



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**FERNANDA RAMOS MONTEIRO**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS,  
COMPORTAMENTAIS E GESTACIONAIS**

**Aracaju-SE**

**2018**  
**FERNANDA RAMOS MONTEIRO**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS,  
COMPORTAMENTAIS E GESTACIONAIS**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

**Orientadora:** Profa. PhD Júlia Maria Gonçalves Dias

**Aracaju-SE**  
**2018**

**FERNANDA RAMOS MONTEIRO**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS,  
COMPORTAMENTAIS E GESTACIONAIS**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

---

Autora: Fernanda Ramos Monteiro

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Julia Maria Gonçalves Dias

**FERNANDA RAMOS MONTEIRO**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS,  
COMPORTAMENTAIS E GESTACIONAIS**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Universidade Federal de Sergipe

---

Universidade Federal de Sergipe

---

Universidade Federal de Sergipe

## **AGRADECIMENTOS**

Pela força, determinação, lágrimas, vitórias, derrotas, aprendizados e pelo desejo de ser médica, de cuidar e acolher, eu agradeço a ti Senhor Deus. Agradeço com todo carinho a minha mãe que me educou, criou e me permitiu estudar; à minha família, que sempre acreditou nesse meu sonho grandioso e me deu forças; ao meu amado, meu ZÃO, Geraldinho, que esteve comigo constantemente e segurou meus momentos de estresse e me ajudou demais com seu apoio e Amor. Agradeço aos amigos que fiz ao longo dessa jornada, vocês tornaram o caminho mais leve, mais divertido. Agradeço a Dr<sup>a</sup>. Julia Dias não só por me orientar, mas também pela amizade; às colegas, Natália e Bruna, que me auxiliaram na coleta de dados da pesquisa. E por fim e muito importante, agradeço a cada paciente que gentilmente aceitou colaborar com essa pesquisa e a todos os outros pacientes, mestres e amigos que me engradecerem como ser humano e futura médica. Muito Obrigada!

## **LISTA DE TABELAS**

### **ARTIGO ORIGINAL**

<b>Tabela 1.</b> Características sócio-demográficos dos grupos estudados .....	40
<b>Tabela 2.</b> Características comportamentais, sexuais e gestacionais dos grupos estudados....	42
<b>Tabela 3.</b> Dados referentes à primeira gestação e as possíveis complicações do neonato dos grupos estudados.....	44

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

OMS	Organização Mundial da Saúde
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
HPV	Papiloma Vírus Humano
DIU	Dispositivo Intrauterino
ACO	Anticoncepcional Oral
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	World Health Organization
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SIIC	Sociedad Iberoamericana de Información Científica
URL	Uniforme Resource Locator
ORCID	Open Researcher and Contributor ID
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
MeSH	Medical Subject Headings
NLM	National Library of Medicine
Utin	Unidade de Terapia Intensiva Infantil
IBM SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
G1	Grupo 1- Mulheres que engravidaram na adolescência
G2	Grupo 2- Mulheres que engravidaram entre 20-24 anos/grupo controle

## SUMÁRIO

<b>1. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	09
1.1 A Adolescência e Suas Transformações .....	09
1.2 Contracepção na Adolescência .....	10
1.3 Gravidez e Modificações do Organismo Materno .....	14
1.4 Gestação na Adolescência .....	16
1.5 Risco da Gestação na Adolescência .....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	21
<b>2. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO</b> .....	24
<b>3. ARTIGO ORIGINAL</b> .....	35
RESUMO .....	36
ABSTRACT .....	37
INTRODUÇÃO .....	38
METODOLOGIA .....	39
RESULTADOS .....	39
DISCUSSÃO .....	45
FONTE DE FINANCIAMENTO .....	49
CONFLITOS DE INTERESSE .....	49
AGRADECIMENTOS .....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	49
<b>ANEXOS</b> .....	51
Anexo 1. Questionário .....	51
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	54



## I REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1 A ADOLESCÊNCIA E SUAS TRANSFORMAÇÕES:

A palavra adolescência deriva do latim *adolecere*, que significa “crescer”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011) define a adolescência como um período que vai dos 10 aos 19 anos de idade. Tal conceito é definido baseado na passagem dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual, agregado à evolução dos padrões psicológicos, à identificação do indivíduo, o qual evolui da fase infantil para a adulta, onde há a passagem do estado de dependência total para o de independência relativa.<sup>1,2</sup>

A adolescência é um período crítico da evolução biológica e psicológica do indivíduo onde são incorporadas formas de comportamentos e atitudes de grande importância para sua vivência como adulto e apesar de a adolescência ser considerada juridicamente um período curto, durando seis anos, (dos 12 aos 18 anos incompletos), é uma fase em que as mudanças no corpo físico assumem um caráter complexo de forma rápida e profunda, é quando se exacerba a sexualidade, se estrutura a personalidade, quando se exige adaptação ambiental e integração social.<sup>3,4</sup> Para alguns adolescentes é relativamente fácil absorver essas mudanças, enquanto a maioria necessita de um tempo para adaptação, visto que estas modificações possuem uma relação direta com a identidade psicológica e sexual do indivíduo.<sup>5</sup>

Durante a adolescência também começa a se formar a maturação sexual, que vem acompanhada por reações emocionais mistas (ansiedade, temor, excitação, prazer) e mudanças frequentes de humor, alternando-se desânimo e entusiasmo.<sup>3</sup> Essa maturação sexual vem acompanhada, cada vez mais precocemente, de vida sexual ativa, e os jovens, em sua maioria, não têm informações consistentes sobre desenvolvimento e saúde sexual. Além disso, têm pouco acesso à orientação e aos serviços de planejamento familiar, sendo a fonte de seu saber, muitas vezes, conceitos equivocados, carregados de tabus, oriundos de colegas e amigos que também não tiveram acesso à educação sexual, dessa forma, a desinformação nesse setor torna-se um círculo vicioso e difícil de romper.<sup>6</sup>

É importante ressaltar a situação de pais de adolescentes que não sabem como lidar com a sexualidade emergente de seus filhos. Para exacerbar a gravidade da situação, escolas e serviços de saúde que deveriam ser o apoio da família e complementar a educação sexual e o autocuidado mostram-se limitados na qualificação de seus profissionais no ofício de lidar com

as questões de sexualidade na adolescência e ter diálogo com os adolescentes.<sup>6</sup> Além disso, a sexualidade ainda é percebida como um tabu, reproduzido através do silêncio, mitos e emoções negativas, o que torna as possibilidades de que a sexualidade das e dos adolescentes seja abordada aberta e integralmente, sob um enfoque de direitos, ainda mais diminutas, e isso impacta de forma negativa as intervenções e abordagens para prevenir e atender a gravidez em adolescentes, as doenças sexualmente transmitidas, e todas as consequências ruins decorrentes de atividade sexual desprotegida e desorientada.<sup>7</sup>

## 1.2 CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

As razões para o alto índice de gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis (IST) na adolescência são atribuídas a não utilização de métodos contraceptivos de forma adequada em razão. O desconhecimento dos métodos contraceptivos pode conduzir a uma gravidez não planejada, muitas vezes resolvida com a solução não desejada do aborto ou levando a problemas na aceitação da criança nascida nestas circunstâncias. A orientação em planejamento familiar é uma prática de essencial importância para qualquer pessoa, proporcionando informações corretas que levem em conta o seu papel sexual, sua história de vida, crenças e valores. A tomada de consciência da responsabilidade da procriação é fundamental para que o indivíduo, independente do fato de apresentar ou não alguma deficiência, venha a ter uma vida sexual saudável. Por diversos motivos não se é utilizado ou utilizado inadequadamente, dentre os quais a própria negação do adolescente quanto à possibilidade de engravidar, aos encontros sexuais muitas vezes casuais, ao fato de que, para o adolescente, utilizar método contraceptivo representa assumir sua vida sexual ativa, além do pouco conhecimento relativo aos métodos.<sup>8,9</sup>

Anticoncepção é o uso de métodos e técnicas com a finalidade de impedir que o relacionamento sexual resulte em gravidez. É recurso de planejamento familiar para a constituição de prole desejada e programada, de forma consciente. A prevenção da gravidez indesejada realiza-se pela aplicação dos métodos de controle de natalidade, reversíveis ou irreversíveis. Os métodos reversíveis são: comportamentais, de barreira, dispositivos intrauterinos, hormonais e os de emergência. Os métodos definitivos são os cirúrgicos: esterilização cirúrgica feminina e esterilização cirúrgica masculina.<sup>10</sup>

## Métodos Reversíveis (Não-Definitivos)

### *Tabelinha*

É um método natural que consiste em evitar relações sexuais durante o período fértil, isto é, o período do mês em que ocorre a ovulação. Esse período é determinado a partir do período menstrual.

### *Método da Ovulação ou do muco Cervical (Método Billings)*

É um método baseado na observação da variação do muco vaginal conforme o período fértil. Cerca de 2 a 3 dias após a menstruação não se verifica a presença de muco. Com o início do período fértil, o muco aparece. Na ovulação, o muco torna-se ralo, semelhante à clara de ovo. Depois da ovulação, o muco deixa de ser verificado. Deve-se evitar relações sexuais nos dias em que o muco está semelhante a clara de ovo. Esse método torna-se ineficaz quando a mulher está com corrimento ou infecção vaginal, já que a avaliação do muco torna-se dificultosa.

### *Temperatura (Método de Ogino-Knauss)*

Esse método é baseado na temperatura corporal. A temperatura normal do corpo varia de 36 a 36,5°C. Pela medida diária da temperatura da mulher, antes de levantar, verifica-se que diminui um pouco, um dia antes da ovulação, para depois subir, no dia da ovulação. Deve-se medir a temperatura e evitar ter relação com penetração quatro dias antes e quatro dias após o dia em que a temperatura sobe.

### *Coito Interrompido*

É baseado na retirada do pênis da vagina antes da ejaculação. É um método pouco seguro, que depende do controle masculino. Alguns espermatozóides podem escapar antes da ejaculação, diminuindo assim a eficiência do método.

### *Camisinha ou Preservativo Masculino ou Condom*

Esse método consiste em revestir o pênis com uma “capa” de borracha fina, dessa forma impedindo que o sêmen adentre a vagina e chegue ao útero. É um método eficiente também contra doenças sexualmente transmissíveis.

### *Preservativo ou Camisinha Feminina*

Esse método consiste em por uma “bolsa” de borracha fina em forma de tubo e resistente, que é colocada dentro da vagina, com finalidade de impedir que os espermatozóides cheguem ao útero. É menos popular que o preservativo masculino convencional, mas fornece proteção

adicional contra a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) e o herpes, ao recobrir a região da vulva.

#### *Espermicidas*

Esse método consiste em por dentro da vagina geleias, cremes, comprimidos ou óvulos com a finalidade de destruir os espermatozóides que chegam ao canal e impedindo que adentrem ao útero. Algumas mulheres podem apresentar irritação ou alergia na vagina, como efeitos colaterais.

#### *Diafragma*

Consiste em colocar dentro da vagina um pequeno disco de borracha que se coloca dentro da vagina, e funciona como barreira, impedindo a entrada dos espermatozóides.

#### *DIU (Dispositivo Intrauterino)*

Esse método consiste em pôr dentro do útero um pequeno objeto de plástico sobre o qual, muitas vezes, é enrolado um fio de cobre muito fino, e que se apresenta em diversos formatos. O fio de cobre provoca um processo inflamatório local que bloqueia a ascensão dos espermatozóides até o útero, impedindo a ocorrência da gravidez. É um método reversível bastante eficaz, entretanto, algumas mulheres não se adaptam ao DIU. Os efeitos colaterais mais frequentes são cólicas e menstruações muito abundantes e prolongadas. Hoje existiu o DIU de levonorgestrel, um hormônio, que tem eficácia semelhante ao de cobre, mas com menos efeitos colaterais.

