

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* – ATENÇÃO À SAÚDE

MARIANA MARTINS DE MELO

**PRÁTICAS DEMONSTRATIVAS DE ADESÃO AO PRÉ-NATAL POR GESTANTES
ADOLESCENTES**

Uberaba

2012

MARIANA MARTINS DE MELO

**PRÁTICAS DEMONSTRATIVAS DE ADESÃO AO PRÉ-NATAL POR GESTANTES
ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* – Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde da mulher.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Riul da Silva

Uberaba

2012

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

M486p Melo, Mariana Martins de
Práticas demonstrativas de adesão ao pré-natal por gestantes adolescentes
/ Mariana Martins de Melo. – 2012.
88 f. : tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2012.
Orientadora: Profª Drª Sueli Riul da Silva

1. Gravidez na adolescência. 2. Cuidado pré-natal. 3. Autocuidado.
4. Enfermagem. I. Silva, Sueli Riul da. II. Universidade Federal do
Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 618.2-053.6

MARIANA MARTINS DE MELO

**PRÁTICAS DEMONSTRATIVAS DE ADESÃO AO PRÉ-NATAL POR GESTANTES
ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* – Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde da mulher.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Riul da Silva

___ de _____ de ____.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Sueli Riul da Silva - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. Dra. Marina de Carvalho Paschoini
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. Dra. Jaqueline de Oliveira Santos
Universidade Paulista

Dedico este trabalho à minha família!

Dedico às pessoas que sempre estiveram ao meu lado me acompanhando, apoiando e principalmente acreditando em mim, dando-me suporte para estar aqui hoje: meus amados pais Armenio e Claudia e meus irmãos Renato e Nathalia.

Queridos Neto, Tati, Lessa, Erika e Emilio, que mais do que tios, são meus grandes amigos! Minhas avós Odalea e Elza, e meu avó Antonio, que mesmo longe não deixa de olhar por mim, me inspirando sempre em cada decisão!

Ao meu amado esposo Tiago, que com companheirismo e amor fez esta caminhada mais alegre!

Obrigada. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À Deus e à espiritualidade amiga, por colocarem em meu caminho sempre as melhores oportunidades.

À Profa. Dra. Sueli Riul da Silva, minha querida orientadora, pela paciência, ensinamentos e dedicação. Agradeço a influência sempre positiva em minhas escolhas profissionais.

Aos professores do PPGAS, em especial ao Prof. Dr. Vanderlei José Haas, pelas sugestões e grande auxílio na análise estatística deste trabalho.

Às professoras Dra. Marina de Carvalho Paschoini e Jurema Luiz, e Me. Bibiane Dias Miranda Parreira, pelas sugestões e contribuições pertinentes à pesquisa.

Aos meus colegas de mestrado, pela convivência e bons momentos juntos.

À grande amiga Débora Moura Miranda Goulart, pela amizade, carinho e ajuda, sempre solícita quando necessitei.

À querida Nathália Silva Gomes, pela grande ajuda com a formatação deste estudo.

Ao REUNI, pelo apoio financeiro.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Maria Aparecida Bizinotto Rezende, pela disponibilidade e auxílio.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro pela oportunidade.

À equipe multidisciplinar do Ambulatório Maria da Glória, especialmente à assistente social Maria Célia Lamounier e enfermeira Maria Abadia Lopes, pela ajuda e apoio durante a coleta de dados.

Às gestantes adolescentes, pela participação, que possibilitaram a realização deste estudo.

A todos que de alguma forma colaboraram para elaboração dessa pesquisa.

*"Crê em ti mesmo, age e verá os resultados.
Quando te esforças, a vida também se esforça para te ajudar."*

Chico Xavier

RESUMO

MELO, M.M. Práticas demonstrativas de adesão ao pré-natal por gestantes adolescentes. 2012. 88 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

Apesar de gravidez não ser sinônimo de doença, a maternidade precoce apresenta vulnerabilidade não só biológica, mas também econômica e social. Por isso a importância de um atendimento pré-natal de qualidade e a exploração das práticas de autocuidado em gestantes adolescentes, preparando-as para enfrentarem positivamente a maternidade. O objetivo geral deste estudo foi identificar as práticas demonstrativas de adesão às orientações recebidas no atendimento pré-natal. Tratou-se de estudo quantitativo exploratório de delineamento transversal, desenvolvido no serviço de pré-natal do Ambulatório Maria da Glória do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Para coleta de dados utilizou-se dois roteiros, um abordando o perfil das jovens e as práticas de adesão e outro referente às orientações recebidas. Os dados foram processados e analisados no programa de *software Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 16.0. Na análise utilizou-se distribuição de frequência simples, comparação de médias e correlação de *Pearson e Spearman*. O grupo foi composto por 30 gestantes adolescentes na faixa etária entre 13 e 18 anos, com companheiro fixo, ensino fundamental incompleto, do lar, com renda individual inexistente e renda familiar de um a três salários mínimos. Os métodos contraceptivos mais citados utilizados antes da gestação foram o hormonal oral, o preservativo masculino e o coito interrompido. A gravidez não foi planejada pela maioria, mas era desejada. No geral, as gestantes eram primíparas e estavam no terceiro trimestre de gestação. A adesão ao pré-natal foi considerada suficiente, porém insatisfatória. Em relação às orientações recebidas durante a assistência, apesar de nenhuma análise estatística ter sido significativa, verificamos um frequente aumento nos escores de adesão quando as jovens são orientadas. Este trabalho revela que, de forma geral, deve-se dispensar à jovem gestante um cuidado integralizado, em um amplo contexto de suas vidas, articulando as facetas biológica, socioeconômica, educacional e familiar.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Cuidado pré-natal. Autocuidado. Enfermagem

ABSTRACT

MELO, M.M. Practical demonstration of adherence to prenatal care for pregnant adolescents. 2012. 88 f. Dissertation (Master in Health Care) - Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

Although pregnancy is not synonymous with disease, early motherhood presents vulnerabilities not only biological but also social and economic. Hence the importance of prenatal care quality and operation of self-care practices in pregnant teenagers, preparing them to face positively motherhood. The aim of this study was to identify the practices demonstration of adherence to the guidelines received prenatal care. This was a quantitative study of exploratory cross-sectional design, developed in the service of Prenatal Clinic Maria da Glória, Clinical Hospital, Federal University of Triangulo Mineiro. For data collection we used two scripts, one addressing the profile of young people and practices regarding membership and other guidance received. The data were processed and analyzed in the software program Statistical Package for Social Science (SPSS) version 16.0. In the analysis we used simple frequency distribution, mean comparison and correlation of Pearson and Spearman. The group was composed of 30 pregnant adolescents aged between 13 and 18 years, with a steady partner, elementary school, at home, with personal income and family income nonexistent one to three minimum wages. The most cited contraceptive methods used before pregnancy were the hormone orally, the male condom and withdrawal. The pregnancy was not planned by most, but was wanted. In general, pregnant women were primiparous and were in the third trimester of pregnancy. Adherence to prenatal care was considered sufficient, however unsatisfactory. Regarding guidance received during the tour, although no statistical analysis was significant, there was an increase in scores often adhesion when young people are targeted. This work shows that, in general, one should dispense to the young pregnant woman paid a care in a broader context of their lives, articulating facets biological, socioeconomic, educational and family.

Keywords: Pregnancy in adolescence. Prenatal care. Self Care. Nursing.

RESUMEN

MELO, M.M. Prácticas demostrativas de adhesión a pre-natal por gestantes adolescentes. 2012. 88 f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

A pesar del embarazo no ser sinónimo de enfermedad, la maternidad precoces presenta vulnerabilidades no solo biológica, pero también económica y social. Por esto la importancia de un atendimento pre-natal de calidad y la exploración de las prácticas de auto cuidado entre gestantes adolescentes, preparando estas para enfrentaren positivamente la maternidad. El objetivo general de este estudio fue identificar las prácticas demostrativas de adhesión a las orientaciones recibidas en el atendimento pre-natal. Se trató de estudio cuantitativo exploratorio de delineamiento transversal, desarrollado en el servicio de pre-natal del Ambulatorio Maria da Glória del Hospital de Clínicas de la UFTM. Para colecta de datos se utilizó dos ruteros, un abordando el perfil de las jóvenes y las prácticas de adhesión y otro referente a las orientaciones recibidas. Los datos fueron procesados y analizados en el *software Statistical Package for Social Science (SPSS)* versión 16.0. En la analice se utilizó distribución de frecuencia simple, comparación de promedias y correlación de Pearson y Spearman. El grupo fue compuesto por 30 gestantes adolescentes en la faja etaria de 13 y 18 años, con compañero fijo, ensino fundamental incompleto, del hogar, con renda individual inexistente y renda familiar de uno a tres sueldos mínimos. Los métodos contraceptivos más citados utilizados antes del embarazo fueron el hormonal oral, el preservativo masculino y el coito interrumpido. El embarazo no fue planeado por la mayoría, pero era deseado. En lo general, las gestantes eran primíparas y estaban en el tercero trimestre del embarazo. La adhesión al pre-natal fue considerada suficiente, pero insatisfactoria. En relación a las orientaciones recibidas durante la asistencia, a pesar de ninguna analice estadística haber sido significativa, verificamos un frecuente aumento en los escores de adhesión cuando las jóvenes son orientadas. Este trabajo revela que, de forma general, se debe dispensar a la joven gestante un cuidado integralizado, en un amplio contexto de sus vidas, articulando las facetas biológica, socio económica, educacional y familiar.

Palabras-llave: Embarazo en la adolescencia. Cuidado pre-natal. Auto cuidado. Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica das gestantes adolescentes.....	32
Tabela 2	Características clínicas das gestantes adolescentes.....	35
Tabela 3	Adesão das gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal: cuidados mínimos.....	39
Tabela 4	Adesão das gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal: controle de peso e alimentação.....	42
Tabela 5	Adesão das gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal: comportamento de risco.....	44
Tabela 6	Adesão das gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal: outros cuidados.....	47
Tabela 7	Orientações recebidas pelas gestantes adolescentes, referentes às práticas de autocuidado no pré-natal.....	48
Tabela 8	Escore de adesão das gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal.....	52
Tabela 9	Correlação entre escores de adesão e variáveis sociodemográficas.....	53
Tabela 10	Correlação entre escores de adesão e variáveis clínicas.....	55
Tabela 11	Avaliação dos escores conforme variável sociodemográfica situação conjugal.....	56
Tabela 12	Avaliação dos escores conforme variável clínica planejamento da gravidez.....	57
Tabela 13	Avaliação do domínio cuidados mínimos conforme orientações.....	57
Tabela 14	Avaliação do domínio controle de peso e alimentação conforme orientações.....	58
Tabela 15	Avaliação do domínio comportamento de risco conforme orientações.....	59
Tabela 16	Avaliação do domínio outros cuidados conforme orientações.....	60

LISTA DE SIGLAS

PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUS- Sistema Único de Saúde

SISPRENATAL- Sistema Informatizado para Monitoramento da Assistência Pré-Natal e Puerperal

RN- Recém-nascido

IG- Idade gestacional

BCF- Batimentos cardíofetais

OMS- Organização Mundial de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DST- Doença sexualmente transmissível

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

EUA- Estados Unidos da América

AMG/HC/UFTM- Ambulatório Maria da Glória do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SM- Salário mínimo

SPSS- *Statistical Package for Social Science*

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

DIU- Dispositivo intrauterino

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

Kg- Quilograma

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	JUSTIFICATIVA.....	24
3	OBJETIVOS.....	25
3.1	OBJETIVO GERAL.....	25
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	26
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	26
4.2	SELEÇÃO DOS SUJEITOS.....	26
4.2.1	Critérios de inclusão.....	26
4.2.2	Critérios de exclusão.....	26
4.3	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	26
4.3.1	Instrumentos.....	26
4.3.2	Variáveis do estudo.....	27
4.3.2.1	<i>Sociodemográficas e clínicas.....</i>	27
4.3.2.2	<i>Adesão ao pré-natal.....</i>	28
4.3.2.3	<i>Orientações recebidas.....</i>	28
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DO GRUPO.....	32
5.2	DESCRIÇÃO DA ADESÃO DAS GESTANTES ADOLESCENTES ÀS PRÁTICAS RECOMENDADAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, OFERECIDAS NO AMG/HC/UFTM.....	39
5.3	DESCRIÇÃO DAS ORIENTAÇÕES REFERENTES ÀS PRÁTICAS DE AUTOUIDADO NA GESTAÇÃO.....	48
5.4	ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NA ADESÃO ÀS PRÁTICAS RECOMENDADAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
	REFERÊNCIAS.....	63
	APÊNDICES.....	74
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA E ADESÃO ÀS PRÁTICAS DE	

AUTOUIDADO.....	74
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO REFERENTE ÀS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS NO SERVIÇO PRÉ-NATAL.....	79
ANEXOS.....	83
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O RESPONSÁVEL PELA ADOLESCENTE.....	83
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A ADOLESCENTE.....	85
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	87

1 INTRODUÇÃO

Em 1984, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984). O programa adotou os princípios da humanização e da qualidade como condições essenciais para que as ações de saúde se traduzissem na resolução dos problemas identificados, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e no respeito aos seus direitos, na promoção do autocuidado e na satisfação das usuárias (BRASIL, 1984). Segundo Dioz (2006), o PAISM aparece como uma nova e diferenciada abordagem da saúde feminina, não limitada ao ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, apesar de representar um avanço significativo, sua implementação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu sua função prática de agente transformador da saúde da mulher brasileira (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004). Nesse contexto, o Ministério da Saúde elaborou no ano de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), como uma forma de garantir atenção pré-natal de qualidade e de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (GONÇALVES et al., 2008). O programa tem como objetivo qualificar e ampliar o acesso a esse tipo de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de oferecer atendimento e acompanhamento adequado ao binômio materno-fetal, no pré-natal, parto e pós-parto (TEZZA, 2002).

