os fatores que estariam associados às adolescentes com idade entre 10 e 14 anos (grupo A), sendo que onze variáveis que na análise bivariada obtiveram p-valor < 0.05 foram inseridas no modelo multivariado. Nesta regressão logística, o principal resultado é o logit, o qual é o logaritmo natural do Odds ratio. O logit deriva do modelo multivariado formado pelas onze variáveis (RN de baixo peso, menarca, sexarca, uso de MAC, história obstétrica, hospitalização na gravidez, estado civil, escolaridade, matrícula no ano letivo, sem acompanhamento pré-natal e TPP). No resultado da regressão logística somente três variáveis obtiveram p-valor <0.05 (estatisticamente significativa), portanto, são as variáveis que estão mais fortemente associadas às adolescentes com idade materna entre 10 e 14 anos, que são as seguintes variáveis: sem acompanhamento pré-natal, TPP e RN de baixo peso. O resultado da regressão logística é altamente significativo ( $\chi^2=124.6$ , GL=12, p-valor <0.0001\*), e o logit mostrou que a presença simultânea desses três fatores aumenta em 0.86 (ou 86,00%) a probabilidade de que a mãe esteja no grupo mais jovem, com idade entre 10 e 14 anos.

Portanto, os resultados deste estudo apontam e ratificam a problemática, quando os dados coadunam com os mencionados por outros autores em que, as gestantes adolescentes, apresentam condição socioeconômica mais desfavorável, pior nível de instrução e menos

trabalho remunerado. A problemática é mais preocupante quando se enfocam as adolescentes mais novas, ou seja, na faixa etária de 10 a 14 anos, pois são mais notórios a falta do adequado acompanhamento pré-natal, a ocorrência de parto prematuro e de recém-nascidos de baixo peso, provavelmente decorrentes da situação socioeconômica dessas jovens.

Enfatiza-se a necessidade urgente de políticas públicas que visem ampliar a cobertura e o número de consultas pré-natais que, certamente, contribuirá para alcançar melhores resultados da gestação nessa população. O adequado acompanhamento pré-natal pode ser visto como uma política compensatória da saúde, cabendo a ele o papel de minimizar o efeito das desigualdades socioeconômicas. Quando isto ocorrer, as adolescentes serão mais saudáveis, vivendo sua cidadania plena, visto que adolescentes saudáveis são aqueles que afirmaram sua personalidade, com excelente desenvolvimento sexual e capacidade reprodutiva, com a concretização dos projetos de vida, desenvolvimento espiritual e autoestima e ainda com a capacidade de pensamento abstrato e independência.

Os achados deste estudo despertam para uma reflexão e cobrar um esforço conjunto de diversos setores da sociedade, no sentido de atender às necessidades dessas adolescentes. O setor da saúde deve organizar seus serviços de forma diferenciada para o acolhimento e acompanhamento de saúde dos adolescentes, contando com uma equipe multidisciplinar motivada e capacitada para trabalhar com pessoas dessa faixa etária. É importante também haver parcerias com instituições governamentais e não-governamentais de educação e promoção social, com as famílias e a comunidade para que, por meio de informação, de conhecimento, com proteção e apoio, fomentando a prevenção, essas adolescentes se encaminhem para a vida adulta de forma saudável e responsável.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. A. L. P. Gravidez na adolescência. *In*: CORRÊA M. D. **Noções Práticas de Obsterícia**. Belo Horizonte: Coopmed Editora, 1994.

AMAPÁ. Hospital da Mulher Mãe Luzia. **Parto e atendimento por aborto em adolescente ano 2005 (dados não oficiais)**. Macapá: Serviço de Arquivo Médico Estatístico, 2010.

\_\_\_\_\_. **Parto e Atendimento por aborto em adolescente ano 2006 (dados não oficiais)**. Macapá: Serviço de Arquivo Médico Estatístico, 2010.

\_\_\_\_\_. **Parto e atendimento por aborto em adolescente ano 2007 (dados não oficiais)**. Macapá: Serviço de Arquivo Médico Estatístico, 2010.

\_\_\_\_\_. **Parto e atendimento por aborto em adolescentes ano 2008 (dados não oficiais)**. Macapá: Serviço de Arquivo Médico Estatístico, 2010.

\_\_\_\_\_. **Parto e atendimento por aborto em adolescentes ano 2009 (dados não oficiais)**. Macapá: Serviço de Arquivo Médico Estatístico, 2010.