#### *Anticoncepcional Oral (ACO)*

Esse método consiste em tomar diariamente um comprimido composto de hormônios em várias misturas de estrógenos e progesterona, que impossibilita a liberação do óvulo pelo ovário, e assim, impede a fecundação.

#### *Anticoncepcionais Injetáveis*

Consiste no uso mensal ou trimestral de hormônio em forma de injeção. Apresenta eficácia semelhante ao anticoncepcional oral.

#### *Implantes Subdérmicos:*

Consiste em aplicar um implante subcutâneo em formato de tubinhos ou cápsulas de plástico especial (silástico), contendo hormônio anticoncepcional. O implante é feito geralmente em parte interna do braço ou antebraço, e vai liberando o hormônio lentamente.

#### *Anticoncepcional de Emergência – Pílula do Dia Seguinte*

Esse método deve ser usado em uma situação inesperada. É indicado para a mulher que manteve uma relação sexual não planejada, sem uso de anticoncepcional e em casos de estupro. É também indicado em situações de rompimento de camisinha ou quando o diafragma é removido antes de seis horas após uma relação sexual, ou após esquecimento de uma ou mais pílulas anticoncepcionais no início ou no fim da cartela.

### Métodos Irreversíveis (Definitivos)

#### *Ligação de Tubas (Laqueadura)*

É um método cirúrgico em que as trompas uterinas são amarradas, seccionadas ou ocluídas, impedindo que os óvulos alcancem o útero e sejam fecundados pelos espermatozóides.

#### *Vasectomia*

É um método contraceptivo masculino que consiste em uma operação que secciona o canal deferente (tubo que conduz o esperma para a uretra). O homem submetido a esta operação tem prazer sexual normal e orgasmo, mas seu sêmen não contém espermatozóides, e assim não pode fecundar o óvulo.<sup>8</sup>

O conhecimento sobre os métodos contraceptivos e os riscos advindos de relações sexuais desprotegidas é fundamental para que os adolescentes possam vivenciar o sexo de maneira saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e das IST/Aids, além de ser um direito que possibilita o exercício da sexualidade sem visar a reprodução.<sup>11</sup>

Apesar de a gravidez ser uma consequência esperada do ato sexual sem proteção, muitos adolescentes não consideram esta possibilidade, mesmo que as informações sobre contracepção e os métodos contraceptivos estejam disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), esta é vista pelo adolescente como um apoio distante, mais voltado ao cuidado com a gravidez e recém-nascido do que para a prevenção.<sup>12</sup> Dentre os obstáculos existentes para o uso consistente dos métodos contraceptivos, incluem-se as pressões sociais e os papéis de gênero, a objeção de seu uso pelo parceiro, “o pensar que não engravidaria”, ou por “não esperar ter relações naquele momento”. Alguns autores ainda afirmam que os adolescentes masculinos utilizam camisinha esporadicamente, pois temem que o desempenho sexual seja prejudicado pela interrupção para a colocação da mesma, optando muitas vezes pelo coito interrompido. Entre as meninas, o uso da camisinha é subordinado à vontade do parceiro ou

substituído pela confiança no mesmo, sendo que o contraceptivo é utilizado apenas após a primeira relação, gravidez ou aborto.<sup>5,12</sup>

### 1.3 GRAVIDEZ E MODIFICAÇÕES DO ORGANISMO MATERNO

A gravidez é um fenômeno fisiológico onde o organismo da mulher sofre mudanças anatômicas e funcionais para reorganizar a função de todos os órgãos e sistemas de forma harmônica, tornando-se capaz de redefinir um novo equilíbrio adaptativo para a presença do feto em desenvolvimento.<sup>13</sup>

O diagnóstico de gravidez é feito através de achados clínicos (amenorreia, náuseas, congestão mamária, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, palpação dos segmentos fetais), de exames laboratoriais (dosagem de gonadotrofina coriônica humana) e de ultrassonografia (identificação do saco gestacional, vesícula vitelina, batimentos cardíacos do feto).<sup>14</sup>

Durante a gestação o organismo materno sofre diversas alterações e adaptações fisiológicas a fim de manter a estabilidade materna e favorecer o desenvolvimento fetal.<sup>15</sup> Essas se fundamentam em alterações hormonais e enzimáticas, presença do feto e do aumento do volume uterino. As principais modificações da fisiologia materna ocorrem no sistema cardiocirculatório, respiratório e gastrintestinal, além das metabólicas e hematológicas. Todas essas transformações gestacionais repercutem diretamente na construção feminina da maternidade e na identidade da mulher como mãe.<sup>16</sup>

No aparelho cardiocirculatório todas as modificações/adaptações observadas visam à reserva sanguínea para o momento do parto e defesa contra hemorragias. Garante também um suporte de oxigênio e nutrientes adequados para o feto e protege a mãe contra os efeitos danosos da diminuição do retorno venoso. As mudanças principais envolvem o aumento da volemia e do débito cardíaco e a diminuição da resistência vascular sistêmica e da reatividade vascular. A volemia aumenta de 30% a 40% em relação aos níveis pré-gravídicos. Também ocorre um aumento no volume plasmático e em menor quantidade aumento do número de eritrócitos, o que resulta em hemodiluição e conseqüentemente, uma anemia relativa.<sup>17</sup>

O débito cardíaco aumenta 30% a 50% em relação aos níveis pré-gravídicos pela elevação do volume sistólico secundário ao aumento da volemia e ao aumento da frequência cardíaca. Devido à ação angiogênica do estrógeno e vasodilatadora da progesterona, a pressão arterial tende a cair durante a gestação.<sup>18</sup>

Apesar da viscosidade sanguínea está reduzida, a coagulação da grávida está exacerbada. Isto ocorre porque a fibrinólise está inibida e existe aumento nítido de, praticamente, todos os elementos da coagulação, produzindo um estado relativo de hipercoagulabilidade. A estase venosa parece ser o principal substrato fisiopatológico, tanto pelo aumento da distensibilidade e capacitância venosa quanto pela compressão da veia cava inferior e íliaca esquerda pelo útero gravídico.<sup>19</sup>

As alterações na função pulmonar são atribuíveis às alterações hormonais e ao impedimento mecânico causado pelo feto em crescimento. Com o crescimento do útero, as alças intestinais, estômago e fígado são rechaçados contra o diafragma, reduzindo o tamanho do pulmão no sentido céfalo-caudal. Durante a gestação o consumo de oxigênio aumenta de 20 a 30 % devido às necessidades fetais, placentárias e da gestante, logo todas essas alterações contribuem, significativamente, para o incremento das trocas gasosas a nível placentário e diminuem o risco de hipóxia materna.<sup>20</sup>

No sistema gastrointestinal, a secreção do suco gástrico está aumentada pelo aumento da produção do hormônio gastrina, que pode ser também sintetizado pela placenta. A cárdia tem sua função alterada tanto pela ação da progesterona que relaxa a musculatura lisa quanto pelo deslocamento cefálico sofrido pelo estômago em função do aumento uterino que modifica o ângulo da junção gastresofágica. Estas alterações favorecem a ocorrência de refluxo gastresofágico que leva a um quadro de pirose e até mesmo de esofagite. A hérnia hiatal é uma patologia que está presente em 27% das gestantes nos meses finais da gestação. A redução da motilidade intestinal sob ação da progesterona associado à suplementação de ferro e redução na atividade física são fatores que predis põem a constipação intestinal e surgimento de hemorroidas durante a gestação.<sup>21, 22</sup>

Em decorrência do aumento do volume circulante o fluxo plasmático renal e a filtração glomerular estão aumentados durante a gravidez. É notável a retenção de sódio e água, possibilitando arredondamento das formas corporais da grávida e hidratação adequada dos ligamentos de cintura pélvica (facilita o deslizamento articular no momento do parto).<sup>23</sup>

Como o sistema coletor intra e extrarrenal de urina tem suas paredes compostas de musculatura lisa, a progesterona age levando à hipotonia. A dilatação do sistema coletor causa uma grande estase urinária, que predis põe a cálculos e infecções urinárias.<sup>21</sup>

As alterações hormonais predis põem a resistência à insulina, que geralmente acontece no começo do segundo trimestre e progride durante toda gestação. Os hormônios placentários

são grandes responsáveis pela resistência à insulina, pois desencadeiam mecanismos fisiológicos indispensáveis para garantir um aporte glicêmico para o feto, modificando o metabolismo dos macronutrientes para uma resposta energética. Esse mecanismo comumente culmina em Diabetes Gestacional.<sup>24</sup>

#### **1.4 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA**

O início da atividade sexual, de forma precoce e desprotegida, associado com o alto índice de gestações não planejadas decorrentes de relacionamento com parceiro igualmente jovem são dados preocupantes. A região da América Latina e Caribe apresenta as maiores taxas de fecundidade adolescente depois da África subsaariana e essas taxas não têm decrescido na mesma proporção que as de nível global. Na realidade, a Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas prevê que serão as mais altas do mundo e se manterão estáveis entre 2020 e 2100. . No Brasil, a fecundidade das jovens entre 15 e 19 anos cresceu até o final do século XX, começando a declinar nos primeiros anos do século XXI. Porém, mesmo com esta recente queda, pode-se afirmar que há rejuvenescimento da fecundidade no País. Em termos absolutos, foram registrados 559.991 nascimentos de mães com menos de 19 anos em 2013.<sup>25, 7</sup>

Segundo dados da OMS, anualmente, mais de 14 milhões de mulheres entre 15 e 19 anos têm filhos, com maioria absoluta (90%) nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, sendo que mais da metade das mulheres na África e cerca de um terço na América Latina e Caribe dão à luz antes de 20 anos. Nessa região um terço das gestações corresponde a menores de 18 anos, sendo quase 20% destas, menores de 15 anos.<sup>7, 26</sup>

Diversos aspectos estão envolvidos no aumento de casos de gravidez na adolescência, tais como: influência dos meios de comunicação e da mídia, redução de tabus e inibições sexuais, falta de diálogo e desestruturação familiar, distanciamento entre os conteúdos ministrados em sala de aula e a realidade, menarca precoce, autoafirmação e a gravidez como ritual de passagem da adolescência para a idade adulta, a falta de informação sobre métodos contraceptivos e a dificuldade de acesso, desconhecimento da fisiologia reprodutiva, como a capacidade de identificar o período fértil, nível de escolaridade e socioeconômico baixo e deficiência de programas de assistência ao adolescente.<sup>5</sup>

Somando-se a esses fatores, a UNICEF em 2014 evidenciou outros motivos pelos quais muitas adolescentes ficam grávidas, como: falta de informação ou de oportunidades, a vontade própria, as expectativas sociais e ainda a violência sexual. Para agravar a situação, socialmente se mantém a idealização da maternidade como condição necessária à existência. Isso não permite avaliar as consequências deste evento que, em determinado momento, entra em contradição com a realidade, associada à responsabilidade que implica ter um/a filho/a e a perda de sonhos e projetos. Por isso, o alto valor atribuído à maternidade é um dos principais obstáculos para trabalhar de maneira mais efetiva e ampla o tema da sexualidade na adolescência e a prevenção da gravidez na adolescência. Pior ainda: por mandato de gênero a carga da gravidez recai principalmente nas mulheres, que devem, além de ser boas mães e renunciar a seus projetos pessoais, assumir os papéis tradicionais (domésticos) atribuídos ao seu sexo.<sup>7</sup>

Segundo o estudo realizado por YAZLLE em 2002, os fatores que mais exercem influência entre as adolescentes para a gestação são a menarca precoce, coitarca após a menarca, maior frequência do ato, abandono da educação formal, baixa classe social e econômica, escasso uso de preservativos, pais ausentes, parceiros mais velhos, reação positiva da família à primeira gestação, ausência de consulta de puerpério, antecedente familiar e convivência com amigas, da mesma faixa etária, grávidas.<sup>26</sup>