O conjunto de procedimentos clínicos e educativos destinados a promover a saúde da gestante e da criança, ao acompanhar a evolução da gravidez, caracteriza a assistência pré-natal (SUCCI et al., 2008). Sua cobertura é um dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do SUS e o funcionamento reflete aspectos da atuação de outros programas, sendo evidente sua importância, que se expressa por meio do conjunto de normas que regem a operacionalização do SUS (GONÇALVES et al., 2008). A assistência pré-natal constitui um recurso imprescindível na prevenção e controle de problemas no ciclo gravídico-puerperal que possam interferir na saúde da mulher, contribuindo assim para a diminuição da morbimortalidade materna e fetal. Essa assistência é uma oportunidade à gestante de um cuidado integralizado, em um amplo contexto, englobando as vertentes socioeconômicas, educacionais, políticas, biológicas e familiares (SANTOS et al., 2007). No Brasil, apesar de registrar um aumento do número de consultas de pré-natal no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005 (BRASIL, 2006), o índice elevado de óbitos maternos persiste, o que torna duvidosa a qualidade dessa atenção, sendo o cuidado

pré-natal inadequado preocupante por diversos fatores. Segundo dados do Sistema Informatizado para Monitoramento da Assistência Pré-Natal e Puerperal, o SISPRENATAL, a causa mais frequente de morte materna no Brasil é a hipertensão arterial, fator que pode ser precocemente detectável com uma assistência de qualidade. Em estudo realizado no Canadá, mulheres que recebem cuidado pré-natal inadequado tem 40% a mais de chances de ter recém-nascidos (RN) pequenos para idade gestacional (HEAMAN et al., 2008). Tais dados demonstram que é necessário um atendimento de qualidade, já que a adesão das mulheres ao pré-natal relaciona-se também com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2000).

Em relação à adesão é necessária uma reflexão, pois muitas vezes a gestante permanece em silêncio, sem questionar a conduta perante o profissional e acaba por não sanar suas dúvidas. Assim, os profissionais acreditam que foram bem compreendidos e que a não adesão ao tratamento indicado acontece em função da irresponsabilidade do cliente, quando na verdade, houve uma incompatibilidade de informações ou um erro de comunicação entre o profissional de saúde e a usuária. Ao realizar o cuidado em saúde, o profissional tem que considerar a complexidade da realidade local e do cotidiano popular, pois a adesão é mais do que simplesmente seguir um tratamento prescrito (BORGES; JAPUR, 2008). Constitui-se uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece às orientações, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida (CHECHIM et al., 2007).

Do ponto de vista operacional, são itens preconizados no PHPN: a captação precoce da gestante na comunidade, acolhendo-a não só desde o início da gestação, mas também por meio de atividades de planejamento familiar; o fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, dispondo de todos os recursos necessários a um atendimento seguro e eficaz, com ações que integrem todos os níveis da atenção; a promoção e a prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde da gestante e do recém-nascido por meio de atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente (BRASIL, 2005).

Após a confirmação da gravidez, dá-se o início ao acompanhamento da gestante. Nesse momento, ela receberá as orientações necessárias referentes à sua assistência, como sequência das consultas médica e de enfermagem, visitas domiciliares e reuniões educativas. O PHPN estabelece que as consultas de pré-natal devam ser, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre de gestação, totalizando um mínimo de seis consultas, sendo o intervalo entre elas de quatro semanas, e após a 36ª semana a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias (BRASIL, 2000). A

maior frequência de consultas no final da gestação tem por objetivo a avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nessa etapa da gestação, como pré-eclâmpsia, eclâmpsia, trabalho de parto pré-termo e óbito fetal (BRASIL, 2005).

A consulta de pré-natal geralmente envolve procedimentos de baixa complexidade, porém de alta qualidade. Na primeira consulta registra-se a história clínica da gestante, como identificação; antecedentes pessoais, familiares e gineco-obstétricos; dados socioeconômicos e culturais e informações sobre a gravidez atual. Realiza-se o exame físico geral e específico (gineco-obstétrico), além da solicitação de exames laboratoriais de rotina e outros, caso haja a necessidade. Ações complementares devem ser realizadas, como referência para atendimento odontológico; para vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada; para práticas educativas individuais ou coletivas; para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado; oferta de teste de HIV e o agendamento de consultas subsequentes (BRASIL, 2000).

Nas consultas subsequentes realiza-se a revisão da anamnese atual; cálculo da idade gestacional (IG); controle do calendário de vacinas; exame físico geral e gineco-obstétrico; interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessários; acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados; incentivo ao aleitamento materno e realização de ações e práticas educativas, sejam elas individuais ou em grupos (BRASIL, 2000). Destaca-se a importância da participação do companheiro e da família para a gestante, e cabe ao referido serviço oferecer apoio psicológico e emocional, envolvendo-os no processo gestação-parto-pós-parto (XIMENES NETO et al, 2008).

Percebe-se que no período que antecede o nascimento a gestante necessita de preparação física e psicológica para o parto e puerpério, representando uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem ações educativas como parte do cuidado (RIOS; VIEIRA, 2007). Nesse contexto, a participação do enfermeiro na assistência pré-natal é fundamental para seu fortalecimento, visto que este profissional representa o elo entre a população e os serviços de saúde. A inserção do enfermeiro no desempenho da assistência pré-natal é considerada uma atividade institucionalizada, tanto na assistência como na docência. De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, o enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de risco habitual (BRASIL, 2000), possuindo além de embasamento teórico-científico, respaldo legal para desenvolver tal ação, sendo que frente a qualquer alteração a gestante é encaminhada à consulta médica ou serviço de maior complexidade (BRASIL, 2000). O enfermeiro integrado à equipe de saúde e responsável pela

assistência realiza atividades que devem ser organizadas para atender as reais necessidades da população feminina, utilizando competências e recursos disponíveis de acordo com a realidade local (LIMA; MOURA, 2008). Entende-se competência como a habilidade de desempenhar tarefa específica, objetivando resultados desejáveis para garantia de qualidade na saúde (LIMA; MOURA, 2008).

As ações e atividades da enfermagem visam obter a história inicial da gestação (anamnese), data de última menstruação, data provável do parto, idade gestacional, exame físico geral (exame de membros inferiores, pesquisa de edema, aferição da pressão, pesagem, inspeção de pele e mucosas), exame ginecológico e palpação abdominal para verificação da posição e apresentação fetal, medida da altura uterina, ausculta de batimentos cardíacos (BCF), solicitação e interpretação de exames laboratoriais, avaliação do estado nutricional (CUNHA et al, 2009), além de atividades educativas individuais e em grupo, incluindo na assistência materna fatores psicossociais relacionados com os direitos da mulher na sociedade e no contexto familiar (LIMA; MOURA, 2008). A consulta de enfermagem surge, então, como um instrumento de grande importância, introduzindo ações de prevenção e promoção à saúde das gestantes (SHIMIZU; LIMA, 2009).

No contexto da promoção à saúde é importante introduzir às jovens gestantes o conceito de autocuidado, que consiste na prática de atividades desempenhadas de forma voluntária em seu próprio benefício com o propósito de manter a saúde e o bem-estar (BUB et al., 2006). A partir de uma ação educativa do enfermeiro, o indivíduo desenvolve atitudes que facilitam a re-estruturação de estilos de vida, como uma forma de cuidado de si (SHAURICH; CROSSETTI, 2010). A gestante revela, por meio de seu corpo, o que ocorre em seu interior e as sensações vivenciadas, sendo necessária a compreensão desses sinais, pois possibilitará um maior vínculo entre elas, os familiares e os profissionais, promovendo o autocuidado. Uma conduta autoconsciente permite a construção da identidade pessoal, fazendo com que a gestante passe a assumir a responsabilidade por sua saúde e vivencie a gravidez de uma forma mais plena (HOGA; REBERTE, 2006; SCHINEIDER; VIEIRA, 2011). Esta questão está intimamente relacionada à adesão das jovens às práticas recomendadas na assistência pré-natal, constituídas essencialmente por ações de autocuidado.

Mesmo a gravidez não sendo sinônimo de doença, com a gestação ocorrem mudanças físicas e psicológicas na mulher, advindas de seu novo papel social. Assim, cada uma está exposta a riscos diferentes, sendo necessário identificá-los no contexto amplo de suas vidas (BRASIL, 2000). Segundo o Ministério da Saúde, algumas condições sociodemográficas e

características individuais representam fatores de risco na gestação, como situação conjugal insegura, baixa escolaridade, fatores ambientais desfavoráveis e idade menor que 17 anos (BRASIL, 2000). Tais condições acompanham, na maioria das vezes, a gravidez na adolescência. Normalmente, a gestação nessa faixa etária relaciona-se com a ineficiência no acesso aos serviços de saúde, falta de informação sobre sexualidade e reprodução e situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2006). Outros fatores de risco descritos na literatura são uso de álcool e drogas, carências nutricionais, menarca e início da atividade sexual precoces, conflitos familiares, baixa autoestima e maus-tratos (GURGEL et al., 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade. Nessa etapa da vida está a descoberta da sexualidade, ocasionada por alterações hormonais, novas sensações corporais, busca de relacionamentos interpessoais, além de uma necessidade de afirmação para si e para os outros (SPINDOLA; SILVA, 2009). A população adolescente nacional, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), representa 21% dos brasileiros, com grande expressividade populacional. Desses 21%, quase a metade é representada por mulheres, correspondendo a 49,5% (BRASIL, 2002, 2006).

Com as transformações sociais que vem ocorrendo observa-se uma antecipação no comportamento sexual dos adolescentes, que pode ser explicada pela curiosidade inerente à idade, acesso a diversos meios de comunicação e às novas formas de expressão sexual (ALMEIDA, 2009). Dentro desse contexto tem-se o aumento da taxa de fecundidade nesta faixa etária, que se configura atualmente como importante problema de saúde pública. Segundo dados do SUS, as internações por gravidez, parto e puerpério correspondem a 37% das internações entre mulheres de 10 a 19 anos. Em 2005, 21,8% dos nascimentos foram de mulheres nessa faixa etária (BRASIL, 2006).

A prevenção da gravidez na adolescência engloba uma nova abordagem educativa que implica melhoria na qualidade de vida, com a criação de ambientes favoráveis à saúde. Promover um ambiente saudável é compreender o adolescente em seu ambiente físico, social, econômico e político. Nesse contexto, destaca-se novamente a importância da atuação do enfermeiro, devido ao seu enfoque em ações de promoção à saúde, consideradas relevantes no fortalecimento do vínculo profissional-adolescente. As ações de prevenção também são de suma importância, envolvendo oferta de preservativos e outros métodos contraceptivos, bem como garantia de espaço para o jovem trocar experiências e falar de si mesmo (GURGEL et al., 2008). O planejamento familiar torna-se um tema de suma importância a ser inserido nas

escolas e na família, objetivando a educação dos adolescentes através de uma discussão dialogada e com a inserção da figura masculina, visando contribuir com maior integração e participação nas decisões e responsabilidades referentes à saúde reprodutiva e cuidado com o filho (SANTOS et al., 2007).