\_\_\_\_\_. **Parto e atendimento por aborto em adolescentes ano 2010 (dados não oficiais)**. Macapá: Serviço de Arquivo Médico Estatístico, 2010.

\_\_\_\_\_. **Parto e atendimento por aborto em adolescentes ano 2011 (dados não oficiais)**. Macapá: Serviço de Arquivo Médico Estatístico, 2011.

AMAZARRAY, M.R. *et al.* A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. **Psicol Reflex Crit.**, n. 11, p. 431-40, 1998.

AQUINO, E. M. L.; DIAS, A. B. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 1447-58, 2006.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 19, p. 377-88, 2003.

AQUINO-CUNHA, M. *et al.* Gestação na Adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 24, p. 513-19, 2002.

AYRES, M. *et al.* **BioEstat 5.3**: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas. 5. ed. Belém-PA: Publicações avulsas do Mamirauá, 2007.

BARALDI, A. C. P.; DAUD, Z. P; ALMEIDA, A. M. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, n. 15, p. 1-7, 2007.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil). **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1996.

BERTINI, A.M. *et al.* Rotura prematura das membranas. *In*: BENZECRY, R.; OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. **Tratado de Obstetrícia**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2001.

BORN, D. Hipertensão em situações especiais na gravidez. *In*: PÓVOA, R (Org.). **Hipertensão arterial na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2007.

BORDIN, I. A. S. Aspectos gerais de psiquiatria infantil. *In*: LARANJEIRA, R.; DARTIU, L.; ALMEIDA, O. (Ed.). **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 1421-30, 2006.

BRANDEN, P.S. **Enfermagem materno-infantil**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2000.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

BRASIL. **Decreto Lei n. 6.286, de 05 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na escola – PSE e dá outras providências. 2007. Disponível em: <<http://planalto.gov.br/ccivil>>. Acesso em: 26 mar.2012.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: um guia prático. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília (DF), 2000.

\_\_\_\_\_. **Brasil acelera redução de gravidez na adolescência**. 2010a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe?idb2009/e03b.def>>. Acesso em: 29 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília (DF), 2005.

\_\_\_\_\_. **Partos em adolescentes caem 30% em 10 anos**. 2009a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias>>. Acesso em: 11 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS)**. 2006a. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/pnds>>. Acesso em 29 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF), 2006b.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://datasus.gov.br/conselho/reso196.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe?sinasc/bnv.def>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. 2009b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe?sinasc/bnv.def>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. 2010b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe?sinasc/bnv.def>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Secretaria executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente**. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. Brasília, 1989.

CADETE, M. M. M. **Da adolescência ao processo de adolecer**. 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

CAMPOS, D. M. S. **Psicologia da Adolescência: normalidade e psicopatologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 1981.

CARNIEL, E. F. *et al.* Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco... **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 4, n. 6, p. 419-26, 2006.

CARVACHO I. E. *et al.* Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 42, p. 886-94, 2008.

CAVASIN, S.; ARRUDA, S. **Gravidez na adolescência: desejo ou subversão? ECOS** – Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana, Boletim n. 02, 1999.

CERVO, A.; BERVIAN, P. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

CHALEM, E. *et al.* Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população... **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 23, p. 177-86, 2007.

CHAMILCO, R. A. S. I. **Práticas obstétricas adotadas pelas parteiras tradicionais na assistência ao parto domiciliar**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro (RJ), 2001.

CHAVES JUNIOR, E.O.C. Políticas de juventude: Evolução histórica e definição. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. v.1, n. 16, p. 41-48, 1999.

COCHRAN, W. G. **Sampling techniques**. 3<sup>rd</sup>. ed. New York: John Wiley & Sons, 1977.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER (CNDM), 1998. **Distribuição de nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 20 anos das regiões do Brasil ...** Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/cndm/genero/saude/BR.htm>>. Acesso em: 05 dez. 2010.

COSTA, M.C.A. *et al.* Gravidez na adolescência e co - responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica... **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 10, p. 719-27, 2005.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, S. M.; BRUNO, Z. V. Efeito da gravidez na adolescência sobre os resultados perinatais... **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 28, p. 431-39, 2006.

DADOORIAN, D. **Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DIMENSTEIN, G. Gravidez de adolescentes tem cura. **Folha de S. Paulo**, 13 mar. 2005. Caderno Cotidiano, p. C-12.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: Saraiva, 2001.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Manual de orientação: saúde do Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000

FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

GALLETA, M. A.; ZUGAIB, M. **Pré-natal da adolescente**. 2005 [on-line]. Disponível em: <<http://www.ids.-saude.org.br/medicina>>. Acesso em: 16 jan. 2012

GAMA, S. G. N. *et al.* Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer... **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 1, n. 35, p. 74-80, 2001.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais... **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 18, p. 153-61, 2002.