A literatura mundial tem evidenciado que a relevância da maternidade na adolescência transcende os aspectos clínicos, onde fatores sociais, econômicos e culturais interagem, causando impacto positivo ou negativo no estado de saúde materno e fetal.<sup>27</sup>

No início da vida reprodutiva, a maternidade pode ameaçar o bem-estar e o futuro das adolescentes em razão dos riscos físicos, emocionais e sociais, e está associada à pobreza, baixa escolaridade e resultados perinatais negativos contribuindo para a perpetuação do ciclo de pobreza. A juventude, frequentemente, é tida como um momento de imaturidade e instabilidade, no qual o jovem vive novas experiências e deve investir em sua formação pessoal e profissional. Diferentemente, a gravidez demanda uma condição amadurecida, estável e estruturada, em termos econômicos, profissionais e pessoais. Dessa forma, a gravidez na adolescência torna-se sério problema de saúde pública, sobretudo em razão da maioria das gestações entre adolescentes não ter sido planejada.<sup>6</sup>

Alguns estudos sugerem que mães adolescentes estão mais sujeitas a apresentar problemas de saúde mental do que mães adultas. Da mesma forma, adolescentes de ambos os

sexos com problemas de saúde mental estão mais sujeitos à maternidade e paternidade na adolescência que os adolescentes sem problemas. No Reino Unido, uma coorte de 1.116 mães que deram à luz em 1994/1995, foi acompanhada por cinco anos, verificando-se maiores taxas de problemas de saúde mental tanto nas mães como nas crianças do grupo das mães adolescentes, em relação às mães mais velhas.<sup>3</sup>

Quanto ao curso da gravidez, alguns estudos têm demonstrado aumento na incidência de intercorrências pré-natais, intraparto, pós-parto e perinatais entre gestantes adolescentes, notadamente a prematuridade e o baixo peso ao nascimento. Existem ainda relatos de aumento da incidência de restrição de crescimento intrauterino, sofrimento fetal agudo intraparto, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, o que poderia concorrer para maior número de operações cesarianas neste grupo populacional. Outros autores têm demonstrado resultados contrários aos citados previamente, sustentando a ideia de que a gravidez é, fisicamente, bem tolerada pelas adolescentes, notadamente entre aquelas que recebem assistência pré-natal precoce e de forma regular.<sup>26</sup>

O nível socioeconômico tem sido frequentemente descrito como um fator relacionado à ocorrência da gravidez na adolescência, no sentido de que as classes econômicas menos favorecidas vêm apresentando elevados índices deste evento. É sabido que a gravidez na adolescência gera consequências imediatas no emocional dos jovens envolvidos. Alguns sentimentos experimentados por estes jovens são: medos, insegurança, desespero, sentimento de solidão, principalmente no momento da descoberta da gravidez.<sup>28</sup>

Uma das consequências agravantes da gravidez na adolescência para o meio social é o fato de que as mulheres são as mais prejudicadas. Ao engravidar, fatores como a vergonha e preconceito, as influenciam a deixar de frequentar a escola, ato que após o nascimento do bebê é justificado pela necessidade de trabalho para o sustento do filho, uma vez que, em geral, a paternidade não é assumida, e quando é, submetem pai e mãe ao abandono escolar e ingresso no mercado informal e mal remunerado.<sup>29</sup> Sabe-se que aproximadamente 30% das adolescentes grávidas abandonam a escola, e na maioria dos casos, o retorno ao estudo se dá em menores proporções. Entretanto, a evasão escolar, às vezes, precede a gravidez, sendo inclusive uma condição de risco para engravidar. Em vista disso, aquelas que abandonam seus estudos não se profissionalizam e, conseqüentemente, terão trabalho mal remunerado no futuro. A falta de recurso social, de acordo com Lesser e Escoto-Lloyd, contribui para os problemas de saúde das adolescentes grávidas e das mães jovens. A sobrecarga de

responsabilidade, decorrente da chegada do filho, ocasiona modificação radical no estilo de vida das adolescentes. Além disso, a discriminação ainda hoje existente, por parte da sociedade e até da própria família pode determinar sérias consequências de ordem psicológica e social.<sup>26</sup>

A evidência empírica mostra que entre os fatores associados à maternidade precoce encontram-se as características do lar da adolescente: a renda dos pais, os níveis de educação deles e a condição de pobreza da família. Porém, também há fatores contextuais relevantes, como o acesso a uma educação sexual integral, aos diferentes métodos de planejamento familiar e, mais que nada, à garantia do exercício de direitos. Segundo Jorge Rodríguez (2008), a chave para explicar a alta fecundidade adolescente em um contexto moderno poderia se resumir em termos de: a) a reticência institucional (sociedade e família) em reconhecer as/os adolescentes como indivíduos sexualmente ativos, o que restringe o acesso destes aos métodos de planejamento familiar e a conhecimentos e práticas sexuais seguras; b) a desigualdade, que reduz sensivelmente o horizonte de opções vitais para as/os mais pobres e eleva o valor da maternidade e paternidade precoces como mecanismo para dar sentido à vida. Assim, as adolescentes com baixa escolaridade têm cinco ou mais possibilidades de serem mães do que aquelas que contam com maior educação formal.<sup>7</sup>

## **1.5 RISCO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA**

De maneira geral, a gestação na adolescência é classificada como de risco, pois representa uma situação de risco biológico tanto para as mães como para os recém-nascidos<sup>30</sup>, mas não deve ser qualificada apenas pelo parâmetro biomédico. Múltiplos aspectos devem ser considerados, tais como baixo nível socioeconômico, reduzido acesso a serviços de saúde, comportamentos de risco, hábitos e nutrição inadequada, o que aponta a necessidade de controle dos diferentes fatores que podem estar associados à evolução e ao desfecho da gestação e condições de saúde do recém-nascido. Entretanto, é consenso entre os pesquisadores do tema que a gravidez na adolescência precoce (< 16 anos), requer especial atenção para possíveis consequências prejudiciais à saúde materna e fetal. Na perspectiva da saúde materna, vale assinalar alguns aspectos fundamentais ao bem estar e saúde do binômio mãe e filho, como a atenção pré-natal e ao parto. O pré-natal constitui um importante indicador do estado de saúde e evolução gestacional essencial para redução do risco de

complicações obstétricas e neonatais, especialmente na população muito jovem. Pesquisas realizadas em diferentes regiões têm demonstrado que esta estratégia constitui um dos principais fatores de prevenção do baixo peso ao nascer, prematuridade e óbito perinatal. No caso das mães adolescentes, a realização de um acompanhamento pré-natal adequado exerce impacto positivo sobre o resultado materno e perinatal, chegando eventualmente a anular possíveis desvantagens típicas da idade.<sup>27</sup>

Vários estudos mostram que há riscos quando a gravidez ocorre na adolescência, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. As mulheres têm mais probabilidade de apresentar síndromes hipertensivas, anemia, estado nutricional comprometido, desproporção feto-pélvica, partos prematuros e problemas decorrentes de abortos provocados sem assistência adequada. Entre as mulheres de 15 a 19 anos, a chance de ocorrência de morte por problemas decorrentes da gravidez ou do parto é duas vezes maior que entre as maiores de 20 anos, e entre as menores de 15, essa ocorrência é ainda cinco vezes maior, sendo essa uma das principais causas de morte da faixa etária. Quanto aos recém-nascidos, além da maior possibilidade de apresentarem baixo peso ao nascer, têm um risco aumentado de morrer por desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida.<sup>31</sup>

Segundo WHO (World Health Organization) (2012), cerca de 2,5 milhões de adolescentes concretizam o abortamento ilegal todo ano, sendo afetadas por complicações em maior proporção do que mulheres mais velhas. Na América Latina, o risco de morte maternal é quatro vezes maior em adolescentes menores de 16 anos, comparadas as mulheres com 20 anos. Ainda de acordo com essa organização, a incidência de falecimentos no 1º mês de vida são 50-100% mais elevados se a mãe é adolescente, comparadas à idade adulta. Partos pré-termo, baixo peso ao ano nascer e asfixia são elevados em crianças cujas mães são jovens, aumentando assim a chance de morte e problemas de saúde futuro para o bebê.<sup>32</sup>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Situação Mundial da Infância. Genebra, 2011;
2. OYAMADA. et al. Gravidez na Adolescência e o Risco para a Gestante. **Braz. J. Surg. Clin. Res.** Minas Gerais, V.6, n.2, p.38-45, 2014;
3. CAPUTO V.G.; BORDIN I.A. Problemas de Saúde Mental entre Jovens Grávidas e Não-Grávidas. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, p. 573-81, 2007;
4. ALMEIDA M.D.F.N., RÉGIS R.E.S., COSTA I.G. Incidência de gravidez na adolescência no município de Diamantino-MT. **Revista Mato-grossense de Enfermagem**, Mato Grosso, 1(1): 1-15, 2010;
5. MENDONÇA R.C.M.; ARAÚJO T.M.E. Métodos Contraceptivos: A prática dos adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Piauí, vol. 13, n.4, p. 863-71, 2009;
6. MOURA L.N.B. et al. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. **Acta Paul de Enfer**, São Paulo, vol. 24, n. 3, p. 320-326, 2011;
7. UNICEF. Relatório Final: Vivências e relatos sobre a gravidez em adolescentes. Panamá, ago. 2014;
8. MOREIRA, L.M.A. Métodos contraceptivos e suas características. In: Algumas abordagens da educação sexual na deficiência intelectual [online]. 3rd ed. Salvador: **EDUFBA**, p. 125-137, 2011;
9. MENDES, S.S. et al. Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção. **Rev. Paul Pediatr.**, vol.29 n.3:p. 385-91, São Paulo, 2011;
10. FINOTTI, M.C.C.F. Manual de anticoncepção. **FEBRASGO**, São Paulo, 2015;
11. MADUREIRA L., MARQUES I.R. E JARDIM D.P. Contracepção na Adolescência: Conhecimento e Uso. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, vol.15, n.1, p. 100-5, 2010;
12. MOLINA, M.C.C. et al. Conhecimento de Adolescente do Ensino Médio quanto aos Métodos Contraceptivos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, vol. 39 n.1, p. 22-3, 2015;
13. ZUGAIB, M. Obstetrícia. Ed. **Manole**, 2ª ed., 2012
14. REZENDE, J., MONTENEGRO, C.A.B. Obstetrícia fundamental. 12ª ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2012;

15. SILVA R.C., TUFANIN A.T. Alterações respiratórias e biomecânicas durante o terceiro trimestre de gestação: uma revisão de literatura. **Revista eletrônica saúde e ciência**. v. 3, n. 2, p.28-37, 2013;
16. CAMACHO K.G. et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciência Y Enfermería** ano XVI, n.2, p.115-125, 2010;
17. PICON J.D., AYALA DE SÁ A.M.P.O. Alterações hemodinâmicas da gravidez. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande Do Sul** - ano XIV, n. 05, 2005;
18. BORGES V.T.M. et al. Influência das Alterações Hemodinâmicas Maternas Sobre o Desenvolvimento Fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n.03, 2001;
19. SILVEIRA P.R.M. Trombose venosa profunda e gestação: Aspectos etiopatogênicos e terapêuticos. **Jornal Vascular Brasileiro**, v.1, n.1, 2002;
20. SIDDIQUI A.H. et al. Função pulmonar em mulheres com gestação única ou gemelar avançada e sem complicações. **Jornal Bras. Pneumol**. v.40, n.3, p. 244-249, 2014;
21. FEBRASGO. Assistência Pré-Natal: Manual de Orientação. 140 paginas, 2008.
22. SAFFIOTI R.F. et al. Constipação intestinal e gravidez. **FEMINA**. v.39, n.3, p.163-168, 2011;
23. GADELHA P.S. et al. Aspectos obstétricos e perinatais da gestante com insuficiência renal. **FEMINA**, v. 36, n. 7, 2008;
24. REZENDE, J. Obstetrícia. 11ª ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2008;
25. VIEIRA E.M., et al. Gravidez na adolescência e transição à vida adulta em jovens usuárias do SUS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 51:25, 2017;
26. YAZLLE, M.E.H.D. et al. A Adolescente grávida: Alguns indicadores sociais pacientes e métodos. **RBGO**, São Paulo, v. 24, n. 9, p. 609–614, 2002;
27. SANTOS, N.L.A.C. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Bahia, 19(3): 719-726, 2014;
28. TABORDA, J.A. et al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 22 (1): 16-24, 2014;

29. BERETTA, M.I.R. et al. A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Carlos, v. 13, n. 1, p. 90–98, 2011;
30. DIAS, A.G.C., TEIXEIRA, M.A.P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**, Ribeirão Preto, 20(45), 123-131, 2010;
31. CARNIEL, E.DE.F. et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Rev. Bras. de Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n. 4, p. 419–426, 2006;
32. WHO. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment. Oslo, 2012.