A gravidez nessa faixa etária representa riscos tanto para a adolescente como para seu conceito. Estudos demonstram que complicações obstétricas ocorrem em maior proporção nas adolescentes, principalmente nas de faixa etária mais baixa, o que deixa a gestante mais vulnerável a toxemias (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), ganho de peso insuficiente, infecção urinária, doenças sexualmente transmissíveis (DST), desproporção céfalo-pélvica e complicações puerperais (VELUDO; BEDIN, 2009). Todos os anos, pelo menos 60 mil adolescentes morrem em decorrência de complicações no ciclo gravídico-puerperal, no mundo. Na realidade brasileira, esse fato espelha as desigualdades sociais em nosso país, como o pouco valor conferido à mulher. Além disto, há várias outras situações de risco de morte com possíveis sequelas permanentes, que são totalmente desconhecidas (SOUZA et al., 2010).

A maternidade precoce apresenta vulnerabilidades compreendidas como um conjunto de fatores de natureza não só biológica, mas também econômica, epidemiológica e principalmente social (BRASIL, 2008), além de revelar uma prática sexual não segura, com riscos de infecção por DST's, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Nesta fase da vida, em que existem crises e de mudanças, ao invés de uma situação de equilíbrio, o evento de uma gravidez pode assumir uma grande dimensão, mesmo que a jovem expresse o desejo de se tornar mãe e constituir família, o que leva as adolescentes a sofrerem vários efeitos sociais negativos (BERETTA et al., 2011). Além disso, a adaptação à condição materna pode se tornar um complexo processo, principalmente se não obtém suporte adequado de seu meio relacional, já que terá que desenvolver capacidades para cuidar do filho frágil e dependente (SILVA, L., et al., 2009). A perpetuação da pobreza é algo comum, justificada pela evasão escolar, falta de qualificações no trabalho e conseqüentemente piores empregos, o que acaba dificultando medidas governamentais para suprir necessidades básicas, tais como educação, saúde e moradia (SILVA, A., et al., 2009). Assumir responsabilidades que seriam de um adulto, como cuidar de uma família, reduz as chances de continuar os estudos e de sucesso dessas jovens (NERY et al., 2011).

Outro fator preocupante é a reincidência da gravidez, ainda na adolescência (BERETTA et al, 2011). A probabilidade de um segundo filho de uma mãe adolescente é

muito maior que a de um primeiro parto entre adolescentes que ainda não engravidaram (REIME; SCHÜCKING; WENSLAFF, 2008), e jovens que têm gestações repetidas com intervalos interpartais mais curtos possuem grande risco para resultados adversos para sua saúde (CRITTENDEN et al.; 2009). O início precoce da atividade sexual das adolescentes as expõe por mais tempo à gravidez, e uma vez engravidando logo após a menarca ou o início da vida sexual, aumenta a possibilidade de engravidarem novamente (DE SOUSA-MATA et al., 2009). Outro fator importante é a negligência quanto à contracepção, considerando-se que, se não for utilizado nenhum método contraceptivo, adolescentes com vida sexual ativa estão expostos a uma nova gravidez dentro de um ano, com chance de nove para cada dez adolescentes. Nesse contexto, observa-se que apesar de contraceptivos e preservativos estarem disponíveis no sistema de saúde pública, o grande problema é a falta de conhecimento sobre sua disponibilidade e a falta de uma eficaz orientação sexual aos jovens (GONÇALVES, H., et al., 2011). O aumento de gestações repetidas também pode ser explicado pelo fato de elas terem um novo parceiro, e principalmente se ele não tiver filhos (NERY et al., 2011).

Somado a isso, devem-se destacar também possíveis complicações para a saúde do concepto gerada por uma gravidez precoce, pois provavelmente os fatores biológicos, socioeconômicos e culturais desfavoráveis que acompanham a adolescente durante a gravidez precoce permanecerão após o parto, influenciando no cuidado ao recém-nascido (MELO et al., 2011). As crianças são mais propensas a apresentar baixo peso ao nascerem, problemas infecciosos no primeiro ano de vida e a morrer por desnutrição (BRASIL, 1999). Quanto ao aspecto social, destaca-se a dificuldade socioeconômica da adolescente e seu companheiro, além da perpetuação desse modelo. As adolescentes que engravidam nesse período geralmente vêm de famílias cujas mães tiveram biografia semelhante, ou seja, também engravidaram durante a adolescência (ALMEIDA; SOUZA, 2011). A reincidência da gravidez também gera problemas para as crianças. Estudo americano aponta que comparado com nulíparas, adolescentes com um parto anterior tem um risco duas vezes maior para mortalidade perinatal e quatro vezes maior para mortalidade neonatal (REIME; SCHÜCKING; WENZLAF, 2008). A falta de apoio dos pais das crianças também é um desafio para as jovens mães. A literatura aponta que geralmente os companheiros não apóiam às suas parceiras, não assumindo sua responsabilidade como pai, gerando uniões imaturas e instabilidade emocional (SILVA, A., et al., 2009).

Contanto que a adolescente tenha um acompanhamento pré-natal adequado, boa alimentação, cuidados higiênicos necessários e apoio emocional, sua gravidez não será considerada de alto risco. Referir-se a gravidez na adolescência como um ‘problema’ representa frequentemente uma visão reducionista, já que não é uma ocorrência da sociedade moderna, pois as mulheres engravidaram na adolescência em todas as épocas. A própria sociedade subestima a capacidade da adolescente para cuidar do filho, o que a impede muitas vezes de assumir as responsabilidades e as demandas da maternidade com tranquilidade (SILVA, L., et al., 2009).

Ressalta-se que muitas meninas engravidam porque desejam, pois acreditam que uma das formas de tornar-se mulher perante a sociedade é a maternidade. Assim, o desejo de ser reconhecida como mulher aflora entre as adolescentes, sobrepondo-se à razão e às normas sociais, familiares, religiosas e dos serviços de saúde (SOUZA et al., 2010). Muitos estudos têm demonstrado a busca de estabilidade dessas jovens revelada por meio da percepção do filho como algo próprio, um bem, que pode relacionar-se com uma tentativa de obter autonomia, atingir a maturidade e perceber sua própria competência para cuidar do filho (CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009). O motivo de preocupação da gravidez na adolescência é resultado das mudanças que vem ocorrendo na sociedade atual, exigindo cada vez mais dos jovens para o mercado de trabalho e, conseqüentemente, para a vida adulta.

2 JUSTIFICATIVA

Assim, fica clara a importância de um atendimento pré-natal de qualidade, principalmente pela vulnerabilidade do grupo adolescente. Apesar de a adolescência, em si, não ser um fator de risco para a gestação, sabe-se que há a possibilidade de risco psicossocial, associado a aceitação ou não da gravidez, refletindo sobre a vida da jovem gestante e que podem se traduzir na adesão ou não ao pré-natal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Em nosso meio observamos que as gestantes adolescentes procuram assistência pré-natal, comparecem ao serviço para atendimento, contudo, não sabemos se no dia-a-dia seguem as recomendações: fazem uso dos medicamentos prescritos adequadamente? Automedicam-se? Seguem as orientações nutricionais? Praticam sexo seguro? Fazem uso de drogas e bebidas alcoólicas? Respeitam o equilíbrio entre o sono e repouso, entre outros?

Portanto, este estudo justifica-se pela importância da exploração das práticas de autocuidado no pré-natal, entre gestantes adolescentes, para auxiliar na elaboração de novas estratégias de abordagem dessas jovens, bem como o desenvolvimento de atividades mais eficazes, preparando as adolescentes para enfrentarem positivamente a maternidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem por objetivo identificar as práticas demonstrativas de adesão às orientações recebidas por gestantes adolescentes durante o atendimento pré-natal do Ambulatório Maria da Glória do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (AMG/HC/UFTM).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as gestantes adolescentes residentes no município de Uberaba/MG, atendidas no serviço de pré-natal do AMG/HC/UFTM em relação a variáveis sociodemográficas e clínicas.
- Descrever a adesão destas gestantes às práticas recomendadas na assistência pré-natal, oferecidas no AMG/HC/UFTM.
- Descrever as orientações referentes às práticas de autocuidado na gestação, oferecidas às gestantes adolescentes no serviço de pré-natal do AMG/HC/UFTM.
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas na adesão às práticas recomendadas na assistência pré-natal.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo descritivo/exploratório com abordagem quantitativa e delineamento transversal.

4.2 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

O grupo de sujeitos foi constituído por mulheres com idade entre 10 e 19 anos, residentes no município de Uberaba/MG, atendidas no serviço de pré-natal do AMG/HC/UFTM.

4.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas no estudo gestantes entre 10 e 19 anos de idade, atendidas no serviço de pré-natal do AMG/HC/UFTM, no período de fevereiro a junho de 2012, residentes no município de Uberaba/MG, e cujos responsáveis legais autorizaram a sua participação.

4.2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídas gestantes que não estavam na faixa etária estipulada, não residentes em Uberaba/MG e cujo responsável legal não autorizou a participação na pesquisa.

4.3 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

4.3.1 Instrumentos

Utilizou-se um roteiro para coleta de dados, contendo a caracterização sociodemográfica e clínica das gestantes adolescentes, composto pelos seguintes itens: idade da gestante; data de nascimento; situação conjugal; escolaridade; ocupação; renda individual; renda familiar, além de dados gineco-obstétricos como idade em que iniciou a atividade sexual; uso de métodos contraceptivos e o tempo de utilização; se a gravidez é desejada ou

foi planejada; número de filhos; idade da primeira gestação; paridade e idade gestacional e se fez pré-natal nas gestações anteriores, além de itens referentes às práticas de autocuidado desenvolvidas no pré-natal (apêndice A). Utilizou-se também um roteiro referente às orientações recebidas pela gestante durante a consulta pré-natal no referido serviço (apêndice B).

Os roteiros de coleta de dados foram desenvolvidos com base nas recomendações do Ministério da Saúde, contidas no documento *Assistência Pré-Natal: Manual Técnico* (BRASIL, 2000). Para conferir credibilidade, foram submetidos à avaliação aparente por dois juízes, doutores, que possuem conhecimento sobre o objeto de estudo.

Os roteiros foram aplicados na íntegra pela entrevistadora.

4.3.2 Variáveis do estudo

Para o desenvolvimento deste estudo foram pesquisadas variáveis relacionadas aos aspectos sociodemográficos e clínicos das gestantes, assim como a adesão ao pré-natal e orientações recebidas pelas participantes, conforme descrito abaixo.

4.3.2.1 Sociodemográficas e clínicas

- data da entrevista;
- registro geral do HC/UFTM;
- idade (em anos completos);
- data de nascimento;
- situação conjugal: com companheiro fixo e sem companheiro fixo;
- escolaridade (anos de estudo sem repetir a mesma série);
- ocupação: estudante, do lar, doméstica, recepcionista, outros;
- renda individual: menos que um salário mínimo (SM), de um a três SM, de 3,1 a cinco SM, de 5,1 a seis SM, mais que seis SM e não se aplica;
- renda familiar: menos que um SM, de um a três SM, de 3,1 a cinco SM, de 5,1 a seis SM, mais que seis SM e não se aplica;
- idade na sexarca;
- uso de métodos contraceptivos antes da gravidez:

1- métodos hormonais: oral, injetável, anel vaginal, pílula do dia seguinte, implante não faz uso. Tempo de uso;

2- métodos de barreira: preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, não faz uso. Tempo de uso;

3- métodos comportamentais: tabelinha, coito interrompido, temperatura basal, não faz uso. Tempo de uso;

4- outros: DIU, laqueadura e não faz uso. Tempo de uso;

- gravidez foi: planejada ou inesperada;
- gravidez é: desejada ou indesejada;
- número de filhos: nenhum, um, dois, três ou mais de três;
- idade da primeira gestação;
- paridade: G P (N C);
- abortamento: A (E P);
- fez pré-natal nas gestações anteriores: sim e não;
- idade gestacional (em semanas).