GAMA, S. G. N. *et al.* Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes ... **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p. 101-11, 2004

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GILDEMEISTER, S.B. Prevenção da gravidez indesejada ou inoportuna. *In*: HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Rocca, 1993.

GODINHO, R. A. *et al.* Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?. **Rev.latin-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, 2000.

GONÇALVES, H.; GIGANTE, D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico... **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 1459-69, 2006.

GUIMARÃES, E. M. B.; COLLI, A. S. **Gravidez na adolescência**. Goiânia: CEGRAF, 1998.

GUIMARÃES, E. M. B. **Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar**. [sl]: Pediatria Moderna, 2001.

HEILBORN, M. L. *et al.* **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2006.

HOGA, L. A. K. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 16, 2008.

HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; REBERTE, L. M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas... **Rev Enferm Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.1, n. 14, p. 151-57, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contagem da população 2007**. Rio de Janeiro, 2007.

\_\_\_\_\_. **Departamento de população e indicadores sociais. Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro (RJ), 2006.

\_\_\_\_\_. **Indicadores Sociais Brasileiros. 2000. Censo demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>>. Acesso em: 10 dez. 2010

\_\_\_\_\_. **Resultados do Censo 2010**. Disponível em: <[http://censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php)>. Acesso em: 10 dez. 2010.

JORGE, M. S. B. *et al.* Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 2, n. 42, p. 312-20, 2008.

KAHHALE, S.; ZUGAIB, M. **Síndromes hipertensivas na gravidez**. São Paulo: Ateneu, 1995.

LAGE, A. M. D. **Vivências da gravidez de adolescentes**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem/UFMG, Belo Horizonte, 2008.

LEVISKY, D. L. Considerações teórico-clínicas. *In*: LEVISKY, D. L. **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

LIMA, A. G. *et al.* Síndromes Hipertensivas Graves: estudo descritivo com adolescentes atendidas em maternidade escola. **Rev Rene**, v. 2, n. 13, p. 408-18, 2012.

LOPEZ, F. A. **Tratado de pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo: Manole, 2007.

MAGALHÃES, M. L. C. *et al.* Gestação na adolescência precoce e tardia - há diferença nos riscos obstétricos? **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 446-52, 2006.

MAIA, E. C. **Gravidez na adolescência: aspectos maternos perinatais**. 2007. Dissertação (Mestrado em saúde da criança e do adolescente) - Hospital Universitário Antônio Pedro / Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

- MARGOTTO, P. R.; MOREIRA, A. C. G. Classificação do recém-nascido. In: SOUZA, A. B. G.(Org.). **Enfermagem Neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2011
- MARIOTONI, G. G. B.; BARROS FILHO, A. A. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, n. 74, p. 107-13, 1998.
- MATHIAS, L. *et al.* Gravidez na Adolescência: idade limite de risco reprodutivo entre adolescentes. **J Bras Ginecol.**, n. 95, p. 141-43, 1985.
- MELO, L. L.; LIMA, M. A. D. S. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. **Rev Bras Enfermagem**, v. 1, n. 53, p. 81-6, 2000.
- MENEZES, I. H. C. F.; DOMINGUES, M. H. M. S. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes... **Rev. Nutr.**, Campinas, v.2, n. 17, p. 185-194, 2004
- MICHELAZZO, D. *et al.* Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. **Rer Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 26, p. 17-22, 2004.
- MINUCHIN, P.; COLAPINO, J.; MINUCHIN, S. **Trabalhando com famílias pobres**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1999.
- MONTEIRO, D.L.M.; TRAJANO, A.J.B.; BASTOS, A.C. **Gravidez e adolescência**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2009.
- MORAIS, E.N; FILHO, F. M. **Medicina materna e perinatal**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- MORAIS, P. D.; MORAIS, J. D. **História e geografia do Amapá: o Amapá em perspectivas**. Macapá: JM Editora Gráfica, 2009.
- MOREIRA, T. M. H. *et al.* Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 2, n. 42, p. 312-20, 2008.
- MÜLLER, R. **A evolução do mundo pela mulher**. Rio de Janeiro: Casa Maria Editora, 1991.
- MUUSS, R.E. **Teorias da adolescência**. Tradução Instituto Wagner de Idiomas. 5. ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1996.
- OLIVEIRA, C. A. *et al.* Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 1, n. 6, p. 93-8, 2006.
- OLIVEIRA, Z. M. L. P.; MADEIRA, A. M. F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 2, n. 36, p. 133-40, 2002.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO). **Pesquisa: juventude e sexualidade**. 2000. Disponível em: <<http://www.Observatorio.ucb.unesco.org.br/publicacoes>>. Acesso em: 14 set. 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza.** Ginebra, 1995.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro.** Washington (DC); 1995.