## **II NORMAS PARA PUBLICAÇÃO**

### **JORNAL DE PEDIATRIA- SBP**

#### **Informações Gerais**

O Jornal de Pediatria é a publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), publicada ininterruptamente pela SBP desde 1934. O Jornal de Pediatria está indexado nas seguintes bases de dados: MEDLINE, Web of Science, Scopus, SciELO, LILACS, EMBASE/Excerpta Medica, Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases, Medical Research Index, e University Microfilms International. O Jornal de Pediatria publica artigos no campo da investigação clínica e, excepcionalmente, artigos de pesquisa básica também são aceitos.

#### **Categorias de Artigos**

O Jornal de Pediatria aceita submissões de artigos originais, artigos de revisão e cartas ao editor.

#### **Artigos Originais**

Incluem relatos de estudos controlados e randomizados, estudos de triagem e diagnóstico e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como registros sobre pesquisas básicas realizadas com animais de laboratório (ver seção Resultados dos ensaios clínicos mais adiante). Os manuscritos nesta categoria não devem exceder 3.000 palavras (excluindo página de rosto, referências e tabelas), 30 referências e quatro tabelas e figuras.

#### **Artigos de Revisão**

Incluem meta-análises, avaliações sistemáticas e críticas da literatura sobre temas de relevância clínica, com ênfase em aspectos como causa e prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e prognóstico. Os artigos de revisão não devem exceder 6.000 palavras (excluindo página de rosto, referências e tabelas) e devem citar no mínimo 30 referências atualizadas.

Normalmente, profissionais de reconhecida experiência são convidados a escrever artigos de revisão. As metanálises estão incluídas nesta categoria. O Jornal de Pediatria também considera artigos de revisão não solicitados. Entre em contato pelo e-mail [assessoria@jped.com.br](mailto:assessoria@jped.com.br) para submeter um esboço ou roteiro ao Conselho Editorial antes de submeter o manuscrito completo.

### **Cartas ao Editor**

Costumam expressar uma opinião, discutir ou criticar artigos publicados anteriormente no Jornal de Pediatria. As cartas não devem exceder 1.000 palavras e seis referências. Sempre que possível, uma resposta dos autores do artigo ao qual a carta se refere será publicada junto com a carta.

### **Editoriais e Comentários**

Normalmente fazem referência a artigos selecionados, são solicitados a especialistas na área. O Conselho Editorial pode considerar a publicação de comentários não solicitados, desde que os autores apresentem um esboço ao Conselho Editorial antes de submeter o manuscrito.

Acesse <http://www.equator-network.org/> para informações sobre as diretrizes a serem seguidas na pesquisa em saúde para artigos originais e de revisão.

### **Idioma**

Os trabalhos podem ser enviados em português ou inglês. Os artigos são publicados em inglês na versão impressa, e em inglês e português no website (html e pdf). É utilizada a ortografia americana. Portanto, os autores são aconselhados a usar o idioma com o qual eles se sentirem mais à vontade e acreditarem que se comunicarão com mais clareza. Se determinado artigo tiver sido escrito originalmente em português os autores não devem enviar uma versão em inglês, a menos que seja uma tradução de qualidade profissional.

### **Check-list para Submissão**

1. Certifique-se de que os seguintes itens estão presentes:
  - Um autor foi designado como o autor para correspondência, incluindo-se seus detalhes de contato: e-mail e endereço postal completo.
2. Todos os arquivos necessários foram entregues:

- Manuscrito
  - ✓ Incluir palavras-chave
  - ✓ Todas as figuras (incluir legendas relevantes)
  - ✓ Todas as tabelas (incluindo títulos, descrição, notas de rodapé)
  - ✓ Certifique-se de que todas citações de figuras e tabelas no texto correspondem aos arquivos enviados
- Arquivos suplementares (quando necessário)

### 3. Considerações adicionais

- A gramática e ortografia foram verificadas
- Todas as referências mencionadas na seção Referências são citadas no texto, e vice-versa
- Foi obtida permissão para uso de material protegido por direitos autorais de outras fontes (incluindo a Internet)
- Foram feitas declarações de conflitos de interesse relevantes
- As políticas da revista detalhadas neste guia foram revisadas.

## **Estrutura do Artigo**

### **Subdivisão – Seções não numeradas**

O texto principal nos artigos originais deve conter as seguintes seções, indicadas por uma legenda: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. As seções nos artigos de revisão podem variar dependendo do tópico tratado. Sugerimos que os autores incluam uma breve introdução, na qual eles expliquem (da perspectiva da literatura médica) a importância daquela revisão para a prática da pediatria. Não é necessário descrever como os dados foram selecionados e coletados. A seção de conclusões deve correlacionar as ideias principais da revisão para possíveis aplicações clínicas, mantendo generalizações dentro do escopo do assunto sob revisão.

### **Introdução**

Indique os objetivos do trabalho e forneça um background adequado, evitando uma avaliação detalhada da literatura ou um resumo dos resultados. Faça uma introdução breve, incluindo apenas referências estritamente relevantes para sublinhar a importância do tópico e para

justificar o estudo. No fim da introdução, os objetivos do estudo devem estar claramente definidos.

### **Materiais e Métodos**

Forneça detalhes suficientes para viabilizar a reprodução do trabalho. Métodos já publicados devem ser indicados por uma referência, apenas as modificações relevantes devem ser descritas. Esta seção deve:

1. Descrever a população estudada, a amostra a ser analisada, os critérios de seleção;
2. Definir claramente as variáveis em estudo e descrever detalhadamente os métodos estatísticos empregados (incluindo referências apropriadas sobre métodos estatísticos e software).
3. Descrever os procedimentos, produtos e equipamentos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo.
4. Deve ser incluída uma declaração relativa à aprovação pelo comitê de ética de pesquisa (ou equivalente) da instituição em que o trabalho foi realizado.

### **Resultados**

Os resultados do estudo devem ser apresentados de forma clara e objetiva, seguindo uma sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Use figuras no lugar de tabelas para apresentar dados extensos.

### **Discussão**

Os resultados devem ser interpretados e comparados com dados publicados anteriormente, destacando os aspectos novos e importantes do presente estudo. Devem-se discutir as implicações dos resultados e as limitações do estudo, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas ao fim da seção Discussão, levando em consideração a finalidade do trabalho. Relacione as conclusões com os objetivos iniciais do estudo, evitando declarações não embasadas pelos achados e dando a mesma ênfase aos achados positivos e negativos que tenham importância científica similar. Se relevante, inclua recomendações para novas pesquisas.

### **Página de abertura**

A página de abertura deve conter as seguintes informações:

- a) título conciso e informativo. Evite termos e abreviaturas desnecessários; evite também referências ao local e/ou cidade onde o trabalho foi realizado;
- b) título curto com não mais de 50 caracteres, incluindo espaços, mostrado nos cabeçalhos;
- c) nomes dos autores (primeiro e último nome e iniciais do meio);
- d) grau acadêmico mais elevado dos autores;
- e) endereço de e-mail de todos os autores;
- f) se disponível, URL para o curriculum vitae eletrônico (“Currículo Lattes” para autores brasileiros, ORCID etc.);
- g) contribuição específica de cada autor para o estudo;
- h) declaração de conflitos de interesse (escreva nada a declarar ou divulgue explicitamente quaisquer interesses financeiros ou outros que possam causar constrangimento caso sejam revelados após a publicação do artigo);
- i) instituição ou serviço com o/a qual o trabalho está associado para indexação no Index Medicus/MEDLINE;
- j) nome, endereço, número de telefone, número de fax e e-mail do autor para correspondência;
- k) nome, endereço, número de telefone, número de fax e e-mail do autor encarregado do contato pré-publicação;
- l) fontes de financiamento, ou nome de instituições ou empresas fornecedoras de equipamentos e materiais, se aplicável;
- m) contagem de palavras do texto principal, sem incluir resumo, agradecimentos, referências, tabelas e legendas para figuras;
- n) contagem de palavras do resumo;
- o) número de tabelas e figuras

## **Resumo**

É necessário um resumo conciso e factual. O resumo deve indicar de forma breve o objetivo da pesquisa, os principais resultados e as conclusões mais importantes. Um resumo é frequentemente apresentado separadamente do artigo, por isso deve ser capaz de ser compreendido sozinho. Por esse motivo, as referências devem ser evitadas, mas, se necessário, cite o(s) autor(es) e ano(s). Além disso, abreviações não padrão ou incomuns

devem ser evitadas, mas, se forem essenciais, devem ser definidas em sua primeira menção no próprio resumo. O resumo não deve ter mais de 250 palavras ou 1.400 caracteres. Não inclua palavras que possam identificar a instituição ou cidade onde o estudo foi realizado, para facilitar a revisão cega. Todas as informações no resumo devem refletir com precisão o conteúdo do artigo.

### **Resumo para artigos originais**

Declarar por que o estudo foi iniciado e as hipóteses iniciais. Defina com precisão o objetivo principal do estudo; apenas os objetivos secundários mais relevantes devem ser listados.

*Método:* Descrever o desenho do estudo (se apropriado, indique se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), local (se apropriado, descreva o nível de atendimento, isto é, se primário, secundário ou terciário, clínica privada ou instituição pública, etc.), pacientes ou participantes (critérios de seleção, número de casos no início e no final do estudo etc.), intervenções (incluem informações essenciais, como métodos e duração do estudo) e critérios utilizados para medir os resultados.

*Resultados:* Descrever os achados mais importantes, os intervalos de confiança e a significância estatística dos achados.

*Conclusões:* Descrever apenas conclusões que refletem o objetivo do estudo e fundamentadas por suas descobertas. Discutir possíveis aplicações das descobertas, com igual ênfase em resultados positivos e negativos de mérito científico similar.

### **Palavras-chave**

Imediatamente após o resumo, forneça um máximo de 6 palavras-chave, utilizando a ortografia americana e evitando termos gerais e plurais e múltiplos conceitos (evite, por exemplo, ‘e’, ‘de’). Use poucas abreviações: apenas aquelas firmemente estabelecidas no campo de pesquisa podem ser escolhidas. Essas palavras-chave serão usadas para fins de indexação. Por favor, utilize os termos listados no Medical Subject Headings (MeSH), disponíveis em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. Quando descritores adequados não estiverem disponíveis, novos termos podem ser utilizados.

### **Tabelas**

Por favor, envie as tabelas como texto editável e não como imagem. As ta

belas podem ser colocadas ao lado do texto relevante no artigo, ou em páginas separadas no fim. Numere as tabelas de forma consecutiva de acordo com sua ordem no texto e coloque as notas de tabela abaixo do corpo da mesma. Seja moderado no uso das tabelas, e assegure-se de que os dados apresentados nas mesmas não duplicam os resultados descritos em outro lugar no artigo. Evite usar grades verticais e sombreamento nas células da tabela. **Referências**

*Citação no texto:* Certifique-se de que todas as referências citadas no texto também estão presentes na lista de referências (e vice-versa). Qualquer referência citada no resumo deve ser fornecida na íntegra. Não recomendamos o uso de resultados não publicados e comunicações pessoais na lista de referências, mas eles podem ser mencionados no texto. Se essas referências estiverem incluídas na lista de referências, elas devem seguir o estilo de referência padrão da revista e devem incluir uma substituição da data de publicação por “Resultados não publicados” ou “Comunicação pessoal”. A citação de uma referência como in press implica que o item foi aceito para publicação.