4.3.2.2 Adesão ao pré-natal

- cuidados mínimos;
- controle de peso e alimentação;
- comportamento de risco;
- outros cuidados.

4.3.2.2 Orientações recebidas

- realizar o pré-natal assim que descobriu a gestação;
- sobre o cartão da gestante;
- realizar exames solicitados no pré-natal;
- sobre vacinação;
- sobre acompanhamento odontológico;
- sobre controle de peso na gestação;
- sobre alimentação saudável;

- sobre atividade sexual;
- sobre uso de preservativos;
- sobre hábito de fumar;
- sobre hábito de beber;
- sobre uso de drogas ilícitas;
- sobre automedicação;
- sobre ácido-fólico;
- sobre sulfato ferroso;
- sobre produtos químicos no cabelo;
- sobre prática de exercícios físicos;
- sobre equilíbrio entre sono e repouso;
- sobre necessidade de relaxar durante o dia;
- sobre aleitamento materno;
- sobre outros cuidado consigo e com o bebê.

4.3.3 Local do estudo

A pesquisa desenvolveu-se no AMG/HC/UFTM, no município de Uberaba-MG.

Dentre as várias unidades que compõe o HC/UFTM, o AMG presta serviços distintos, incluindo a alta complexidade. As finalidades e os objetivos do ambulatório estão fundamentados em sua própria importância: desempenhar adequadamente suas principais funções, que são o ensino e a pesquisa, o atendimento e diagnóstico dos pacientes, o tratamento dos pacientes que não necessitam internação e a sequência de tratamento após a alta hospitalar.

O AMG responsabiliza-se por proporcionar assistência aos indivíduos não internados e assistência de saúde pública e educação sanitária; participar de programas desta natureza; encaminhar os pacientes para as diversas clínicas e exames complementares e auxiliar os pacientes em relação às orientações médicas.

A pesquisadora frequentou o ambulatório às quintas-feiras, durante o período da manhã, entre os meses de fevereiro à junho de 2012. O dia escolhido justifica-se pelo tipo de atendimento realizado. O ambulatório que funciona às quintas-feiras atende a população adolescente, incluindo as gestantes nessa faixa etária. São realizadas, além da consulta de pré-natal, atividades educativas em sala de espera.

A partir da identificação e do contato prévio com as gestantes, sujeitos deste estudo, no AMG, a coleta de dados foi realizada no domicílio, com a permissão de seu responsável legal. Desta forma, pretendeu-se criar uma condição de privacidade para a entrevista, bem como obter o consentimento de seu responsável.

4.3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados se estendeu dos meses de fevereiro à junho de 2012. Em um primeiro momento, realizou-se busca ativa de gestantes menores de 19 anos, atendidas no serviço referido e no período descrito, por meio de visitas semanais ao AMG e mediante consulta aos registros de atendimentos. A pesquisadora obteve o telefone e endereço das adolescentes e a entrevista foi agendada no domicílio com a jovem e seu responsável após contato prévio por telefone, no qual foram feitos os esclarecimentos relativos aos objetivos e procedimentos. Neste contexto, a visita domiciliar configura-se como uma tecnologia de enfermagem, na qual se estabelecem a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008), proporcionando privacidade e liberdade de expressão para as jovens entrevistadas.

Primeiramente utilizou-se o roteiro referente à adesão às práticas de autocuidado no pré-natal, e posteriormente o roteiro referente às orientações. O procedimento se deu dessa forma para evitar influência das perguntas sobre orientação no roteiro sobre adesão.

No momento da entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como se trata de grupo vulnerável (menor de 18 anos), os pais ou responsáveis pela adolescente deveriam aceitar a entrevista mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A), além da assinatura da própria adolescente. Para aquelas adolescentes que se encontravam na faixa etária de 18 a 19 anos, foi solicitado o aceite à própria adolescente (anexo B). Uma cópia do termo foi entregue à participante e outra será arquivada pelo pesquisador por cinco anos decorridos do término do estudo.

4.4 CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade do estudo foi realizado para garantir que fosse feito conforme o protocolo e para que o registro dos dados ocorresse de maneira fidedigna. A coleta de dados realizou-se com pesquisador único, que deveria certificar-se, antes de

terminada a entrevista, da completude dos dados e de que todas as perguntas foram respondidas. Os dados coletados foram digitados em planilhas do *Microsoft Excel*, duas vezes, por diferentes pessoas, para correção de possíveis erros de digitação.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram digitados em planilhas do *Microsoft Excel* para formatação de um banco de dados. Os resultados relativos à caracterização sociodemográfica e clínica foram apresentados em tabelas de contingência. Para o cálculo dos escores de adesão foi usado o programa de *software Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 16.0. As variáveis quantitativas foram submetidas às medidas descritivas: média, desvio padrão, moda e mediana. Para as variáveis qualitativas foi obtida distribuição de frequência simples e percentual.

Para a análise bivariada de variáveis quantitativas utilizou-se o coeficiente de *Pearson* e para variáveis qualitativas o coeficiente de *Spearman*. Na análise entre desfechos quantitativos e variáveis explicativas categóricas utilizou-se a comparação de médias entre grupos conhecidos, por meio do teste de Mann-Whitney. Considerou-se estatisticamente significativo os valores de p menores que 0,05 ($p \leq 0,05$). Destaca-se que os valores de p devem ser interpretados na hipótese de que a casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características semelhantes.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM por meio do protocolo 1.930 (Anexo C). Garantiu-se o sigilo quanto à identificação dos sujeitos da pesquisa por meio de numeração dos instrumentos de coleta de dados.

A identidade e as informações fornecidas pelos sujeitos são mantidas em sigilo. As informações obtidas estão sob os cuidados da pesquisadora e podem ser divulgadas para fins científicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período da coleta de dados, que ocorreu entre os meses de fevereiro e junho de 2012, 31 adolescentes realizavam pré-natal no AMG/HC/UFTM. Todas elas foram abordadas pela pesquisadora e convidadas a participarem desta pesquisa, e apenas uma se negou. Desse modo, participaram do estudo 30 gestantes adolescentes atendidas na referida Unidade de Saúde.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO GRUPO

No desenvolvimento do presente estudo foram abordadas 30 gestantes adolescentes. A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica do grupo em estudo.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das gestantes adolescentes. Uberaba (MG), 2012.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
10-15	12	40,0
16-19	18	60,0
Total	30	100
Situação Conjugal		
Com companheiro fixo	22	73,3
Sem companheiro fixo	08	26,7
Total	30	100
Escolaridade (anos de estudo)		
Zero a seis	08	26,7
Sete a nove	21	70,0
10 a 12	01	3,30
Total	30	100
Ocupação		
Estudante	09	30,0
Do lar	18	60,0
Doméstica	00	0,00
Recepcionista	01	3,30
Outras	02	6,70
Total	30	100
Renda individual		
menos que 1 SM	01	3,30
de 1 a 3 SM	02	6,70

de 3,1 a 5 SM	00	0,00
de 5,1 a 6 SM	00	0,00
mais que 6 SM	00	0,00
não se aplica	27	90,0
Total	30	100
Renda familiar		
menos que 1 SM	02	6,70
de 1 a 3 SM	24	80,0
de 3,1 a 5 SM	02	6,70
de 5,1 a 6 SM	01	3,30
mais que 6 SM	01	3,30
Total	30	100

Fonte: (MELO, 2012).

Das 30 gestantes adolescentes que constituíram a população do estudo, a média de idade encontrada foi de 15,70 anos, variando de 13 a 18 anos. A maioria delas (18 - 60%) encontra-se na faixa etária de 16 a 19 anos. Em estudo semelhante, realizado com adolescentes em Natal/RN, a média de idade foi superior: 17, 12 anos de idade (DE SOUSA-MATA et al., 2009). Os resultados nos remetem ao descrito pelo Ministério da Saúde, que afirma que as adolescentes se encontram em uma fase em que os aspectos biológicos, sociais e psicológicos ainda não estão bem estruturados, e a gravidez acarreta uma sobrecarga física e psíquica, sobretudo àquelas com idade entre 10 a 15 anos de idade (40% da população estudada), justificando a vulnerabilidade de uma gestação nessa faixa etária (BRASIL, 2005; SPINDOLA; SILVA, 2009).

A maioria das adolescentes (22 - 73,3%) relatou estar com companheiro fixo no momento da entrevista, dado semelhante ao encontrado em estudo realizado em Aracaju/CE, com gestantes adolescentes, no qual 72% das jovens declararam-se casadas/com companheiro fixo (XIMENES-NETO et al., 2007). Entretanto, em estudo retrospectivo, realizado na cidade de Bogotá/COLÔMBIA, observou-se que 40% das adolescentes mantinham um companheiro fixo (SALAZAR-ARANGO et al., 2008), dado inferior ao encontrado neste estudo. O apoio da família é imprescindível, a fim de proporcionar suporte e ajuda nos cuidados diários à criança, e à mãe adolescente momentos de descanso (ANDRADE; RIBEIRO; OHARA, 2009). Neste contexto, a união com o pai da criança é encarada como uma solução. Entretanto, ressalta-se que as jovens, muitas vezes, experimentam conflitos e separação, ao assumirem responsabilidades para as quais não estavam preparadas. Além disso, muitas

vivem uma situação insegura e instável, o que é desfavorável para a gestação, sendo apontada como fator de risco gestacional (BRASIL, 2010). Conclui-se que o grande número de uniões (formais e consensuais) em consequência da gravidez, revelam a existência de uma pressão social para que o casal formalize uma união e passe a conviver sob o mesmo teto, mesmo sem oficializar o casamento ou ter uma independência financeira (CHALEM et al., 2007).

A média de anos de estudo das gestantes deste estudo foi de 7,5 anos, variando entre cinco e onze anos. A literatura nos mostra que as adolescentes gestantes possuem, em sua maioria, ensino fundamental incompleto (DE SOUSA-MATA et al., 2009; BELARMINO et al., 2009). Este dado pode ser aproximado ao encontrado no presente estudo, visto que hoje o ensino fundamental tem a duração de nove anos e a maior parte das entrevistadas (nove - 30%) possuía oito anos de estudo. Apenas nove (30%) entrevistadas ainda frequentavam a escola, e o restante (21 - 70%) relatou o abandono escolar devido à gestação. A relação entre educação e maternidade é uma constante no Brasil. Com a gestação as adolescentes acabam assumindo papéis que são incompatíveis com a manutenção dos estudos (FARIA; ZANETTA, 2008). Assim, a gravidez na adolescência dificulta o retorno ao ambiente escolar, perpetuando a desvantagem social e comprometendo o futuro profissional dessas jovens, visto que nessa fase da vida elas ainda não possuem capacitação profissional (DE SOUSA-MATA et al., 2009), restando os empregos informais e a precariedade nas relações de trabalho.

Soares e Lopes (2011) apontam que a continuidade dos estudos é uma expectativa entre as gestantes adolescentes. No entanto, constitui um sonho ainda a ser postergado para a maioria, que se condiciona à necessidade de criar os filhos e assegurar a solidez da família. Ainda em relação à escolaridade, sabe-se que mulheres que engravidam na adolescência tendem a ter menos anos de estudo que as outras, indicando que um estado de baixa escolaridade é preditor de repetição precoce da gestação (BRUNO et al., 2009).

Quanto à categoria ocupação, 18 jovens (60%) relataram ser do lar e nove (30%), estudantes. Duas adolescentes (6,7%) foram incluídas na categoria outros por ser uma, autônoma, e outra, auxiliar de produção. A renda individual confirma os dados apresentados, com 27 jovens (90%) sem renda. Observou-se que nenhuma delas é empregada doméstica, dado oposto ao encontrado em estudo com adolescentes em São José do Rio Preto/SP, no qual a ocupação mais frequente entre as jovens era a de empregada doméstica (25%) (FARIA; ZANETTA, 2008). Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), as mulheres mais jovens (entre 15 e 19 anos) apresentam os menores percentuais (5,4%) de ocupação formal com carteira assinada (BRASIL, 2011). Dessa forma a adolescente, não

possuindo atividade remunerada, acabará dependente financeiramente de terceiros, para os cuidados consigo e com seu filho, limitando-se ao papel de mãe e dona de casa, prejudicando, assim, seu potencial produtivo.