PANTOJA, A. L. N. “Ser alguém na vida”: uma análise socioantropológica da gravidez/maternidade na adolescência... **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 19, p. 335-43, 2003.

PERSONA, L.; SHIMO, A. K. K.; TARALLO, M.C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 12, p. 745-50, 2004.

PINTO, M. S. A. P. **Avaliação dos recém-nascidos a termo com índice de Apgar baixo...** 2008. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. São Paulo: ARTMED, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 6. ed. Rio de Janeiro: Mosby-Elsevier, 2006.

RABELLO, M. S. C.; BARROS, S. M. O. Aspectos clínicos e epidemiológicos da prematuridade em um Centro de Parto Normal... **Einstein**, v. 4, n. 9, p. 483-8, 2011.

RAMOS, F.R.S.; PEREIRA, S.M.; ROCHA, C.R.M. Viver e adolecer com qualidade. *In: Associação Brasileira de Enfermagem* (Org.). **Adolecer: compreender, atuar, acolher: projeto acolher.** Brasília: ABEn, 2001.

RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com adolescentes brasileiros.** Brasília: ABEn, 2000.

RENEPONTES, P.; EISENSTEIN, E. Gravidez na adolescência: a história se repete. **Adolescência e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 23-38, 2005.

REZENDE, M.F. **Obstetrícia fundamental.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008

RIBEIRO, E.R. *et al.* Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, n. 34, p. 136-42, 2000.

ROJAS, J. R. **El embarazo precoz, un reto al desarrollo integral de los adolescentes y las adolescentes en Latinoamérica.** Programa de Atención Integral de la Adolescencia. CCSS. v. 2, n. 2, 2000.

ROUQUAYROL, M. Z. *et al.* Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo de casocontrole. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, n. 72, p. 374-8, 1996.

SABROZA, A. R. *et al.* Perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes... **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p. 112-20, 2004.

SAGGESE, L. L. C. Saúde mental na adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial. *In:* SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. **Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

SAITO, M. I. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco: a prevenção em questão. *In:* SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. **Adolescência: prevenção e riscos**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SANT'ANNA, M. J. C. **Adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer**. 2000. Dissertação - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2000.

SANTOS, G. H. N. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 16 fev. 2010.

SANTOS JÚNIOR, J. D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. *In:* SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. **Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento**, Brasília (DF): Ministério da Saúde, p.223-9, 1999.

SANTOS, Z. M. S. A. *et al.* Autocuidado da gestante adolescente na prevenção dos fatores de risco... **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 3, n. 20, p. 173-80, 2007.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos... **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 3, n. 18, p. 140-44, 2006.

SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002.

SIMÕES, V. M. F. *et al.* Características da gravidez na adolescência em São Luiz do Maranhão. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, n. 37, p. 559-65, 2003.

SOARES, E. O. **Estudo epidemiológico descritivo de recém-nascidos vivos de mães adolescentes e adultos, no município de Bauru (SP)**. 1998. Tese (Faculdade de Medicina), Botucatu (SP), 2001.

SOUZA, E. OLIVEIRA, T. A. CAMANO, L. Aspectos obstétricos da prematuridade. *In:* CAMANO L. *et al.* **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina**. São Paulo: Manole; 2003

SOUZA, M.L., *et al.* Meninas catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 2, n. 44, p. 318-23, 2010.

SPINDOLA, T.; SILVA, L. F. F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Rev Enferm Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 13, p. 99-107, 2009.

SUWWAN, L. Aluno de 10 anos receberá educação sexual. **Folha de S. Paulo**, 16 mar. 2008. Cad. Cotidiano, p. C-1.

TAKIUTI, A. D. A saúde da mulher adolescente – 1993. *In*: MADEIRA, F. R. organizadora. **Quem mandou nascer mulher? estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

\_\_\_\_\_. **Utopia?** Análise de um modelo de atenção integral à saúde do adolescente no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. Rio de Janeiro: Artes e Contos, 2001.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias**: acadêmica, da ciência e da pesquisa. 3.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

TIBA, I. **Adolescentes**: quem ama, educa! São Paulo: Integrare, 2005.