### **Estilo de Referências**

As referências devem seguir o estilo Vancouver, também conhecido como o estilo de Requisitos Uniformes, fundamentado, em grande parte, em um estilo do American National Standards Institute, adaptado pela National Library of Medicine dos EUA (NLM) para suas bases de dados. Os autores devem consultar o Citing Medicine, o Guia de estilo da NLM para autores, editores e editoras, para obter informações sobre os formatos recomendados para uma variedade de tipos de referência. Os autores também podem consultar exemplos de referências ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)), em uma lista de exemplos extraídos ou baseados no Citing Medicine para fácil uso geral; esses exemplos de referências são mantidos pela NLM. As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, identificadas por números em sobrescrito. Não use numeração automática, notas de rodapé ou de pé de página para referências. Artigos não publicados aceitos para publicação podem ser incluídos como referências se o nome da revista estiver incluído, seguido de “in press”. Observações e comunicações pessoais não publicadas não devem ser citadas como referências; se for essencial para a compreensão do artigo, essa informação pode ser citada no texto, seguida pelas observações entre parênteses, observação não publicada ou comunicação pessoal. Para mais informações, consulte os “Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas”, disponíveis em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3142758/>. Na sequência, apresentamos alguns exemplos do modelo adotado pelo Jornal de Pediatria.

### **Artigos em revistas**

1. *Até seis autores*: Araújo LA, Silva LR, Mendes FA. Digestive tract neural control and gastrointestinal disorders in cerebral palsy. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88:455-64.
2. *Mais de seis autores*: Ribeiro MA, Silva MT, Ribeiro JD, Moreira MM, Almeida CC, Almeida-Junior AA, et al. Volumetric capnography as a tool to detect early peripheral lung obstruction in cystic fibrosis patients. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88:509-17.
3. *Nenhum autor fornecido*: Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 1995;95:314-7.
4. *Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa*: Carvalho CG, Ribeiro MR, Bonilha MM, Fernandes Jr M, Procionoy RS, Silveira RC. Use of off-label and unlicensed drugs in the neonatal intensive care unit and its association with severity scores. *J Pediatr (Rio J)*. 2012 Oct 30. [Epub ahead of print]

### **Livros**

1. Blumer JL, Reed MD. Principles of neonatal pharmacology. In: Yaffe SJ, Aranda JV, eds. *Neonatal and Pediatric Pharmacology*. 3rd ed. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005. p. 146-58.

### **Abreviações**

Seja moderado no uso de abreviações. Todas as abreviações devem ser explicadas em sua primeira menção no texto. As abreviações não padrão no campo da pediatria devem ser definidas em uma nota de rodapé a ser colocada na primeira página do artigo. Evite o uso de abreviações no resumo; aquelas que são inevitáveis no resumo devem ser definidas em sua primeira menção, bem como na nota de rodapé. Assegure-se da consistência das abreviações em todo o artigo.

### **Ética na Publicação**

Verificar nas páginas informativas sobre Ética na publicação e Diretrizes éticas para publicação em revistas científicas.

### **Agradecimentos**

Agrupe os agradecimentos em uma seção separada ao fim do artigo antes das referências e, portanto, não os inclua na página de abertura, como uma nota de rodapé para o título ou de outra forma. Liste aqui os indivíduos que forneceram ajuda durante a pesquisa (por exemplo, fornecendo ajuda linguística, assistência escrita ou prova de leitura do artigo, etc.). Somente indivíduos ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas não são qualificados para autoria, devem ser mencionados. Os indivíduos citados nesta seção devem concordar por escrito com a inclusão de seus nomes, uma vez que os leitores podem inferir o endosso das conclusões do estudo.

### **Declaração de Conflito de Interesse**

Todos os autores devem divulgar quaisquer relações financeiras e pessoais com outras pessoas ou organizações que possam influenciar de forma inadequada (viés) seu trabalho. Exemplos de potenciais conflitos de interesse incluem: empregos, consultorias, propriedade de ações, honorários, testemunhos de peritos remunerados, pedidos de patentes/inscrições e subsídios ou outros tipos de financiamento. Caso não haja conflitos de interesse, por favor, registre isso: “Conflitos de interesse: nenhum”.

### **Declaração de Envio e Verificação**

A submissão de um manuscrito implica que o trabalho descrito não foi publicado anteriormente (exceto sob a forma de resumo ou como parte de uma palestra ou tese acadêmica publicada, ou como pré-impressão eletrônica, consulte a seção “Publicação múltipla, redundante ou concorrente” de nossa política de ética para mais informações), que não está sendo avaliado para publicação em outro lugar, que sua publicação foi aprovada por todos os autores e tácita ou explicitamente pelas autoridades responsáveis onde o trabalho foi realizado e que, se aceito, não será publicado em outro lugar na mesma forma, em inglês ou em qualquer outro idioma, inclusive eletronicamente, sem o consentimento por escrito do detentor dos direitos autorais. Para verificar a originalidade do manuscrito, ele pode ser verificado pelo serviço de detecção de originalidade CrossCheck.

## **Colaboradores**

Cada autor é obrigado a declarar sua contribuição individual para o artigo: todos os autores devem ter participado substancialmente da pesquisa e/ou da preparação do artigo, de modo que o papel de cada um dos autores deve ser descrito. A afirmação de que todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito deve ser verdadeira e incluída na Cover Letter aos editores.

## **Autoria**

Todos os autores devem ter contribuído de forma substancial em todos os seguintes aspectos: (1) concepção e delineamento do estudo, ou aquisição de dados, ou análise e interpretação de dados, (2) escrita do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual relevante, (3) aprovação final da versão a ser submetida.

## **Direitos autorais**

Após a aceitação de um artigo, os autores devem assinar o Journal Publishing Agreement (Acordo de Publicação de Artigo) (ver mais informações sobre esse item) de forma a atribuir à Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) os direitos autorais do manuscrito e de quaisquer tabelas, ilustrações ou outro material submetido para publicação como parte do manuscrito (o “Artigo”) em todas as formas e mídias (já conhecidas ou desenvolvidas posteriormente), em todo o mundo, em todos os idiomas, por toda a duração dos direitos autorais, efetivando-se a partir do momento em que o Artigo for aceito para publicação. Um e-mail será enviado ao autor para correspondência confirmando o recebimento do manuscrito junto com o Journal Publishing Agreement ou um link para a versão on-line desse acordo.

## **Direitos do Autor**

Como autor, você (ou seu empregador ou instituição) tem certos direitos de reuso do seu trabalho. A Elsevier apoia o compartilhamento responsável.

## **Papel da Fonte de Financiamento**

Deve-se identificar quem forneceu apoio financeiro para a realização da pesquisa e/ou preparação do artigo e descrever brevemente o papel do(s) patrocinador(es), se houver, no delineamento do estudo; na coleta, análise e interpretação de dados; na redação do

manuscrito; e na decisão de enviar o artigo para publicação. Se a fonte (ou fontes) de financiamento não teve (ou tiveram) tal participação, isso deve ser mencionado.

### **Consentimento Informado e Detalhes do Paciente**

Estudos envolvendo pacientes ou voluntários requerem a aprovação do comitê de ética e o consentimento informado, que devem ser documentados no artigo. Consentimentos, permissões e desobrigações pertinentes devem ser obtidos sempre que um autor desejar incluir detalhes de casos ou outras informações pessoais ou imagens de pacientes e de quaisquer outros indivíduos em uma publicação da Elsevier. Os consentimentos por escrito devem ser mantidos pelo autor e cópias dos consentimentos ou provas de que tais consentimentos foram obtidos devem ser fornecidos à Elsevier mediante solicitação.

### III ARTIGO ORIGINAL

## **GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS E GESTACIONAIS**

PREGNANCY IN ADOLESCENCE: SOCIODEMOGRAPHIC, BEHAVIORAL AND GESTATIONAL  
CHARACTERISTICS

Fernanda R. Monteiro<sup>1</sup>, Júlia Maria G. Dias<sup>2</sup>

#### **Correspondência para:**

Fernanda Ramos Monteiro  
Rua Tv. Esperança, 265  
49160-000 – Nossa Senhora do Socorro, SE, Brasil  
monteiro.fr2019@gmail.com  
(79) 99951-0072

**Declaração de Conflitos de Interesse:** Nenhum.

**Vínculo:** Universidade Federal de Sergipe

**Fontes de Financiamento:** não houve. Recursos próprios.

**Número de palavras do Texto Principal:** 2510

**Número de palavras do Resumo:** 224

**Número de Tabelas:** 03

**1. Júlia Maria Gonçalves Dias** (Orientadora): Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe – UFS, Brasil. Professora adjunta da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia do curso de medicina da UFS. Email: dias\_jmg@yahoo.com.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5891504776117256> **2. Fernanda Ramos Monteiro** (Elaboração do texto, coleta e análise dos dados): Graduanda do departamento de medicina da UFS. Email: monteiro.fr2019@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5146328401469780>.

## **RESUMO**

**Objetivo:** Determinar as características socioeconômicas e comportamentais mais prevalentes no grupo estudado e verificar a associação dessas características com o desfecho neonatal da gravidez na adolescência, comparando com o grupo controle.

**Métodos:** Foi realizado um estudo observacional retrospectivo controlado com 361 mulheres. Foram incluídas no estudo mulheres entre 15-19 anos e entre 20-24 anos que já haviam gestado e parido e que aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura de termo de consentimento. Avaliaram-se dados gestacionais, comportamentais e sexuais e realizada associações estatísticas descritivas e inferenciais.

**Resultados:** Verificou-se maior déficit escolar nas mulheres que gestaram na adolescência, apenas 14% estudavam no momento da entrevista, maior número de gestações e de abortamentos e vida sexual mais precoce em comparação ao grupo controle. 60% dessas mulheres não exerciam atividade remunerativa e estavam inseridas em um contexto social favorável a gestação precoce. Os dados gestacionais e neonatais não divergiram significativamente entre os grupos, em ambos, a maioria relatou parto sem complicações (>76%), sem sequelas pós-parto (>92%) e sem internação de recém-nascido na Utin (Unidade de Terapia Intensiva) (>85%).

**Conclusão:** Verificou-se baixa taxa de complicações e de desfechos neonatais negativos, não havendo divergência significativa entre os grupos avaliados, verificou-se também várias associações entre gestação precoce e características sexuais e comportamentais, a exemplo o início da atividade sexual e grau de escolaridade, e que educação sexual deve ser prioridade.

**PALAVRAS-CHAVE:** ADOLESCÊNCIA, GRAVIDEZ, RISCO PARA O NEONATO, EPIDEMIOLOGIA.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the most prevalent socioeconomic and behavioral characteristics in the studied group and to investigate the association of these characteristics with the neonatal outcome of pregnancy in adolescence, comparing with the control group.

**Methods:** A retrospective controlled observational study was conducted with 361 women. The study included women between the ages of 15-19 and between the ages of 20-24 who had already conceived and given birth and who agreed to participate in the study by signing a consent form. Gestational, behavioral and sexual data were evaluated and descriptive and inferential statistical associations were performed.

**Results:** There was a higher school deficit in women who had a teenage pregnancy, only 14% studied at the time of the interview, a higher number of pregnancies and abortions and an earlier sexual life compared to the control group. 60% of these women did not exercise remunerative activity and were inserted in a social context favorable to early gestation. Gestational and neonatal data did not differ significantly between groups, in both groups, the majority reported uncomplicated delivery (> 76%), no postpartum sequelae (> 92%), and no newborn hospitalization at Utin Intensive (> 85%).