A renda familiar mensal, em sua maioria (24 - 80%), foi de um a três salários mínimos, dado superior ao encontrado por Nery et al. (2011), em estudo retrospectivo realizado em Teresina/PI, no qual o maior percentual apresentado foi de renda familiar até um salário mínimo. A adolescente que vive em um meio social desprovido de recursos materiais, financeiros e emocionais satisfatórios, pode enxergar na gravidez a sua única expectativa de futuro (XIMENES-NETO et al., 2007), sendo a gestação nesta etapa da vida considerada como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações (BERETTA et al, 2011).

Tabela 2 – Características clínicas das gestantes adolescentes. Uberaba (MG), 2012.

Variáveis	N	%
Idade na sexarca		
10-12	07	23,3
13-19	23	76,7
Total	30	100
Métodos contraceptivos antes da gestação		
Hormonais		
Oral	16	53,3
Injetavel	05	16,7
Anel Vaginal	00	0,00
Pílula do dia seguinte	03	10,0
Implante	00	0,00
Não faz uso	06	20,0
Total	30	100
Barreira		
Preservativo masculino	24	80,0
Preservativo feminino	00	0,00
Diafragma	00	0,00
Não faz uso	06	20,0
Total	30	100
Comportamentais		
Tabelinha	03	10,0
Coito interrompido	14	46,7
Temperatura Basal	00	0,00
Não faz uso	13	43,3
Total	30	100

Outros (laqueadura e DIU)	00	0,00
Gravidez foi planejada		
Sim	06	20,0
Não	24	80,0
Total	30	100
Gravidez é desejada		
Sim	29	96,7
Não	01	3,30
Total	30	100
Número de filhos		
Nenhum	27	90,0
Um	03	10,0
Dois	00	0,00
Três	00	0,00
Mais de três	00	0,00
Total	30	100
Fez pré-natal nas gestações anteriores		
Sim	03	10,0
Não	00	0,00
Não se aplica	27	90,0
Total	30	100
Idade Gestacional		
Primeiro trimestre	00	0,00
Segundo trimestre	12	40,0
Terceiro trimestre	18	60,0
Total	30	100

Fonte: (MELO, 2012).

A média da idade na sexarca foi de 13,7 anos, variando entre 10 e 16 anos de idade. Observou-se em estudo realizado em Teresina/PI, que a média da idade na sexarca das jovens era de 15 anos, dado superior ao encontrado neste estudo, mas que demonstra a precocidade do início da atividade sexual das adolescentes (NERY et al, 2011). Quanto mais precoce a iniciação sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos, aumentando-se assim a possibilidade de engravidar (MENDONÇA; ARAUJO, 2010).

Quanto aos métodos contraceptivos utilizados pelas adolescentes antes da gestação, os mais citados foram o método hormonal oral (16 - 53,3%), o preservativo masculino (24 - 80%) e o coito interrompido (14 - 46,7%). A maior parte das adolescentes (oito - 26,7%) mencionou ter utilizado a pílula por menos de seis meses, sendo o preservativo masculino e o coito interrompido utilizados às vezes, referido por 15 (50%) e nove (30%) entrevistadas,

respectivamente. Em estudo realizado em Goiânia/GO, com gestantes adolescentes, observou-se que a utilização da pílula foi maior que a do presente estudo (64%), e em contrapartida, a utilização do preservativo masculino foi menos comum, sendo que apenas 28% da população do estudo utilizou tal método (OLIVEIRA et al., 2009). Observa-se que os métodos contraceptivos como o anel vaginal, o implante subdérmico, o preservativo feminino, o diafragma e o dispositivo intrauterino (DIU) não foram citados por nenhuma das entrevistadas do presente estudo. Trata-se de métodos contraceptivos caros e/ou de difícil acesso, o que pode não condizer com a condição da população estudada, em sua maioria de baixa renda e baixa escolaridade.

Um fator preocupante frequentemente exposto na literatura é o uso inadequado dos métodos contraceptivos, tendo como a principal causa a baixa escolaridade e a falta de informação (CARVACHO; PINTO E SILVA; MELLO, 2008). Além disso, os adolescentes colocam diversos obstáculos para a utilização dos métodos contraceptivos, como a objeção de seu uso pelo parceiro, o pensar que não engravidaria, ou por não esperar ter relações naquele momento. O comportamento contraceptivo é sempre posterior ao início do relacionamento sexual (MENDONÇA; ARAUJO, 2010).

A maioria das usuárias (24 - 80%) relatou não ter planejado a gestação atual. Esses resultados se assemelham ao encontrado por Carvacho, Pinto e Silva e Mello (2008), no qual um alto percentual de adolescentes (72%) não programou a gestação atual, fenômeno que vem sendo observado no Brasil e que tem escapado do controle das políticas dirigidas a esta população. A gravidez não planejada leva a prejuízos no projeto de vida dessas adolescentes. Existem também possíveis outros riscos, relacionados a doenças sexualmente transmissíveis, dentre as quais se cita a AIDS, e o aborto (ARCANJO; OLIVEIRA; BEZERRA, 2007). Apesar da maioria das adolescentes pesquisadas não ter planejado a gestação atual (80%), quase a totalidade das jovens (29 - 96,7%) deseja essa condição e o filho que está sendo gerado. O *status* de mãe confere a adolescente um reconhecimento social ainda não vivenciado por ela, e a maternidade surge como possibilidade de construção de uma identidade para si mesma e para a sociedade, a de ser mãe (PENNA et al, 2012). Além disso, culturalmente a maternidade é encarada como uma situação de graça e não desejar o filho que está sendo gerado representa um 'pecado' aos olhos da sociedade.

Quanto ao número de filhos, apenas três jovens (10%) já tinham um filho, enquanto a maioria (27 - 90%) não tinha nenhum. Sobre o número gestações, 25 (83,3%) adolescentes eram primigestas, quatro jovens (13,3%) estavam na segunda gestação e apenas uma (3,3%)

na terceira. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado no Rio de Janeiro/RJ, com parturientes adolescentes, no qual 86,3% eram primigestas (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010). Entretanto, Silva et al. (2011) apontaram dados superiores ao do presente estudo, no qual 29,2% das adolescentes tinham mais que um filho. Apesar de a gravidez precoce consistir um fator desestruturante para a vida da adolescente, nem sempre a experiência faz com que ela passe a se prevenir de uma nova gravidez (CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009). Além disso, os autores supracitados demonstram que as adolescentes com gravidez recorrente tiveram indicadores socioeconômicos e assistenciais piores do que aquelas na primeira gravidez. Comparadas com nulíparas, adolescentes que já tem um filho possuem o dobro do risco para mortalidade perinatal e o risco de mortalidade neonatal é quatro vezes maior (REIME; SCHÜCKING; WENZLAFF, 2008).

Assim, torna-se imprescindível a discussão sobre as políticas de saúde para os adolescentes, pois se a gestação nesta faixa etária já é uma preocupação, a situação cada vez mais comum da repetição da gravidez é algo ainda mais sério, com grandes implicações para a vida das jovens e seus filhos. Apesar disso, destaca-se o fato de que todas as jovens do presente estudo que tinham filhos relataram ter realizado pré-natal na gestação anterior. Este resultado vai ao encontro com o preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que explicita ser assegurado atendimento integral ao adolescente, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, no caso o atendimento pré-natal (BRASIL, 1990).

Com relação à idade gestacional das entrevistadas, a maioria (18 - 60%) encontrava-se no terceiro trimestre de gestação (24 semanas em diante), sendo que nenhuma estava no primeiro trimestre. O terceiro trimestre representa o final da gestação, no qual a mãe preocupa-se com questões como o parto e cuidados com o recém-nascido. Os profissionais envolvidos no cuidado à gestante adolescente devem estimulá-la a conversar sobre suas dúvidas, realizar atividades educativas e transmitir segurança à jovem mãe.

5.2 DESCRIÇÃO DA ADESÃO DAS GESTANTES ADOLESCENTES ÀS PRÁTICAS RECOMENDADAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, OFERECIDAS NO AMG/HC/UFTM

Tabela 3 – Adesão das gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal: cuidados mínimos. Uberaba (MG), 2012.

Variáveis	N	%
Semanas de gestação que se iniciou o pré-natal		
Abaixo de 13 semanas *	10	33,3
Entre 14 e 20 semanas	17	56,7
Entre 21 e 27 semanas	03	10,0
Acima de 28 semanas	00	0,00
Total	30	100
Comparecimento às consultas de pré-natal		
Sempre *	29	96,7
Às vezes	01	3,30
Nunca	00	0,00
Total	30	100
Número de consultas realizadas até o momento		
Menos de 4	20	66,7
4-8 consultas *	10	33,3
Mais de 8	00	0,00
Total	30	100
Leva cartão da gestante em todas as consultas		
Sempre *	30	100
Às vezes	00	0,00
Nunca	00	0,00
Não possuo	00	0,00
Total	30	100
Realiza os exames de sangue solicitados		
Sempre *	29	96,7
Às vezes	01	3,30
Nunca	00	0,00
Total	30	100
Realiza os exames de urina solicitados		
Sempre *	28	93,3
Às vezes	01	3,30
Nunca	01	3,30
Total	30	100
Realiza as ultrassonografias solicitadas		
Sempre *	30	100
Às vezes	00	0,00
Nunca	00	0,00
Total	30	100
Cartão de vacinação em dia		
Sim *	28	93,3
Não	02	6,70

Total	30	100
Realiza acompanhamento odontológico		
Sempre *	04	13,3
Às vezes	03	10,0
Nunca	23	76,7
Total	30	100

*Representa a informação considerada como adesão.

Fonte: (MELO, 2012)

De acordo com a Tabela 3, percebe-se que a maioria das entrevistadas (17 - 56,7%) iniciou o pré-natal entre 14 e 20 semanas de gestação (segundo trimestre) e realizou menos de quatro consultas (20 - 66,7%). Os dados são inferiores ao encontrado por Neves Filho et al. (2011), no qual a maior parte das entrevistadas (34,7%) iniciou o pré-natal no primeiro trimestre e a média de consultas foi igual a cinco. De acordo com o Ministério da Saúde, é preconizado que o acompanhamento pré-natal se inicie no primeiro trimestre de gestação, e até o final da gravidez a gestante realize no mínimo seis consultas (BRASIL, 2000). Percebe-se que os dados do presente estudo estão em desacordo com a norma do Ministério, caracterizando não adesão às práticas recomendadas, neste aspecto. O início tardio do pré-natal sugere que os serviços de saúde estão despreparados para captar precocemente essas gestantes, ou ainda que existe dificuldade de acesso das mulheres aos serviços de saúde. Isso pressupõe sensibilização e conscientização da população quanto à importância do início precoce do pré-natal (CARVALHO; ARAUJO, 2007).

A frequência adequada ao pré-natal, especialmente na adolescência, previne a ocorrência de complicações da gravidez, o que reafirma a importância da atenção a este grupo etário como questão de saúde pública. É objeto de investigação de outros autores a frequência inadequada ao pré-natal entre adolescentes. Goldenberg, Figueiredo e Sousa e Silva (2005) apontaram como motivos relatados pelas gestantes para o número insuficiente de consultas: medo de procedimentos obstétricos, vergonha dos pais, abordagens sobre práticas sexuais. Esta constatação remete à necessidade da criação de serviços específicos para adolescentes, a fim de diminuir as barreiras entre essa população vulnerável e o atendimento qualificado (SURITA et al., 2011).

A atenção pré-natal é essencial para a investigação de riscos biológicos entre gestantes adolescentes, tais como colo curto, infecções, nutrição inadequada e fatores relacionados à ocorrência de parto pré-termo. Além disso, pode oferecer suporte psicossocial nas dificuldades e situações de estresse que essas jovens muitas vezes se encontram, e prevenir

marginalização econômica, educacional e social. Assim, resultados mais favoráveis para a gestação seriam alcançados (MARTINS et al, 2011).

Todas as gestantes adolescentes relataram sempre levar o cartão da gestante nas consultas de pré-natal (30 – 100%) e a maioria realizou os exames de sangue (29 - 96,7%) e de urina solicitados (28 - 93,3%), e todas (30 – 100%) disseram realizar as ultrassonografias solicitadas. Ressalta-se que a dosagem de hemoglobina, grupo sanguíneo e o fator Rh, teste de Coombs indireto, sorologia para sífilis (VDRL), glicemia em jejum e teste anti-HIV são exames considerados de rotina em qualquer pré-natal, e no estudo foram genericamente nomeados de exames de sangue, pois se concluiu que boa parte das entrevistadas não saberia dizer corretamente o nome dos exames que realizaram. O mesmo para urina tipo 1 e urocultura, genericamente nomeados exames de urina. A grande maioria (28 – 93,3%) estava com o cartão de vacinação em dia, conforme o recomendado. Estes dados permitem concluir que as gestantes aderiram às estas práticas recomendadas pelo PHPN.