VALLADARES, D. P. Ações de contracepção e assistência ao parto: a experiência do Rio de Janeiro. *In*: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 1999.

VELHO, M. T. C.; MORAIS, E. N. Gravidez na adolescência. *In*: MORAIS, E. N.; FILHO, F. M. **Medicina Materna e Perinatal**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

VIEIRA, L. M. *et al.* Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 12, p. 1201-08, 2007.

VIEIRA, S.; HOSNE, W. S. **Metodologia científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VISÃO MUNDIAL BRASIL. **Estudo sobre as políticas públicas de proteção à saúde infantil e materna no Brasil**: um olhar especial para os filhos de mães adolescentes. 2011. Disponível em: <<http://www.visaomundial.org.br>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

VITALLE, M.S.S.; AMÂNCIO, O. M. S. **Gravidez na Adolescência**. 2009. Tese (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

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

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006. **Child and adolescent health and development**. Disponível em: <<http://www.who.int/child-adolescent>>. Acesso: 7 nov. 2010.

XIMENES, F. M. A.; OLIVEIRA, M. C. R. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 17, n. 2, 2004. Disponível em: <[http://www.unifor.br/hp/revista\\_saude](http://www.unifor.br/hp/revista_saude)>. Acesso em: 16 mar. 2010.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 3, n. 60, p. 279-85, 2007.

YAZLLE, M. E. H. D. *et al.* A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 24, p. 609-14, 2002.

ZUGAIB, M.; BITTAR, R.E. **Protocolos assistenciais FMUSP**. 3. ed. São Paulo; Atheneu, 2007.

**APÊNDICE A - TCLE da participante da pesquisa**

Conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, solicito seu consentimento, através da assinatura deste termo, para participar da pesquisa intitulada “**Gravidez na Adolescência: aspectos epidemiológicos e resultados perinatais de gestantes adolescentes em Macapá-AP**”. Os dados obtidos serão utilizados em publicações e divulgações em eventos científicos nessa pesquisa, orientada pela Profa. Dra. Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco. Sujeitos da pesquisa: adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos que pariram no hospital maternidade Mãe Luzia no período do estudo. Objetivo geral: analisar o perfil epidemiológico e os resultados perinatais de gestantes adolescentes do Município de Macapá. Objetivos específicos: identificar as características sociobiológicas, econômicas, demográficas, e comportamentais da população estudada; investigar os resultados perinatais maternos e conceptuais em decorrência da gravidez na adolescência; discutir a incidência de abortamentos e partos na população alvo do estudo. Abordagem será quantitativa. Cenário do estudo: Hospital Maternidade Mãe Luzia. Coleta de dados através de questionário que abordará questões referentes ao tema. Sua participação neste estudo é voluntária, e perguntas podem ser feitas em qualquer momento que você julgar necessário. Você terá plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento, sem que isso implique em qualquer tipo de prejuízo. A sua identidade será mantida como informação confidencial.

Eu \_\_\_\_\_ li, e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas perguntas e/ou dúvidas foram respondidas a contento. Portanto, consinto voluntariamente participar desta pesquisa.

**Mestrando:** Clodoaldo Tentes Côrtes (9134-5000) \_\_\_\_\_

**Orientadora:** Profa. Dra. Rosilda Alves Chamilco (8123-0667) \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - TCLE do responsável pelo participante da pesquisa**

Conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, solicito seu consentimento, através da assinatura deste termo, para que sua filha possa participar da pesquisa intitulada “**Gravidez na Adolescência: aspectos epidemiológicos e resultados perinatais de gestantes adolescentes em Macapá-AP**”. Os dados obtidos serão utilizados em publicações e divulgações em eventos científicos nessa pesquisa, orientada pela Profa. Dra. Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco. Sujeitos da pesquisa: adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos que pariram no hospital maternidade Mãe Luzia no período do estudo. Objetivo geral: analisar o perfil epidemiológico e os resultados perinatais de gestantes adolescentes do Município de Macapá. Objetivos específicos: identificar as características sociobiológicas, econômicas, demográficas, e comportamentais da população estudada; investigar os resultados perinatais maternos e conceptuais em decorrência da gravidez na adolescência; discutir a incidência de abortamentos e partos na população alvo do estudo. Abordagem será quantitativa. Cenário do estudo: Hospital Maternidade Mãe Luzia. Coleta de dados através de questionário que abordará questões referentes ao tema. A participação de sua filha neste estudo é voluntária, e perguntas podem ser feitas em qualquer momento que ela julgar necessário. Ela terá plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento, sem que isso implique em qualquer tipo de prejuízo. A identidade dela será mantida como informação confidencial.