**Conclusion:** There was a low rate of complications and negative neonatal outcomes. There was no significant difference between the groups evaluated. There were also several associations between early gestation and sexual and behavioral characteristics, such as the onset of sexual activity and schooling, and that sex education should be a priority.

**Keywords:** ADOLESCENCE, PREGNANCY, RISK TO NEONATE, EPIDEMIOLOGY.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, se assiste aumento do número de adolescentes que engravidam, ao contrário do que acontece em outros países ocidentais.<sup>1</sup> A gravidez na adolescência é um dos principais problemas de saúde pública no país, a jovem e seu filho ficam vulneráveis a riscos físicos, psicológicos e sociais. A gestação nesta população nem sempre é planejada, e algumas vezes não desejada pela gestante, seu companheiro e sua família, no entanto, é um acontecimento que pode ter seus riscos minimizados, quando bem acompanhada.<sup>2</sup>

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), dos quatro milhões de abortos praticados por ano no Brasil, um milhão ocorrem entre adolescentes, sendo que 20% delas morrem por suas complicações. Uma boa parcela da população de gestantes adolescentes encontra-se em condições socioeconômicas precárias, o que por sua vez está associado à elevadas condições inadequadas de higiene, habitação, alimentação e saúde. Em termos sociais, a gravidez na adolescência pode estar associada com pobreza, evasão escolar, desemprego, ingresso precoce em um mercado de trabalho não qualificado, separação conjugal, situações de violência e negligência, diminuição das oportunidades de mobilidade social, além de maus tratos infantis.<sup>3, 4, 5, 6, 7, 8</sup>

Segundo Jorge Rodríguez (2008), a chave para explicar a alta fecundidade adolescente resume-se em reticência institucional (sociedade e família) em reconhecer os adolescentes como indivíduos sexualmente ativos, o que restringe o acesso destes aos métodos de planejamento familiar e a conhecimentos e práticas sexuais seguras e em desigualdade, que reduz sensivelmente o horizonte de opções vitais para as/os mais pobres e eleva o valor da maternidade e paternidade precoces como mecanismo para dar sentido à vida. Assim, as adolescentes com baixa escolaridade têm cinco ou mais possibilidades de serem mães do que aquelas que contam com maior educação formal.<sup>9</sup>

Diante da magnitude desse problema e da necessidade de se conhecer e de elaborar estratégias que possam minimizar as repercussões desfavoráveis da gravidez na adolescência, esse estudo tem por objetivo determinar as características socioeconômicas mais prevalentes no grupo estudado e verificar a associação dessas características com o desfecho neonatal da gravidez na adolescência, comparando com o grupo controle.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo controlado. Foi utilizado como ferramenta de coleta de dados a modalidade entrevista com questionário, composto por 54 questões referentes aos dados sócio-demográficos, sexuais, comportamentais e referentes ao desfecho neonatal (ANEXO I). A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e outras acadêmicas de medicina nos meses de junho e julho de 2018, nos ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, sob a supervisão de professores e após a autorização e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, respeitando os princípios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A população do estudo foi composta por pacientes adolescentes na faixa de 15-19 anos (Grupo 1 - G1) que já tivessem gestado e parido e que concordassem em participar do questionário aplicado através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO II), foram incluídas também pacientes adultas jovens, na faixa de 20 a 24 anos, que também já tivessem gestado e parido e concordassem em participar do questionário aplicado através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para fazerem parte do grupo controle (Grupo 2 - G2). Foram excluídas pacientes que não aceitaram assinar o termo de consentimento e/ou não estivessem adequadas aos critérios de inclusão ou que desistiram de participar da pesquisa.

Os dados foram analisados e interpretados utilizando a estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências simples e relativas. Na parte inferencial, foi utilizado o teste de qui-quadrado e o teste exato de Fisher, quando mais apropriado, para encontrar possíveis associações entre as variáveis. O nível de significância estatística estipulado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e todos os testes foram bicaudais. O software utilizado para as análises foi o Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS 25.0).

## **RESULTADOS**

Participaram desse estudo 377 mulheres, 186 pertencentes ao G1 e 175 pertencentes ao G2. 16 mulheres foram excluídas da pesquisa, 03 recusaram a assinatura do termo e 13 não

quiseram participar da entrevista, resultando em 4,24% de perda de dados. Nenhuma paciente solicitou desvinculo da pesquisa.

A Tabela 1 evidenciou que em ambos os grupos, a maioria das pacientes encontravam-se na faixa etária entre 35 e 50 anos e que a maioria do G1 provia do interior e do G2 da capital. Foi evidenciada associação significativa entre idade ( $p = 0,032$ ), procedência ( $p = 0,001$ ), escolaridade ( $p < 0,001$ ), renda per capita ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 1:** Características sócio-demográficas dos grupos estudados.

Variáveis	Grupo 1 (186)	Grupo II (175)	P
<b>Idade<sup>1</sup></b>			0,032*
15-25	37 (19,9)	18 (10,3)	
25-35	51 (27,4)	49 (28,0)	
35-50	75 (40,3)	73 (41,7)	
>50 anos	23 (12,4)	35 (20,0)	
<b>Procedência<sup>1</sup></b>			0,001*
Interior	113 (60,8)	77 (44,0)	
Capital	73 (39,2)	98 (56,0)	
<b>Escolaridade<sup>1</sup></b>			<0,001*
Analfabeta	4 (2,1)	7 (4,0)	
Ensino fundamental incompleto	60 (32,3)	38 (21,7)	
Ensino fundamental completo	10 (5,4)	18 (10,3)	
Ensino médio incompleto	28 (15,1)	66 (37,7)	
Ensino médio completo	59 (31,7)	13 (7,4)	
Ensino superior incompleto	17 (9,1)	26 (14,9)	
Ensino superior completo	8 (4,3)	7 (4,0)	
<b>Estuda atualmente<sup>1</sup></b>	26 (14,0)	37 (21,1)	0,073
<b>Motivo das pacientes que não estudam<sup>1</sup></b>			<0,001*
Gravidez	48 (30,1)	21 (15,4)	
Problemas saúde própria ou familiar	6 (3,8)	6 (4,6)	
Concluiu faculdade/Curso	10 (6,5)	24 (17,1)	

Desmotivou-se/casou	50 (31,2)	57 (41,7)	
Problemas financeiros	45 (28,5)	29 (21,1)	
<b>Exerce atividade remunerativa<sup>1</sup></b>	75 (40,3)	88 (50,3)	0,057
<b>Quantidade de cômodos na casa<sup>1</sup></b>			0,021*
>5 cômodos	87 (46,8)	89 (50,9)	
5 cômodos	60 (32,3)	63 (36,0)	
4 cômodos	20 (10,8)	19 (10,9)	
3 cômodos	7 (3,8)	1 (0,6)	
2 cômodos	12 (6,5)	3 (1,7)	
<b>Pessoas que residem na mesma casa<sup>1</sup></b>			0,013*
02	31 (15,1)	27 (15,4)	
02 a 05	126 (61,5)	133 (76,0)	
05 a 07	40 (19,5)	12 (6,9)	
07 a 10	8 (3,9)	2 (1,1)	
>10	0 (0,0)	1 (0,6)	
<b>Renda Familiar<sup>1</sup></b>			<0,001*
< 01 salário mínimo	47 (25,3)	20 (11,4)	
1-2 salários mínimos	104 (55,9)	97 (55,4)	
2-3 salários mínimos	22 (11,8)	34 (19,4)	
>3 salários mínimos	13 (7,0)	24 (13,7)	
<b>Possui televisão<sup>2</sup></b>	182 (97,8)	170 (97,1)	0,744
<b>Possui celular próprio<sup>1</sup></b>	175 (94,1)	165 (94,3)	0,935
<b>Possui computador<sup>1</sup></b>	61 (32,8)	78 (44,6)	0,022*

---

<sup>1</sup>Teste Qui-quadrado

\* Significativo a 5%

<sup>2</sup>Teste Exato de Fisher

Na Tabela 2 observa-se que há associação significativa entre gestação precoce e a ingestão de bebida alcoólica, o início da atividade sexual, a quantidade de gestações e a prática de aborto. Não foi evidenciada associação entre o tabagismo, uso de drogas ilícitas, número de parceiros e as expectativas para o futuro.

**Tabela 2:** Características comportamentais, sexuais e gestacionais dos grupos estudados.

Variáveis	Grupo 1 (186)	Grupo II (175)	P
<b>Hábito de ler livros<sup>1</sup></b>	81 (43,55)	78 (44,57)	0,845
<b>Uso de redes sociais<sup>1</sup></b>	148 (79,57)	126 (72,0)	0,093
<b>Principal fonte de Informação</b>			0,429
Televisão	89 (47,85)	82 (46,86)	
Internet	66 (35,48)	65 (37,14)	
Famíliares e amigos	18 (10,0)	18 (10,29)	
Jornais	8 (4,0)	9 (5,14)	
Revistas	0 (0,0)	0 (0,0)	
Outras fontes	5 (3,0)	1 (0,57)	
<b>Uso de drogas ilícitas<sup>2</sup></b>	5 (3,0)	2 (1,14)	0,45
<b>Tabagista<sup>1</sup></b>	16 (9,0)	10 (5,71)	0,289
<b>Ingestão de bebida alcoólica<sup>1</sup></b>	56 (30,11)	75 (42,86)	0,012*
<b>Idade na primeira relação sexual<sup>1</sup></b>			<0,001*
< 15 anos	58 (31,19)	21 (12,0)	
15 – 19	128 (68,81)	94 (53,71)	
20 - 25	0 (0,0)	60 (34,29)	
<b>Consensualidade na 1ª relação sexual<sup>1</sup></b>	175 (94,09)	167 (95,43)	0,568
<b>Número de parceiros<sup>1</sup></b>			0,928
Não tem	30 (16,33)	24 (13,72)	
Um	138 (74,19)	134 (76,57)	
Dois	8 (4,30)	13 (7,43)	
Mais de dois	10 (5,38)	4 (2,28)	
<b>Desejo de ter relações sexuais<sup>1</sup></b>	152 (81,72)	144 (82,29)	0,889
<b>Tem orgasmo<sup>1</sup></b>	158 (84,95)	151 (86,29)	0,717
<b>Quantidade de gravidezes<sup>1</sup></b>			<0,001*
01 – 02	82 (44,08)	124 (70,86)	
03 – 05	86 (46,24)	43 (24,57)	
06 – 08	13 (6,99)	7 (4,0)	

> 08	5 (2,69)	1 (0,57)	
<b>Quantidade de partos<sup>1</sup></b>			0,068
0	34 (18,06)	16 (9,14)	
01 – 02	90 (48,39)	122 (69,72)	
03 - 05	69 (37,30)	31 (17,72)	
06 – 08	8 (4,30)	5 (2,85)	
> 8	4 (2,15)	1 (0,57)	
<b>Abortou em alguma gestação<sup>1</sup></b>	71 (38,17)	41 (23,43)	0,002*
<b>Aborto espontâneo ou provocado<sup>1</sup></b>			0,530
Espontâneo	49 (69,1)	27 (65,85)	
Provocado	22 (30,99)	14 (34,15)	
<b>Teve outra gestação após a primeira<sup>1</sup></b>	140 (75,0)	98 (56,0)	<0,001*
<b>Sua expectativa para o futuro<sup>1</sup></b>			0,939
Realização profissional	75 (40,32)	65 (37,14)	
Felicidade/saúde/bem-estar	68 (36,56)	68 (37,14)	
Prosperidade/sucesso familiar	17 (9,14)	17 (9,71)	
Não se manifestou	26 (13,98)	25 (14,29)	
<b>O que faria se sua filha engravidasse mesma idade<sup>1</sup></b>			0,565
Apoiaria	170 (91,40)	164 (93,72)	
Não apoiaria	6 (3,22)	3 (1,71)	
Não soube responder	10 (5,38)	8 (4,57)	

<sup>1</sup>Teste Qui-quadrado

\* Significativo a 5%

<sup>2</sup>Teste Exato de Fisher

Na Tabela 3, verifica-se que não houve associação significativa entre a gravidez precoce e complicações para o neonato, não foi evidenciado riscos para esse público. Houve associação significativa entre o tipo de parto, o conhecimento e uso de métodos contraceptivos e a tentativa de aborto. Observa-se que uma pequena parcela pensou em entregar o filho (a) para adoção e uma parcela ainda menor doou. Verificou-se também que 20% das adolescentes planejaram a gravidez.