Um dado que merece destaque é que a maioria das jovens (23 - 76,7%) mencionou nunca ter realizado acompanhamento odontológico, o que pode caracterizar não adesão a essa recomendação. A promoção da saúde bucal vai além da dimensão técnica da prática odontológica, sendo integrada às demais práticas de saúde coletiva. Apesar disso, não existe um atendimento odontológico pré-natal integral como sugere as ações de promoção de saúde (REIS et al., 2010), e embora a assistência odontológica voltada à gestante seja mais divulgada atualmente quando comparada à décadas atrás, conceitos fundamentais para a efetiva prevenção e promoção da saúde bucal ainda são desconhecidos por elas (ZUANON;BENEDETTI;GUIMARÃES, 2008). Tal conduta pode pautar-se na falta de segurança e/ou informações sobre atenção odontológica durante a gestação, ou relacionada a aspectos culturais que contraindicam a atenção no ciclo gravídico-puerperal (CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008). A não adesão ao atendimento odontológico pode ser explicada também por uma falha na divulgação das atribuições/contribuições de outros profissionais do atendimento pré-natal, como o odontólogo. Isso pode ser explicado pelo fato de a atenção à saúde bucal não estar prevista no Manual Técnico do Ministério da Saúde, embora este apresente as atribuições de todos os profissionais envolvidos na atenção pré-natal (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008).

Tabela 4 – Adesão das gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal: controle de peso e alimentação. Uberaba (MG), 2012.

Variáveis	N	%
Ganho de peso (em Kg)		
Menos que 12	23	76,7
Entre 12 e 16*	03	10,0
Mais que 16	04	13,3
Total	30	100
Frequência com que come carne		
Sempre*	21	70,0
Às vezes	09	30,0
Nunca	00	0,00
Total	30	100
Frequência com que come feijão		
Sempre*	23	76,6
Às vezes	07	23,3
Nunca	00	0,00
Total	30	100
Frequência com que come frutas		
Sempre*	10	33,3
Às vezes	19	63,3
Nunca	01	3,30
Total	30	100
Frequência com que come legumes		
Sempre*	16	53,3
Às vezes	12	40,0
Nunca	02	6,70
Total	30	100
Frequência com que bebe leite		
Sempre*	14	46,7
Às vezes	13	43,3
Nunca	03	10,0
Total	30	100
Realiza atividade física		
Sempre*	03	10,0
Às vezes	10	33,3
Nunca	17	56,7
Total	30	100

*Representa a informação considerada como adesão.

Fonte: (MELO, 2012).

Por meio dos dados apresentados na Tabela 4 pode-se notar que a maior parte das entrevistadas (23 – 76,7%) engordou menos que 12 quilogramas (Kg) até o momento da entrevista. Se o peso médio na gravidez for compartimentalizado, temos 0,9 kg de útero; 0,4 kg de mama; 1,2 kg de sangue; 1,2 kg de líquido extracelular e 3,5 kg de gordura. Combinado esse acréscimo materno ao peso médio do concepto, chegaríamos a um ganho ponderal médio de 13 kg na gestação, variando entre 12 e 16 kg (REZENDE; MONTENEGRO, 2011). Assim, conclui-se que as jovens não aderiram à prática de ganho ponderal adequado durante a gestação. Pode-se comparar os dados àqueles encontrado por Barros et al. (2009), que em estudo com puérperas adolescentes encontrou que a maior parte delas engordou uma média de 14 kg em toda a gestação, dado superior ao do presente estudo, em que a média de ganho ponderal foi de 9,5 kg.

A literatura aponta que existe relação entre ganho de peso gestacional materno e peso ao nascer. Assim, deve-se conferir mais importância para uma característica materna que pode ser modificável no pré-natal: o ganho ponderal gestacional total. A inserção destas jovens em programas de planejamento familiar permite não só evitar sua exposição à gestação, mas também seria uma oportunidade para a intervenção nutricional, corrigindo os desvios ponderais e contribuindo, assim, para a melhoria do resultado perinatal das adolescentes e seus filhos (SANTOS et al., 2012).

Na Tabela 4 é possível verificar o padrão alimentar das entrevistadas: a maioria refere sempre se alimentar de carne (21- 70%), feijão (23 - 76,6%), legumes (16 - 53,3%) e leite (14 - 53,3%), no entanto 19 (63,3%) às vezes come uma fruta nas suas refeições diárias. Percebe-se que a alimentação das gestantes adolescentes do estudo é balanceada, o que demonstra que aderem ao preconizado pelo Ministério da Saúde, cuja orientação é que a gestante deve alimentar-se regularmente de carnes, leguminosas (feijão), frutas, verduras e folhas verde-escuras (fonte natural de ácido fólico), além de leite e derivados, importante fonte de cálcio. Recomendações especiais na gravidez estão relacionadas à exclusão de alimentos que possam conter teratógenos, como o retinol, leite não pasteurizado, queijos fermentados (podem estar contaminados por listeriose) ou carnes malcozidas (podem estar contaminados por toxoplasmose) (REZENDE; MONTENEGRO, 2011). Uma alimentação balanceada permite que as recomendações diárias dos demais nutrientes sejam atingidas por gestantes saudáveis (MINAS GERAIS, 2006).

Quanto à atividade física a maioria das gestantes (17 - 56,7%) relatou nunca ter realizado nenhuma, enquanto o restante realiza alguma atividade, sendo que três realizam

sempre e 10 não a realiza com frequência (às vezes), sendo a caminhada a mais citada dentre elas (12 - 40%). Tais dados demonstram que quanto à atividade física, não há adesão por parte das entrevistadas. Santos et al (2007) encontrou em seu estudo uma frequência superior de sedentarismo, no qual a maioria das gestantes adolescentes entrevistadas (70%) não realizava nenhum tipo de exercício físico. Já dentre aquelas que realizavam (30%) a caminhada foi a atividade mais comum, assim como no presente estudo. A atividade cardiovascular se eleva na gestação, comparada ao período não gestacional. Porém, esse estresse cardiovascular reduz com a prática de atividade física regularmente, refletindo em maior capacidade de oxigenação, frequências cardíacas mais baixas, prevenção de trombozes e varizes e redução do risco de diabetes gestacional (SANTOS et al., 2007).

Tabela 5 – Adesão das gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal: comportamento de risco. Uberaba (MG), 2012.

Variáveis	N	%
Tem relação sexual durante a gestação		
Sim *	26	86,7
Não	04	13,3
Total	30	100
Utiliza preservativo		
Sempre *	04	13,3
Às vezes	05	16,7
Nunca	17	56,7
Não se aplica	04	13,3
Total	30	100
Tem o hábito de fumar		
Sim	02	6,70
Não *	28	93,3
Total	30	100
Tem o hábito de beber		
Sim	01	3,30
Não *	29	96,7
Total	30	100
Faz uso de outras drogas ilícitas		
Sim	00	0,00
Não *	30	100
Total	30	100
Automedicação		
Sempre	00	0,00
Às vezes	08	26,7
Nunca *	22	73,3

Total	30	100
Faz uso de sulfato ferroso		
Sim *	26	86,7
Não	04	13,3
Total	30	100
Faz uso de ácido fólico		
Sim *	15	50,0
Não	15	50,0
Total	30	100

*Representa a informação considerada como adesão.

Fonte: (MELO, 2012).

No que se refere à prática de atividade sexual, observou-se que a maioria das jovens entrevistadas (26 - 86,7%) relata aderir à prática, resultado superior ao encontrado em estudo qualitativo com adolescentes grávidas, realizado em Fortaleza/CE, no qual 60% das jovens relatam praticar atividade sexual (COSTA, CAMPOS, ROLIM; 2006). Se a gestação transcorrer sem intercorrências, a relação sexual está liberada desde o início até o final da gravidez (ZUGAIB, 1994). Entretanto, observa-se que há uma diminuição do desejo e do ritmo da atividade sexual de forma intensa durante a gravidez, atitude que muitas vezes parte do homem e não da mulher, que se mostra insegura por temer uma traição. Esse afastamento se dá pela dissociação de sexualidade e maternidade, bloqueando o prazer e atrapalhando a vida sexual do casal (COSTA, CAMPOS, ROLIM; 2006). Além disso, uma condição bastante comum é o medo do companheiro ‘machucar’ a criança. As situações descritas podem ser solucionadas com simples orientação ao casal.

Em contrapartida, a maioria delas (17 - 56,7%) refere não utilizar preservativo nestas relações, o que permite concluir que as jovens não aderiram à recomendação sobre o uso de preservativo. Observa-se um conhecimento deficiente neste aspecto. A maioria acredita que uma vez gestante, não há a necessidade de se utilizar o preservativo, relacionando-o apenas à prevenção da gravidez. Vale lembrar que a função primordial de tal método é prevenir contra DST's, como HIV/AIDS, porém essa informação não parece ser relevante para as entrevistadas. Aproveitou-se então o momento da entrevista para orientação, e muitas demonstraram interesse sobre o assunto, relatando suas inúmeras dúvidas e medos.

Observa-se que maioria (28 - 93,3%) não tem o hábito de fumar. Dado semelhante foi encontrado por Surita et al. (2011), no qual a maioria das adolescentes (87,5%) relatou também não fumar durante a gestação. Quando questionadas sobre a ingestão de álcool, 29

(96,7%) referiram não ter o hábito de beber, e todas (30 – 100%) relataram não fazer uso de drogas ilícitas. Esses resultados demonstram que as jovens do estudo aderiram à recomendação de não fazer uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas durante a gestação, o que certamente é um avanço na promoção de sua saúde. O uso de drogas lícitas e ilícitas merece e destaque devido às complicações para a mãe e o concepto. O tabagismo é causa de hipodesenvolvimento fetal e parto pré-termo, o que eleva a mortalidade perinatal. O uso de álcool é determinante de malformações congênitas em cerca de 30% dos casos (REZENDE; MONTENEGRO, 2011). Portanto, a gestante deve ser encorajada a não fazer uso destas substâncias, demonstrando a enorme responsabilidade dos profissionais da saúde que lidam com a assistência pré-natal.

Quanto à automedicação, resultado positivo foi encontrado, demonstrando que as jovens aderem ao preconizado: a maioria (22 - 73,3%) relatou nunca ter se medicado sem orientação médica. Este resultado é satisfatório, pois os danos causados pela prática da automedicação podem ser graves e irreversíveis, resultando em teratogenia ou outras consequências diversas, sendo que seus efeitos dependem do fármaco, da dose e da época gestacional em que foi utilizado (SANTOS et al., 2007). Observou-se que a maioria (26 - 86,7%) faz uso de sulfato ferroso e metade das mulheres faz uso de ácido fólico (15 - 50%), por orientação médica. A suplementação rotineira de ferro parece prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e puerpério. O ácido fólico tem forte efeito protetor contra defeitos abertos do tubo neural. Deve ser usado rotineiramente pelo menos dois meses antes e nos dois primeiros meses da gestação. Esta informação deve ser difundida através de programas educacionais de saúde (ALENCAR JUNIOR, 2001).

Tabela 6 – Adesão das gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal: outros cuidados. Uberaba (MG), 2012.

Variáveis	N	%
Faz uso de produtos químicos no cabelo		
Sempre	01	3,30
Às vezes	03	10,0
Nunca *	26	86,7
Total	30	100
Costuma dormir quantas horas/dia		
Menos de cinco horas	01	3,30
De cinco a oito horas	09	30,0
De oito a 10 horas *	07	23,3

Mais de 10 horas	13	43,3
Total	30	100
Costume de relaxar e colocar as pernas elevadas, durante o dia		
Sempre *	18	60,0
Às vezes	10	33,3
Nunca	02	6,70
Total	30	100
Intenção de praticas aleitamento materno		
Sim *	28	93,3
Não	02	6,70
Total	30	100
Busca informações sobre cuidados com sua saúde e de seu filho		
Sim *	24	80,0
Não	06	20,0
Total	30	100

*Representa a informação considerada como adesão.