Eu \_\_\_\_\_ li, e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas perguntas e/ou dúvidas foram respondidas a contento. Portanto, consinto que minha filha participe voluntariamente desta pesquisa.

**Mestrando:** Clodoaldo Tentes Côrtes (9134-5000) \_\_\_\_\_

**Orientadora:** Profa. Dra. Rosilda Alves Chamilco (8123-0667) \_\_\_\_\_

## ANEXO A – Certificado de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****CERTIFICADO**

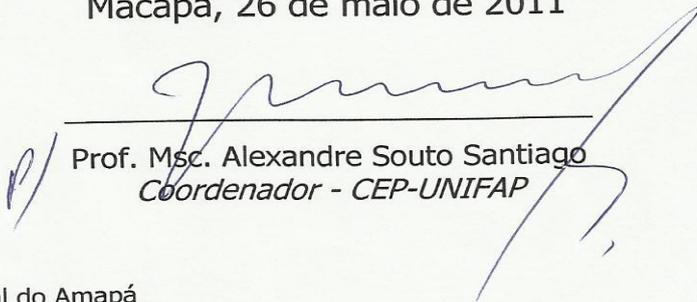
Certificamos que o Protocolo no. FR-403685/011 – CEP sobre **“Gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos e resultados perinatais de gestantes adolescentes em Macapá-AP”**, sob a responsabilidade de **Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco**, está de acordo com os Princípios Éticos na Experimentação Humana, adotados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), em reunião realizada em 26/05/2011.

**Data para apresentação do relatório no CEP-UNIFAP: 26/05/2012**

**CERTIFICATE**

We certify that the protocol number FR-403685/011 – CEP about **“Gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos e resultados perinatais de gestantes adolescentes em Macapá-AP”**, **Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco** is in agreement with the Ethical Principles in Human Research adapted by National Ethical Committee (CONEP) and was approved by the Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) – Ethical Committee for Research (CEP) in 26/05/2011.

Macapá, 26 de maio de 2011

  
Prof. Msc. Alexandre Souto Santiago  
Coordenador - CEP-UNIFAP

Universidade Federal do Amapá  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - UNIFAP  
Rod. JK km 2, Marco Zero CEP 68908-130 – Macapá – AP - Brasil  
Email: cep@unifap.br

## ANEXO B – Autorização para publicação de dados não oficiais do HMML



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DA MULHER “MÃE LUZIA

## AUTORIZAÇÃO

A diretora do Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), no uso das atribuições que o cargo lhe confere, **autoriza o mestrando Clodoaldo Tentes Côrtes, publicar** nos resultados finais da dissertação intitulada: Gravidez na Adolescência: Estudo Epidemiológico dos Fatores Associados e Resultados Perinatais de Gestantes Adolescentes em Macapá-AP., **dados não oficiais**, do Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME) sobre partos e atendimentos por aborto em adolescentes no período de 2005 a 2011.

Macapá-AP, 20 de março de 2012

**Iranir Andrade dos Santos**  
Diretora do HMML  
Portaria: 0073/2011

*Iranir Andrade dos Santos*  
Diretora do HMML  
Decreto nº 0073/2011

HOSPITAL DA MULHER “MÃE LUZIA”  
Avenida FAB, Nº 81 – 3225-8707 / 3225-8700-8701  
E-mail:



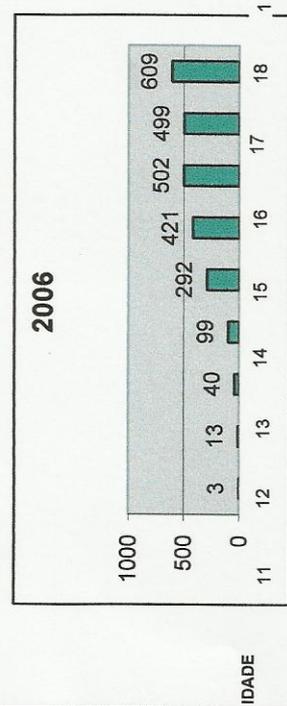
Nossa MISSÃO é prestar atendimento de qualidade em ginecologia, obstetrícia e neonatologia, contribuindo para o desenvolvimento da comunidade técnico-científico dos profissionais da saúde.