**Tabela 3:** Dados referentes à primeira gestação e as possíveis complicações do neonato dos grupos estudados.

Variáveis	Grupo 1 (186)	Grupo II (175)	P
<b>Tipo de parto<sup>1</sup></b>			<0,001*
Normal	146 (78,5)	117 (66,9)	
Cesáreo	28 (15,1)	55 (31,4)	
Com uso de fórceps	12 (6,5)	3 (1,7)	
<b>Houve complicação durante o parto<sup>1</sup></b>	39 (21,0)	41 (23,4)	0,574
<b>Recém-nascido foi para Utin<sup>1</sup></b>	21 (11,3)	25 (14,3)	0,394
<b>A criança teve sequela pós-parto<sup>1</sup></b>	15 (8,1)	13 (7,4)	0,821
<b>A criança ficou com a paciente após o parto<sup>1</sup></b>	148 (79,6)	135 (77,1)	0,575
<b>Gravidez planejada<sup>1</sup></b>	37 (19,9)	73 (41,7)	<0,001*
<b>Procurou informações sobre contracepção<sup>1</sup></b>	67 (36,0)	96 (54,2)	<0,001*
<b>Usava algum método contraceptivo<sup>1</sup></b>	57 (30,6)	94 (53,7)	<0,001*
<b>Qual método contraceptivo<sup>1</sup></b>			0,248
ACO	29 (51,1)	52 (55,4)	
Injetável	05 (8,6)	11 (11,4)	
Preservativo	12 (21,0)	20 (22,3)	
Coito interrompido	09 (15,6)	08 (8,6)	
Tabelinha	02 (3,8)	02 (2,3)	
<b>Se usava, porque parou<sup>1</sup></b>			<0,001*
Não se adaptou ao método	14 (24,6)	23 (24,6)	
Teve efeitos colaterais	06 (10,7)	12 (13,7)	
Teve medo	03 (5,3)	01 (1,1)	
Não quis continuar o uso	18 (31,6)	11 (12,6)	
Outro motivo	15 (27,8)	45 (48,0)	
<b>Foi feliz durante a gestação<sup>1</sup></b>	149 (80,1)	149 (85,1)	0,208
<b>Teve apoio dos pais<sup>1</sup></b>	145 (78,0)	146 (83,4)	0,189
<b>Teve apoio do parceiro/pai da criança<sup>1</sup></b>	142 (76,3)	155 (88,6)	0,002*

<b>Tentou abortar<sup>1</sup></b>	27 (14,5)	13 (7,4)	0,032*
<b>Filho está vivo<sup>1</sup></b>	153 (82,3)	148 (84,6)	0,555
<b>Pensou em entregar seu filho para adoção<sup>1</sup></b>	10 (5,4)	7 (4,0)	0,537
<b>Entregou para adoção<sup>2</sup></b>	3 (1,6)	2 (1,1)	1,000
<b>Sentiu-se capaz de assumir a criação do seu filho<sup>1</sup></b>	153 (82,3)	159 (90,9)	0,017*
<b>Teve outras amigas grávidas durante a gestação<sup>1</sup></b>	164 (88,2)	142 (81,1)	0,063
<b>Engravidaria novamente se voltasse o tempo<sup>1</sup></b>	82 (44,1)	117 (66,9)	<0,001*

<sup>1</sup>Teste Qui-quadrado

\* Significativo a 5%

<sup>2</sup>Teste Exato de Fisher

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que a gravidez precoce influencia negativamente a vida social da adolescente. Verificou-se que no momento da entrevista cerca de 60% das jovens que engravidaram na adolescência não exerciam atividade remunerativa, que cerca de 86% não estudavam e que a gravidez foi responsável por 1/3 do abandono escolar. No G2, evidenciou-se que 49,71% não exerciam atividade remunerativa e 78,6% não estudavam no momento da entrevista e o principal motivo do abandono foi o casamento ou desmotivação (41,5%), a gravidez foi fator decisivo em apenas 15% do grupo. A UNICEF (2014) identificou essas mesmas associações e concluiu que as mulheres continuam tendo que assumir maiores responsabilidades pela gravidez, que devem ser boas mães, renunciar a seus projetos pessoais e assumirem os papéis tradicionais (domésticos) atribuídos ao seu sexo. Corroborando com esses dados, o Ministério da Saúde (2006), evidenciou que 42,1% das jovens com menos de 20 anos que tiveram filhos, já não frequentavam a escola à data da gravidez e 62,6 % das adolescentes, no nascimento do primeiro filho, encontravam-se já fora do mercado de trabalho e assim se mantiveram.

Como esperado houve associação entre abandono escolar e a gestação precoce, mas não tão significativa. O ato de casar ou a desmotivação e problemas financeiros foram fatores decisivos para muitas das entrevistadas. Portanto, foi possível inferir que o fator gravidez, isolado, não foi suficientemente forte para que, ao menos, a maioria das entrevistadas, deixassem de concluir os estudos, outros fatores associados a esse, como, baixa expectativa social, a falta de estímulo para estudar, a necessidade de ter uma renda para sustentar a si e ao

filho, e as obrigações domésticas que recaem sobre a mulher possivelmente se uniram a gravidez e tornaram a continuidade dos estudos mais complicada.

Referente o grau de escolaridade, no momento da entrevista, no G1, cerca de 1/3 só tinham ensino fundamental incompleto e pouco mais de 2% se encontrava analfabeta. No G2, o analfabetismo foi detectado no dobro das pacientes (4%), e a maioria (37,70%) apresentava ensino médio incompleto. O ensino superior foi adquirido em apenas cerca de 4% de ambos os grupos. Essa deficiência acadêmica reflete-se negativamente no contexto financeiro. Observou-se que as entrevistadas do G1 estavam inseridas em um contexto social de baixa renda per capita, a maioria revelou renda familiar de no máximo dois salários mínimos (55,9%), dividido para dois a cinco familiares (61,5%).

No tocante a prática de atividade sexual, foi verificada significativa associação entre o início da atividade sexual e a gestação na adolescência ( $p < 0,001$ ). 41,3% das entrevistadas iniciaram a vida sexual antes dos 15 anos e entre as adolescentes quase 30% iniciaram a atividade sexual antes dos 15 anos. Dados semelhantes identificou o Ministério da Saúde (2006), 36% dos jovens entre 15-24 anos relataram ter tido a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade.<sup>1</sup>

Foi evidenciada associação significativa entre conhecimento e uso de métodos contraceptivos e a gestação precoce. A maioria do G1 (63,98%) revelou que não procurou se informar sobre métodos contraceptivos antes da primeira gestação, no G2, 54,71%, não se informaram; o uso do método não foi realizado pela maioria do G1 (69%), enquanto no G2, 46% não faziam o uso. No G1, o uso foi cessado, em sua maioria, por ter opção de não continuar o uso ou por não ter se adaptado ao método (47%) enquanto no G2, a maioria não revelou o motivo e cerca de 24% revelou não ter se adaptado ao método. A maioria, em ambos os grupos (mais de 50%), das que fizeram o uso de contraceptivos informaram o anticoncepcional oral como método de escolha, em segundo lugar (20%) a escolha foi pelo preservativo. Parece que esses métodos são preferência entre os adolescentes, um estudo realizado por MENDONÇA e ARAÚJO (2009), identificou que o uso de condom é frequente na primeira relação sexual, entretanto apresenta descontinuidade e negligência, pois a contracepção é cercada de descuidos, erros e esquecimentos. Identificou ainda que as adolescentes conheciam diversos métodos e os mais citados foi o anticoncepcional oral e o condom.<sup>10</sup>

A ingestão de bebida alcoólica teve associação significativa com a gestação precoce e au-

mento do risco para o neonato, mas o mesmo não ocorreu com o uso de drogas ilícitas e do tabaco, possivelmente, o “n” não foi suficiente para capturar um valor mais expressivo.

Fica evidente que há uma falha na educação dos adolescentes referente à sexualidade. Essas adolescentes não quiseram se informar sobre contracepção ou não tiveram com quem se informa, por medo de julgamento, por inibição? Dentre todas as possibilidades de métodos contraceptivos, não se adaptar a um método específico não é justificativa para parar uso, mas pode ser um pretexto para manter camuflada a prática sexual. A maioria começa a prática sexual sem ter tido uma conversa com seus familiares, ficando sem o apoio de que precisa, sem orientação sobre a prática sexual, muitas vezes recorrendo a uma outra adolescente, tão pouco experiente quanto ela, e inicia a vida sexual com mais riscos, não só de engravidar precocemente, mas também de ser acometida por infecções sexualmente transmissíveis. Infelizmente os pais não sabem lidar com a sexualidade emergente dos filhos, a escola e os serviços de saúde não conseguem complementar adequadamente a educação sexual familiar e a sexualidade na adolescência ainda é um tabu.<sup>11</sup> E os jovens ficam vulneráveis a toda a complexidade que esse período da vida impõe.

Além de consequências negativas para a vida social, muitos autores acreditam que a gravidez na adolescência traz risco para o neonato.<sup>11</sup> relata que a gravidez nesse período da vida está associada a resultados perinatais negativos. YAZLLE (2002) relata que estudos demonstraram aumento na incidência de intercorrências pré-natais, intraparto, pós-parto e perinatais entre gestantes adolescentes, notadamente a prematuridade e o baixo peso ao nascimento. Porém, outros autores discordam e justificam que não foram encontradas evidências que sustentem a presença dos riscos para o neonato e ainda reforçam a ideia de que a gravidez é, fisicamente, bem tolerada pelas adolescentes.<sup>12</sup> Esse estudo corrobora com esse segunda vertente. Foi evidenciado que não houve discordância significativa entre os grupos estudados em relação aos riscos para neonato. A grande maioria das entrevistadas relatou ter tido parto normal (G1- 78,74%, G2- 66,67%), sem complicações (G1- 78,7%, G2- 76,7%), sem sequelas após o parto (G1- 92,18%, G2- 92,45%), sem internamento na Utin (G1- 88,82%, G2- 85,54%) e relataram que o recém-nascido foi entregue a mãe logo após o parto (G1- 79,3%, G2- 77, 36%), portanto, subentende-se que o bebê encontrava-se saudável e liberado para o seu ambiente familiar.

Referente ao curso da primeira gestação, a maioria, em ambos os grupos, revelou que tiveram apoio dos pais (77%) e do parceiro (76%). Esses dados são um tanto conflitantes, o

comum é encontrar meninas que tiveram o apoio dos pais, principalmente da mãe, mas a maioria não tem apoio do parceiro, muitas sendo, inclusive, abandonadas por eles. Então, essas mulheres realmente receberam apoio desses parceiros ou consideram estar sendo apoiadas pelo simples fato de o pai ter registrado a criança ou ter dado algum auxílio financeiro, mesmo que mínimo, ou ainda pela possibilidade de constrangimento a informação foi omitida? Mais de 80% de ambos os grupos revelou considerar-se capazes de assumir a criação de seu filho. Essa afirmativa não seria mais um reflexo da imaturidade? O mais provável é que quem acabou de sair da infância, tenha pouco conhecimento e experiência para gerir outra vida. Questionadas sobre a hipótese de terem a opção de não engravidar, 55% do G1 revelou que não engravidaria, no G2 33% tiveram o mesmo posicionamento. Possivelmente, o posicionamento do G1 decorre das dificuldades vivenciadas, não só as do período gestacional, mas principalmente as decorrentes do nascimento do filho (a).