Fonte: (MELO, 2012)

Quanto ao uso de produtos químicos no cabelo, como tinturas, alisantes e ondulantes (Tabela 6), a maioria das entrevistadas (26 - 86,7%) relatou não fazê-lo, demonstrando assim aderir ao preconizado. Não existem estudos científicos que indiquem ou contraindiquem o uso de produtos químicos no cabelo, por isso é de bom senso que sejam evitados durante a gestação, sendo uma orientação comum a todos os profissionais envolvidos no pré-natal e preconizada pelo Ministério da Saúde. A maior parte delas (13 - 43,3%) refere dormir mais que 10 horas por dia, e a maioria (18 - 60%) tem o costume de relaxar e colocar as pernas elevadas durante o dia. A inadequação do sono e repouso pode favorecer o agravo à sua saúde e do feto, pois a execução adequada desta conduta contribui para a saúde e bem-estar geral. A partir da 20^a semana a gestante deve repousar cerca de uma hora e meia após o almoço, e durante a noite este repouso deverá exceder oito horas. O repouso físico e psíquico é imprescindível, favorecendo a mãe e o bebê (SANTOS et al., 2007).

Observou-se que a maioria (28 - 93,3%) tem intenção de praticar o aleitamento materno. Informar às mães sobre as vantagens do aleitamento materno pode influenciar aquelas que ainda não se decidiram. Mas aumentar o apoio social é a forma mais eficiente de facilitar a opção da mulher pelo aleitamento materno e fazer com que ela mantenha tal opção. Para isso faz-se necessário à inclusão do parceiro, mãe, amiga nas atividades educativas

(MINAS GERAIS, 2006). A maioria das adolescentes (24 - 80%) referiu buscar informações sobre outros cuidados consigo e com o bebê, sendo que os familiares foram a fonte de informação mais consultada por elas (22 - 73,3%). Este dado permite concluir como o apoio familiar é importante para a gestante adolescente, ao mesmo tempo em que é preocupante, pois a figura do profissional da saúde deveria ser relevante neste contexto.

Assim, a atuação profissional deve ser mais efetiva e mais presente, ao ponto de ser lembrada como referência, sempre com o objetivo de suprir as reais necessidades de sua clientela. Além disso, o fato de a adolescente grávida enxergar em seus familiares sua principal fonte de apoio pode indicar uma sobrecarga do sistema familiar e uma dificuldade por parte de outros sistemas, como os serviços de saúde, em serem percebidos como fonte de apoio real (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

5.3 DESCRIÇÃO DAS ORIENTAÇÕES REFERENTES ÀS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO NA GESTAÇÃO FORNECIDAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tabela 7 – Orientações recebidas pelas gestantes adolescentes, referentes às práticas de autocuidado no pré-natal. Uberaba (MG), 2012.

Orientações	Sim		Não	
	N	%	N	%
Realizar o pré-natal assim que descobriu a gestação	29	96,7	01	3,30
Sobre cartão da gestante	29	96,7	01	3,30
Realizar exames solicitados no pré-natal	30	100	00	0,00
Sobre vacinação	29	96,7	01	3,30
Sobre acompanhamento odontológico	04	13,3	26	86,7
Sobre controle de peso na gestação	11	36,7	19	63,3
Sobre alimentação saudável	04	13,3	26	86,7
Sobre atividade sexual	09	30,0	21	70,0
Sobre uso de preservativos	09	30,0	21	70,0
Sobre não fumar	18	60,0	12	40,0
Sobre não ingerir bebida alcoólica	21	70,0	09	30,0
Sobre não usar drogas ilícitas	21	70,0	09	30,0
Sobre não se automedicar	29	96,7	01	3,30
Sobre uso de ácido-fólico	19	63,3	11	36,7
Sobre uso de sulfato ferroso	30	100	00	0,00
Sobre produtos químicos no cabelo	17	56,7	13	43,3
Sobre prática de exercícios físicos	09	30,0	21	70,0
Sobre equilíbrio entre sono e repouso	07	23,3	23	76,6
Sobre necessidade de relaxar durante o dia	12	40,0	18	60,0
Sobre aleitamento materno	19	63,3	11	36,7

Sobre outros cuidado consigo e com o bebê

19

63,3

11

36,7

Fonte: (MELO, 2012).

Os dados da Tabela 7 mostram as orientações recebidas pelas gestantes adolescentes referentes às práticas de autocuidado no pré-natal. Percebe-se que realizar o pré-natal assim que descobriu estar grávida, importância do cartão da gestante, realizar todos os exames solicitados no pré-natal e vacinação são orientações feitas pelos profissionais de saúde para quase todas as gestantes do grupo. O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, que se caracteriza por mudanças físicas e emocionais, e que cada gestante vivencia de forma distinta. Deverá ser visto o cartão da gestante e discutido os aspectos ligados às consultas, à vacinação, aos sintomas que ela está apresentando e realização de exames laboratoriais. Essas condutas são essenciais a qualquer atendimento pré-natal, que é o primeiro passo para um parto e nascimento humanizados (BRASIL, 2000). Assuntos como o tabagismo, o etilismo, o uso de drogas ilícitas e a prática da automedicação durante a gestação também foram abordados no pré-natal, segundo grande parte das entrevistadas, assim como o uso de sulfato ferroso e ácido fólico. Observa-se também que questões como uso produtos químicos no cabelo, aleitamento materno e outros cuidados consigo e com o bebê também são orientadas, conforme relato das entrevistadas. Faria e Zanetta (2008) descrevem resultados semelhantes, pois orientações relacionadas à automedicação, uso de álcool e tabaco e aleitamento materno também são realizadas para a maior parte das jovens gestantes.

Observa-se que informações relacionadas ao acompanhamento odontológico, ao controle de peso na gestação, à alimentação saudável, à prática de atividade sexual e ao uso de preservativos nas relações sexuais não foram mencionadas pela maior parte das jovens gestantes, bem como prática de exercícios físicos e o equilíbrio entre sono e repouso, orientações que se pautam na perspectiva da integralidade e são menos corriqueiras, como observado, porém não menos importantes. Costa et al (2009) encontrou resultados mais positivos que o desta pesquisa, pois descrevem que 35% da população em estudo havia recebido orientações sobre alimentação saudável na gestação. Entretanto, o resultado ainda é considerado baixo, pois os autores supracitados relatam que quando as entrevistadas foram questionadas sobre a alimentação, relataram tabus, dúvidas e falta de informação, podendo com os maus hábitos prejudicar a saúde do bebê e a si mesmas. Carvalho e Araujo (2007) relataram em seu estudo que apenas 36,9% das entrevistadas referiram ter participado de

alguma atividade educativa e 44,8% disseram ter recebido algum tipo de orientação individual, sendo o aleitamento materno o tema mais frequentemente abordado em ambas as situações.

Percebe-se que os profissionais, ainda presos às suas bases de formação, orientados por um modelo em que as ações de saúde concentram-se essencialmente na clínica (MELO; COELHO, 2011), não se preocupam em transmitir informações sobre questões que extrapolam o biológico, como bem estar mental e social. Muitos enfatizam apenas aspectos biomédicos e priorizam o diagnóstico clínico, dialogando o mínimo possível com as gestantes adolescentes (BLOSSIERS, 2010). Assim, elas encontram nos saberes populares as respostas de muitas perguntas, agindo muitas vezes de forma não correta, o que prejudica a si e à criança que está sendo gerada. Além disso, se não forem orientadas corretamente durante a gravidez e após o parto, a jovem terá grandes chances de engravidar novamente, fenômeno cada vez mais comum em nosso país.

Desde a primeira consulta, qualquer gestante busca esclarecer suas dúvidas e ter suas ansiedades amenizadas (LEVANDOWSKI; SILVA; WENDLAND, 2010). Embora a gestação seja um evento natural, é um acontecimento especial, e assim exige adaptações para a promoção da saúde da gestante e do feto. Representa uma ótima oportunidade para instrução e educação da cliente sobre aspectos da gravidez, do parto, do atendimento ao recém-nascido e meios para manter sua saúde (SILVA; CAETANO; SILVA, 2006), visando estabelecer uma gestação com o mínimo de desconforto físico e emocional e a máxima gratificação. Entretanto, apenas repassar informações técnicas às jovens grávidas não basta. É importante que falem e sejam ouvidas, sendo que esse canal de comunicação precisa ser criado e mantido, evidenciando a importância do papel dos profissionais que atuam junto ao adolescente (SILVA, 2010). Sua atuação pauta-se no compartilhamento do conhecimento e de ações que favoreçam a autonomia das mesmas no cuidado, fazendo uso de uma linguagem mais dinâmica e participativa como meio de sensibilizar essas adolescentes, a fim de que esse processo ocorra de maneira mais natural e sadia, além de sanar as possíveis dúvidas e dificuldades que possam se apresentar (SILVA, A., et al., 2009).

Uma prática de orientações mais abrangentes deve ser realizada e priorizada, principalmente pela vulnerabilidade da gestação nesta faixa etária. Além de o risco perinatal ser mais elevado na gestação precoce, principalmente entre as primigestas, a gestante adolescente possui menos experiência, o que pode representar uma grande pressão psicológica, exigindo uma assistência voltada não somente para o aspecto físico, mas também

emocional, por meio de ações de educação em saúde (RIOS; VIEIRA, 2007). Observa-se também que a percepção da adolescente sobre pré-natal é baseada na influência de colegas e pais, refletindo na percepção da relevância e necessidade de tal assistência. Por isso é importante os profissionais envolverem a família no cuidado à adolescente gestante, como uma forma eficaz de construir uma rede de apoio para essas jovens clientes (TILGHMAN; LOVETTE, 2008), além de facilitar sua adesão às práticas de autocuidado no pré-natal, tão influenciadas pelo ambiente e sociedade em que estão inseridas.

Aparentemente há uma falha nas ações educativas durante o pré-natal. Frequentando-o corretamente, é inaceitável que a gestante chegue ao último mês demonstrando conhecimento deficiente sobre aspectos básicos da gestação, ocasionados por falha nas orientações recebidas, o que influencia diretamente na adesão ao pré-natal e às práticas de autocuidado oferecidas no serviço. A qualidade da assistência prestada depende da adesão das mulheres ao programa, e esta é essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal, sendo que 98% das mortes das mulheres por causas obstétricas são evitáveis mediante a adoção de medidas relativamente simples (GONÇALVES et al., 2008). Estes resultados devem reforçar a preocupação no que diz respeito à forma com que as ações educativas na consulta pré-natal estão sendo realizadas. Tais ações devem ser executadas com a participação ativa das jovens gestantes, para que o conhecimento que já possuem possa ser intercambiado com o profissional (RIOS; VIEIRA, 2007).

5.4 ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NA ADESÃO ÀS PRÁTICAS RECOMENDADAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Tabela 8 – Escores de adesão das gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal. Uberaba (MG), 2012.

Variáveis	Min	Max	Media	DP
Escore cuidados mínimos	55,6	100	73,3	10,7
Escore controle de peso e alimentação	0,00	63,6	32,7	15,8
Escore comportamento de risco	62,5	100	85,6	9,60
Escore outros cuidados	37,5	75,0	57,9	13,7
Escore geral	43,2	77,3	64,8	7,30

Fonte: (MELO, 2012).

Para facilitar a análise estatística dos resultados encontrados criaram-se escores para as práticas de autocuidado no pré-natal, agrupadas pela proximidade temática das variáveis. De acordo com a Tabela 8, pode-se visualizar que os piores escores são relativos aos domínios controle de peso e alimentação e outros cuidados, e os melhores relativos a cuidados mínimos e comportamento de risco. As perguntas relativas ao domínio controle de peso e alimentação referem-se a: ganho ponderal na gestação; frequência de alimentação saudável e prática de exercícios físicos. O domínio outros cuidados compreende questões sobre: uso de produtos químicos no cabelo; equilíbrio entre sono e repouso; intenção de praticar o aleitamento materno e curiosidade sobre cuidados com sua saúde e do bebê.

As questões referentes ao domínio cuidados mínimos dizem respeito a: início do atendimento pré-natal; número de consultas realizadas; posse do cartão da gestante; realização de exames laboratoriais solicitados; vacinação e acompanhamento odontológico. Quanto ao domínio comportamento de risco, as questões referem-se a: atividade sexual durante a gestação; uso de preservativo durante as relações sexuais; uso de álcool, tabaco e drogas; automedicação; uso de ácido fólico e sulfato ferroso.