ANEXO C – Planilha de partos e atendimentos por aborto nos anos de 2006/2007 no HMML

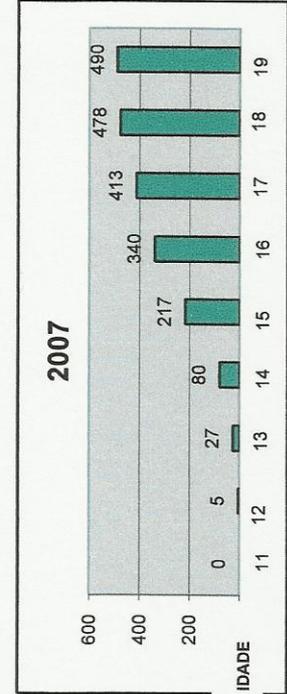
GOVERNO DO ESTADO DOAMAPÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DA MULHER "MÃE LUZIA"

**PARTOS E CURETAGENS PÓS ABORTO REALIZADOS POR MULHERES NA FAIXA ETARIA DE 11 a 19 ANOS NO HMML**

IDADE (ANOS)	ANO DE 2006						ANO 2007							
	TIPO DE PARTO		TOTAL	% PARTOS	% URETAGE PÓS ABORTO	%	IDADE (ANOS)	TIPO DE PARTO		TOTAL	% PARTOS	%	CURETAGEM PÓS ABORTO	%
	NORMAL	CESAREO						NORMAL	CESAREO					
9	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	1	0.02	
10	0	0	0	0	0	10	0	1	1	1	0.02	0	0	
11	1	2	3	0.04	0	11	0	0	0	0	0.00	0	0.00	
12	7	6	13	0.18	1	12	6	2	8	8	0.13	1	0.06	
13	24	16	40	0.56	7	13	20	11	31	31	0.52	5	0.29	
14	61	38	99	1.38	11	14	74	24	98	98	1.64	19	1.11	
15	202	90	292	4.06	32	15	133	39	172	172	2.87	39	2.28	
16	287	134	421	5.85	52	16	241	67	308	308	5.15	45	2.63	
17	336	166	502	6.98	83	17	263	79	342	342	5.71	62	3.62	
18	343	156	499	6.94	58	18	256	105	361	361	6.03	83	4.85	
19	413	196	609	8.47	96	19	301	120	421	421	7.03	84	4.90	
<b>TOTAL</b>	<b>1674</b>	<b>804</b>	<b>2478</b>	<b>34.45</b>	<b>340</b>					<b>1741</b>	<b>29.08</b>	<b>338</b>	<b>19.73</b>	



Total de Partos no período : 7193  
Total de Curetagens no período: 1631



Total de partos no período: 7193 5986  
Total de Curetagens no período: 1713

## ANEXO D – Planilha de partos e atendimentos por aborto no ano de 2008 no HMML



GOVERNO DO ESTADO DOAMAPÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DA MULHER "MÃE LUZIA"

ANO 2008						
IDADE (ANOS)	TIPO DE PARTO		TOTAL	% PARTOS	ATEND. POR ABORTO	% ABORTAMEN.
	NORMAL	CESAREO				
11	0	1	1	0.02	1	0.06
12	5	0	5	0.08	1	0.06
13	22	7	29	0.49	3	0.17
14	66	32	98	1.66	17	0.94
15	127	43	170	2.87	28	1.55
16	175	59	234	3.95	51	2.83
17	242	73	315	5.32	69	3.83
18	269	71	340	5.74	84	4.66
19	286	95	381	6.43	78	4.33
	1192	381	1573	26.57	332	18.41

**2008**

IDADE	TOTAL
11	1
12	5
13	29
14	98
15	170
16	234
17	315
18	340
19	381

<b>Total de partos no período:</b>	<b>5921</b>
<b>Total de atend. Por aborto no período:</b>	<b>1803</b>

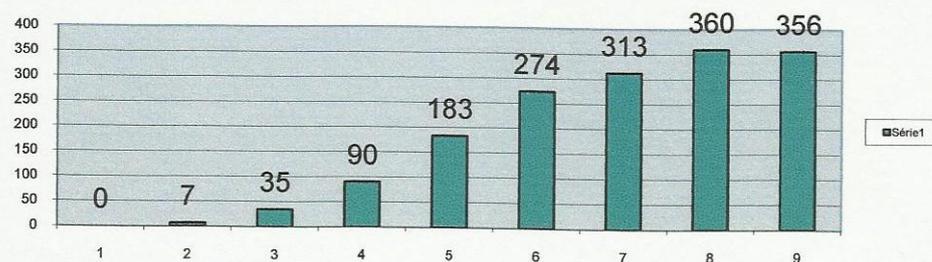
## ANEXO E – Planilha de partos e atendimentos por aborto no ano de 2009 no HMML