Nos dados gestacionais evidenciou-se associação significativa entre gravidez na adolescência e uma segunda gestação ( $p < 0,001$ ), e o número de gestações ( $p < 0,001$ ), e o aborto ( $p = 0,032$ ). Isso reforça a ideia de que a adolescente não tem maturidade suficiente para gerar uma vida, e essa imaturidade culmina em outras gestações, muitas vezes, ainda na adolescência, a um maior número de gestações e maior índice de abortos, que pode resultar uma dupla fatalidade quando ocasiona o óbito materno.

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados com as seguintes limitações: perguntas sobre a vida sexual e aborto podem ter gerado constrangimento e por isso havido omissão de informações, a dificuldade de lembrar algumas informações é algo a se considerar, algumas das entrevistadas gestaram há 50 anos.

Como conclusões, verifica-se que a maioria das mulheres que gestaram na adolescência abandonaram a escola, devido à gestação precoce e as dificuldades advindas dessa gestação e, por isso, atingiram grau de escolaridade hipossuficiente para as exigências da atualidade, o que diminui as oportunidades de obter um emprego. A maioria dessas mulheres encontrava-se sem exercício de atividade remunerativa, vivendo em um ambiente com até cinco pessoas, dividindo uma renda familiar de no máximo dois salários mínimos, que resulta em uma renda per capita baixa, dificuldades financeiras e sociais, favorecendo ciclo de pobreza, de falta de informação, de perspectivas, propiciando fatores facilitadores para gravidez precoce. Referente aos riscos ao neonato o estudo revelou uma baixa taxa de complicações e de

desfechos neonatais negativos nas gestações do grupo estudado e não houve grande divergência entre o G1 e o G2 referente a esses riscos.

Vivenciar mudanças complexas, tão significativas e em tão pouco tempo é extremamente difícil, o adolescente necessita de apoio para passar por essa fase de forma mais leve e de orientação para evitar erros incorrigíveis e modificadores da vida. Sugere-se que em futuros estudos sobre a temática investiguem-se o convívio familiar, formas de educação sexual e que se busque esgotar os fatores predisponentes da gestação precoce com intuito de encontrar os pontos críticos de intervenção e reduzir a gravidez precoce e suas complicações.

### **FONTE DE FINANCIAMENTO**

Não houve. Recursos próprios.

### **POTECIAL CONFLITO DE INTERESSE**

Não há conflitos de interesse.

### **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus por ter me dado forças para concluir esse estudo, a Dr<sup>a</sup>. Julia pela orientação e amizade, à Natália e Bruna, que me auxiliaram na coleta de dados. E por fim e muito importante, agradeço imensamente a cada paciente que gentilmente aceitou participar dessa pesquisa.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Editora do Ministério da Saúde. 2006
2. Beretta MIR, Clápis CV, Neto LAO, Freitas MA, Dupas G., Ruggiero EMS, et al. A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. Rev. Eletr. de Enf. 2011; v. 13, n. 1, p. 90–98.
3. Almeida, M. DA CC.; Aquino, EML.; De Barros, AP. Trajetória escolar e gravidez na adolescência entre jovens de três capitais brasileiras. Cad. de Saúde Pública. 2006; v. 22, n. 7, p. 1397–1409.

4. Dias, A. B.; Aquino, EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad. de Saúde Pública*. 2006; v. 22, n. 7, p. 1447–1458.
5. Carniel, E DE F, Zanolli M DE I., De Almeida CAA, Morcillo, AM. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev. Bras de Saúde Matern Infant*. 2006; v. 6, n. 4, p. 419–426.
6. Gama, SGN, DA; Szwarcwald, CL.; Leal, M. DO C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad. de Saúde Pública*. 2002; v. 18, n. 1, p. 153–161.
7. Lima, CTB, Feliciano, KG DE O, Carvalho MFS, Souza APP, Menabó J De BC, Ramos, LS, et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2004; v. 4, n. 1, p. 71–83.
8. Madureira L., Marques I.R. e Jardim D.P. Contracepção na Adolescência: Conhecimento e Uso. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(1):100-5;
9. UNICEF. Relatório Final: Vivências e relatos sobre a gravidez em adolescentes. Panamá, ago. 2014.
10. Mendonça RCM., Araújo TME. Métodos Contraceptivos: A prática dos adolescentes. *Esc Anna Nery Rev. Enferm*. 2009; 13 (4): 863-71.
11. Moura LNB., Gomes KRO., Rodrigues MTP, De Oliveira, DC. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. *Acta Paul de Enfer*. 2011; vol. 24, n. 3, p. 320-326,.
12. Yazlle, M. E. H. D., Mendes M.C., Patta M. C., Rocha J.S.Y., Azevedo G.D., Marcolin A.C. A Adolescente grávida: Alguns indicadores sociais pacientes e métodos. *RBGO*. 2002; v. 24, n. 9, p. 609–614.

## ANEXOS:

## ANEXO I

## QUESTIONÁRIO

- 1- Qual sua idade?  
 15-25anos  25-35anos  
 35-50anos  Mais de 50 anos
- 2- Qual sua procedência?  
 Capital  Interior
- 3- Qual sua escolaridade?  
 Analfabeta  
 Ensino fundamental incompleto  
 Ensino fundamental completo  
 Ensino médio incompleto  
 Ensino médio completo  
 Ensino superior incompleto  
 Ensino superior completo
- 4- Qual sua religião?  
 Candomblé  
 Católica  Evangélica  
 Umbanda  Espirita  
 Não tem  Outra
- 5- Com quem mora?  
 Com os pais  Com a mãe  
 Com o pai  Com familiares  
 Com amigos  Sozinha
- 6- Você trabalha?  
 Sim  Não  
 Se sim, informar quantas horas por semana? \_\_\_\_\_
- 7- Quantos cômodos tem a casa que você mora?  
 2  3  4  5  mais de 5
- 8- Quantas pessoas moram na casa, contando com você?  
 2  2-5  5-7  7-10  
 mais de a 10
- 9- Estuda atualmente?  Sim  Não  
 Se parou de estudar, foi por qual o motivo?  
 \_\_\_\_\_
- 10- Qual sua renda familiar?  
 Menos de 1 salário mínimo  
 1-2 salários mínimos  
 2-3 salários mínimos  
 Mais de 3 salários mínimos
- 11- Você tem televisão?  
 Sim  Não
- 12- Você tem celular?  
 Sim  Não
- 13- Você tem computador?  
 Sim  Não
- 14- Você tem hábito de ler livros?  
 Sim  Não
- 15- Você usa redes sociais?  
 Sim  Não
- 16- Qual a sua rede social preferida?  
 Não tenho  Facebook  Twitter (  
 Instagram  LinkedIn  Pinterest (  
 Outras
- 17- Qual sua principal fonte de informação?

Televisão  Jornais  Revista  Internet

Amigos/familiares  Outros

18- Quantas vezes engravidou? \_\_\_\_\_

19- Quantas vezes pariu? \_\_\_\_\_

20- Já abortou?  Sim  Não

Se sim,  Provocado ou  Espontâneo

21- Você fuma?  Sim  Não

22- Você ingeri bebida alcóolica?

Sim  Não

23- Você usa drogas ilícitas?  Sim  Não

24- Quantos anos você tinha na sua primeira relação sexual? \_\_\_\_\_

25- O sexo foi consensual/Você quis?

Sim  Não

26- Você tem quantos parceiros sexuais? \_\_\_\_\_

27- Você tem vontade de ter relação sexual?

Sim  Não

28- Sente ou já sentiu orgasmo?

Sim  Não

29- Já tinha sido informada sobre métodos contraceptivos?  Sim  Não

30- Se sim, onde obteve essa informação?

Televisão  Jornais  Revista  Internet  Familiares  Outros

31- Com qual idade você gravidou a primeira vez? \_\_\_\_\_

32- Você procurou obter alguma informação sobre contracepção?

Sim  Não

33- Usava algum método contraceptivo?

Sim  Não

Qual?

---

34- Se usava, porque parou de usar?

Não se adaptou ao método  Teve efeitos colaterais  Teve medo  Não quis continuar o uso  Outro motivo  
Qual? \_\_\_\_\_

35- Sua gravidez foi planejada?

Sim  Não

36- Você foi feliz com sua gravidez?

Sim  Não

37- Você teve apoio de seus pais?

Sim  Não

38- Você teve apoio do seu parceiro?

Sim  Não

39- Você tentou abortar na gravidez?

Sim  Não

40- Seu filho está vivo?  Sim  Não  
Se não, qual a causa da morte?

---

41- Você pensou em entregar seu filho para adoção?

Sim  Não

42- Você entregou seu filho para a adoção?

Sim  Não

43- Que tipo de parto você teve?

## **PERGUNTAS REFERENTES À SUA PRIMEIRA GRAVIDEZ:**

( ) Normal ( ) Cesárea ( ) Fórceps-  
Instrumento para retirar o feto.

44- Houve alguma complicação no parto?

( ) Sim ( ) Não

Qual (is)?

---

45- Seu filho foi para a Utin (Unidade de  
Tratamento Intensivo Neonatal)?

( ) Sim ( ) Não

46- Seu filho teve alguma seqüela após o  
parto?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual?

---

47- Seu filho ficou com você logo que  
nasceu?

( ) Sim ( ) Não

Se não, por quê?

---

48- Quem cria/criou seu filho?

---

49- Você se sentiu/sente capaz de assumir  
a criação do seu filho? ( ) Sim ( ) Não

50- Se pudesse voltar no tempo  
engravidaria novamente? ( ) Sim ( ) Não

51- Você tem/teve outras amigas grávidas?

( ) Sim ( ) Não

52- O que você pensa para seu futuro?

---



---



---

53- O que você faria se uma filha sua  
engravidasse na mesma idade que você  
engravidou a primeira vez?

---



---

54- Já engravidou novamente?

( ) Sim ( ) Não

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada a responder às perguntas de um questionário que faz parte da pesquisa de campo intitulada **Gravidez na Adolescência: Características Sociodemográficas, Comportamentais e Gestacionais**. Sua participação ocorrerá de forma totalmente voluntária e você terá o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou prejuízo para sua pessoa, como também não lhe será dado qualquer incentivo financeiro ou ônus, tendo sua participação à finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa, que tem por objetivo identificar adolescentes que já engravidaram e pariram e verificar o desfecho neonatal dessas gravidezes, o que trará maior conhecimento sobre o tema abordado, dessa forma beneficiando a população, em especial gestantes e neonatos. Informo que você corre o risco de desconforto ou constrangimento que poderão ser gerados a partir da coleta de dados por meio de entrevista e/ou questionário, que as informações fornecidas terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis, que o uso dessas informações está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e que sua identidade não será revelada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Ainda te informo que a pesquisa é orientada pela Professora Doutora Júlia Maria Gonçalves Dias (Chefe do Setor de Atenção à Mulher do Hospital Universitário da UFS) e tem como pesquisadoras as acadêmicas de medicina Fernanda Ramos Monteiro e Natália Alcântara Mota Malveira, que terão acesso e farão análise dos dados coletados. Forneço número para contato para quaisquer esclarecimentos: Fernanda (79 99951-0072) e Natália (79 99136-8954)

#### **Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):**

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pelo(a) pesquisador(a), eu estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este termo de consentimento **em duas vias**, ficando com a posse de uma delas.

Aracaju, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

-----  
Assinatura do sujeito da pesquisa

#### **Ciência e de acordo do pesquisador responsável:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares, asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo projeto