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DA MULHER "MÃE LUZIA"

## PARTO E ATENDIMENTO POR ABORTO EM ADOLESCENTE ANO 2009

ANO- 2009						
IDADE (ANOS)	TIPO DE PARTO		TOTAL	% PARTOS	ATENDIMENTO POR ABORTO	% atend. Por aborto
	NORMAL	CESAREO				
11	0	0	0	0.00	0	0.00
12	3	4	7	0.12	1	0.06
13	23	12	35	0.58	7	0.42
14	64	26	90	1.50	16	0.96
15	132	51	183	3.04	40	2.41
16	196	78	274	4.56	45	2.71
17	232	81	313	5.21	61	3.68
18	264	96	360	5.99	88	5.30
19	244	112	356	5.92	86	5.18
	1158	460	1618	26.91	344	20.74



Total de partos no período:

6012

Total de atendimentos por aborto no período:

1659

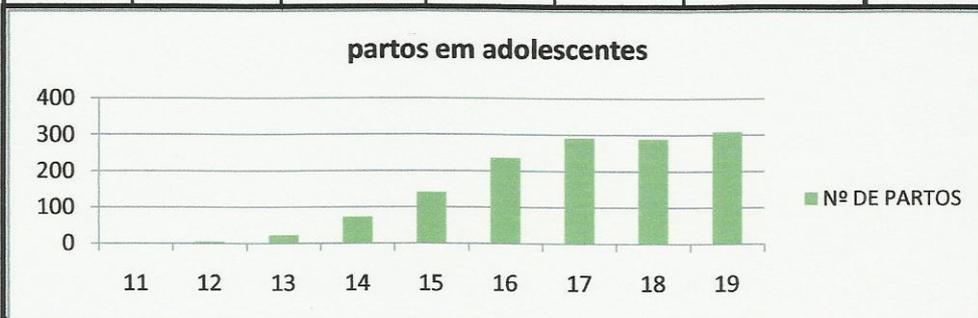
## ANEXO F – Planilha de partos e atendimentos por aborto no ano de 2010 no HMML



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DA MULHER "MÃE LUZIA"

## PARTO E CURETAGEM EM ADOLESCENTE ANO 2010

2010						
IDADE (ANOS)	TIPO DE PARTO		TOTAL	% PARTOS	CURETAGEM PÓS ABORTO	% CURETAGEM
	NORMAL	CESAREO				
11	1	0	1	0.02	0	0.00
12	2	2	4	0.07	0	0.00
13	19	3	22	0.36	4	0.25
14	59	14	73	1.21	20	1.27
15	108	33	141	2.33	34	2.15
16	187	50	237	3.91	37	2.34
17	223	68	291	4.81	40	2.53
18	225	65	290	4.79	55	3.48
19	250	59	309	5.10	57	3.61
	1074	294	1368	22.59	247	15.62



Total de partos no período:

6056

Total de curetagem por aborto no período: 1581

## ANEXO G – Planilha de partos e atendimentos por aborto no ano de 2011 no HMML



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DA MULHER "MÃE LUZIA"

## PARTO E CURETAGEM EM ADOLESCENTE -ANO 2011

ANO - 2011						
IDADE (ANOS)	TIPO DE PARTO		TOTAL	% PARTOS	CURETAGEM PÓS ABORTO	% CURETAGEM
	NORMAL	CESAREO				
11	1	0	1	0.02	0	0.00
12	3	0	3	0.05	0	0.00
13	24	12	36	0.55	10	0.58
14	64	22	86	1.32	9	0.53
15	129	56	185	2.85	29	1.69
16	220	77	297	4.57	39	2.28
17	266	116	382	5.88	50	2.92
18	281	90	371	5.71	46	2.68
19	312	117	429	6.60	66	3.85
	1300	490	1790	27.54	249	14.53

Idade (Anos)	Partos
11	1
12	3
13	36
14	86
15	185
16	297
17	382
18	371
19	429

**Total de partos no período: 6499**  
**Total de curetagem no período: 1714**