O escore geral permite concluir que a adesão às práticas de autocuidado no pré-natal por gestante adolescentes é suficiente, entretanto acredita-se que este resultado poderia ser maior. Observa-se que os melhores escores foram encontrados entre as questões que são sempre abordadas no meio social, familiar e de serviços de saúde, e os piores entre informações menos corriqueiras, relacionadas ao bem estar não só físico, mas psicológico e social da gestante, e que quase não são mencionadas pelos profissionais de saúde. Assim, reafirma-se a necessidade de ações educativas no pré-natal. As ações educativas em saúde são destinadas a manter e elevar o nível de saúde da população e, ao mesmo tempo, reforça a manutenção de hábitos positivos. Objetivando criar vínculos entre a ação do profissional de saúde e o pensar/fazer cotidiano da população, tais ações visam capacitar os indivíduos para assumir e melhorar suas condições de vida (REIS et al., 2010). Assim, durante o pré-natal essas ações devem se direcionar para ampliar o conhecimento das jovens gestantes sobre seu corpo e as transformações que ocorrem no ciclo gravídico-puerperal, as consequências disso e como agir para minimizá-las. Para isso, devem superar o modelo biomédico e valorizar as reais necessidades das gestantes (LANDERDHAL et al., 2007).

Tabela 9 – Correlação entre escores de adesão e variáveis sócio-demográficas. Uberaba (MG), 2012.

Escores	Idade		Escolaridade		Ocupação		Renda familiar	
	r ^a	p	r ^a	p	r ^b	p	r ^b	p
Cuidados mínimos	0,16	0,41	-0,65	0,73	0,24	0,20	-0,14	0,94
Controle de peso e alimentação	-0,10	0,96	-0,12	0,95	-0,16	0,39	0,10	0,59
Comportamento de risco	0,17	0,37	0,09	0,64	-0,17	0,34	0,24	0,19
Outros cuidados	0,20	0,30	0,05	0,80	0,27	0,15	0,01	0,97
Geral	0,19	0,32	0,03	0,86	-0,04	0,84	0,10	0,58

r^a: correlação de Pearson; r^b: correlação de Spearman

Fonte: (MELO, 2012).

Observa-se, por meio da Tabela 9, que existe uma correlação fraca entre o domínio cuidados mínimos e as variáveis sociodemográficas idade (0,16) e ocupação (0,24). Observa-se correlação forte e negativa entre este domínio e escolaridade (-0,65), e fraca e negativa em relação à renda familiar (-0,14). Nenhuma correlação entre as variáveis analisadas foi estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$). Pressupõe-se que quanto maior a escolaridade, maior a adesão às práticas recomendadas no pré-natal, pois está descrito na literatura que uma situação educacional inadequada leva ao desconhecimento da importância do acompanhamento pré-natal, pois não raro encontram-se relatos de jovens com baixa escolaridade que não demonstram nenhum conhecimento de práticas de saúde, no caso relacionadas ao tema gravidez (CARVALHO et al., 2009). Entretanto, resultado adverso foi encontrado no estudo, pois a correlação entre cuidados mínimos e escolaridade foi forte e negativa.

Metello et al. (2008) encontraram uma associação entre a menor idade das gestantes adolescentes e um seguimento tardio e irregular do pré-natal. As razões descritas são: receio em comunicar aos familiares, conhecerem tardiamente o fato de estarem grávidas e dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Em outro estudo, realizado na Turquia em 2005, com gestantes adolescentes, demonstrou-se que aquelas com menor idade apresentam tendência à assistência pré-natal inadequada (YILDIRIM; INAL; TINAR, 2005). De acordo com o exposto, apesar de não ser estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$), em relação à idade esperar-se-ia que a correlação fosse forte, ou seja, que as mais velhas tivessem uma maior adesão.

Percebe-se uma correlação fraca e negativa entre o domínio controle de peso e alimentação e as variáveis idade (-0,10), escolaridade (-0,12) e ocupação (-0,16), e correlação fraca quanto a renda familiar (0,10). Apesar de nenhuma ser estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$), confere-se destaque para a fraca correlação com a renda familiar. Condições socioeconômicas precárias estão associadas à ausência de condições adequadas de alimentação e saúde (DIAS; TEIXEIRA, 2010). Entretanto o que foi percebido pela pesquisadora é que mesmo a população do estudo possuindo baixa renda, alimentos básicos como arroz, feijão, legumes, leite e carne não faltam para as jovens gestantes. Além disso, a prática de exercícios físicos não é dificultada pela condição econômica. Um exemplo é a caminhada, que não requer recursos financeiros é ótima atividade para as gestantes. Ações de autocuidado simples e baratas, mas que fazem a diferença no controle de ganho ponderal durante a gestação.

Verificou-se que há correlação fraca entre o domínio comportamento de risco e as variáveis idade (0,17), escolaridade (0,09) e renda familiar (0,24), e correlação fraca e negativa em relação à ocupação (-0,17). Quanto ao domínio outros cuidados, a correlação foi fraca para todas as variáveis sociodemográficas analisadas. Para os domínios supracitados, não houve nenhuma correlação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

Quanto ao escore geral, percebe-se correlação fraca entre idade (0,19), escolaridade (0,03) e renda familiar (0,10), e fraca e negativa quanto a ocupação (-0,04). Em nenhuma das análises a correlação foi estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

Tabela 10 – Correlação entre escores de adesão e variáveis clínicas. Uberaba (MG), 2012.

Escore	Idade na Sexarca		Nº filhos		Idade Gestacional	
	r ^a	p	r ^b	p	r ^a	p
Cuidados mínimos	-0,17	0,35	0,15	0,43	0,20	0,28
Controle de peso e alimentação	-0,68	0,72	-0,60	0,76	0,18	0,34
Comportamento de risco	0,02	0,91	0,11	0,56	0,95	0,61
Outros cuidados	0,30	0,11	-0,30	0,10	0,09	0,64
Geral	0,02	0,91	0,04	0,81	0,23	0,21

r^a: Correlação de Pearson; r^b: Correlação de Spearman.

Fonte: (MELO, 2012).

Identificou-se uma correlação fraca e negativa entre o domínio cuidados mínimos e a idade na sexarca (-0,17), e fraca quanto ao número de filhos (0,15) e idade gestacional

(0,20). Segundo Coutinho et al. (2010), quanto maior a duração da gestação, maior a possibilidade de adesão ao pré-natal, podendo ser explicada pelo aumento da procura espontânea, que se dá pela confirmação tardia da gestação ou sua maior aceitação, da pressão familiar ou da captação das pacientes pelas unidades de saúde e ações comunitárias locais. Assim, quanto a idade gestacional, esperar-se-ia outro resultado. Entretanto, nenhuma correlação foi estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

Quanto ao domínio controle de peso e alimentação, observa-se correlação forte e negativa entre sexarca (-0,68) e entre número de filhos (-0,60). Já a correlação com idade gestacional é fraca (0,18). Ao analisar este resultado, parece que quanto maior o tempo gasto pela gestante com o cuidado dos demais filhos, menos tempo e atenção ela dedica ao cuidado com sua própria alimentação e controle de peso. Apesar da inferência, não houve correlação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) para qualquer variável analisada.

Quanto ao domínio comportamento de risco, há correlação fraca entre sexarca (0,02) e número de filhos (0,11), e correlação forte (0,95) quanto à idade gestacional. Observando-se os valores das correlações, destaca o fato de ser forte entre o referido domínio e a idade gestacional. Infere-se que por estarem próximas do fim da gestação, as jovens grávidas se sentem mais comprometidas com sua própria segurança, pois parece que quanto maior a idade gestacional mais elas aderem às práticas contidas no domínio comportamento de risco, apesar de nenhuma delas ser estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

Já no domínio outros cuidados, verifica-se correlação moderada entre idade na sexarca (0,30), fraca entre idade gestacional (0,09) e moderada e negativa quanto ao número de filhos (-0,30). Uma das práticas de autocuidado contidas no domínio outros cuidados é a intenção de praticar o aleitamento materno. Pereira e Bachion (2005) verificaram em sua pesquisa, por meio das falas das gestantes, que aquelas que eram primíparas demonstraram inúmeras dúvidas quanto à lactação natural, e já aquelas múltíparas praticamente não apresentaram dúvidas sobre aleitamento materno, mostrando-se mais dispostas a amamentar seus filhos. O presente estudo mostra resultado diferente. Possivelmente este achado decorra de uma ênfase conferida atualmente ao aleitamento materno, sendo sua importância veiculada em meios de comunicação em massa, além de ser um dos temas mais orientados durante as consultas de pré-natal (FARIA; ZANETTA, 2008). Ressalta-se que, no AMG, enquanto as gestantes aguardam a consulta, são realizadas palestras sobre os mais diversos temas envolvendo o ciclo gravídico-puerperal, pela equipe de enfermagem e acadêmicos. Um dos temas mais trabalhados nestas atividades é justamente o aleitamento materno, o que

pode explicar também o resultado deste estudo. Como as primíparas normalmente são mais inseguras e inexperientes, acabam acatando as orientações recebidas e aderindo mais que aquelas que já tem experiências prévias. Apesar dos apontamentos, nenhuma correlação foi estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$). O escore geral demonstra que existe correlação fraca entre os domínios e as variáveis sexarca (0,02), número de filhos (0,04) e idade gestacional (0,23), e nenhuma delas mostrou-se estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

Tabela 11- Avaliação dos escores conforme variável sócio-demográfica situação conjugal. Uberaba (MG), 2012.

Escore	Situação Conjugal				
	Com companheiro fixo		Sem companheiro fixo		p
	Md	Pm	Md	Pm	
Cuidados mínimos	72,2	16,0	72,2	14,0	0,60
Controle de peso e alimentação	31,8	15,7	27,3	14,9	0,83
Comportamento de risco	87,5	16,7	81,2	12,2	0,22
Outros cuidados	62,5	15,5	62,5	15,5	1,00
Geral	63,6	16,3	62,5	13,4	0,45

Fonte: (MELO, 2012).

Md: mediana; Pm: Posto médio.

Verifica-se por meio dos dados apresentados na Tabela 11, que os escores de adesão são pouco superiores quando as gestantes adolescentes referem estar com companheiro fixo, embora na análise comparativa entre os grupos com e sem companheiro essas diferenças não foram estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$). Assim, nesta pesquisa, a presença do companheiro fixo não foi um dado diferencial na adesão das gestantes às orientações fornecidas durante o pré-natal.

A vivência da gravidez na ausência do parceiro é compreendida como fator negativo, principalmente entre adolescentes, podendo angariar prejuízos físicos, psíquicos e sociais, por não encontrar o apoio necessário e esperado durante esta fase, representando um risco para a mãe e o filho (GRADIM; FERREIRA; MORAES, 2010). Além disso, quando as adolescentes estão com um companheiro fixo, há menor incidência de repetição de gestação, constituindo-se em um fator de proteção para nova gestação (BRUNO et al., 2009). A maior diferença entre as medianas, quando abordada a variável sociodemográfica situação conjugal, foi notada no domínio comportamento de risco.

Tabela 12- Avaliação dos escores conforme variável clínica planejamento da gravidez. Uberaba (MG), 2012.

Escore	Planejamento da gravidez				
	Sim		Não		p
	Md	Pm	Md	Pm	
Cuidados mínimos	77,8	19,2	66,7	14,6	0,27
Controle de peso e alimentação	31,8	16,1	27,3	15,3	0,86
Comportamento de risco	90,6	18,9	87,5	14,6	0,30
Outros cuidados	56,2	15,7	62,5	15,4	0,94
Geral	68,2	19,3	63,6	14,5	0,25

Fonte: (MELO, 2012).

Md: mediana; Pm: Posto médio.

Quando abordada a variável planejamento da gravidez, constatou-se que os maiores escores ocorreram quando a gravidez foi planejada, ou seja, quando as adolescentes planejam a gestação há uma elevação na mediana dos escores dos domínios, entretanto não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados os grupos que planejou e o que não planejou a gestação (todos os valores de p foram maiores que 0,05).

A gravidez para muitas jovens é encarada como algo gratificante, do ponto de vista pessoal e afetivo (CERQUERA-SANTOS et al., 2010). Assim, seguem todas as recomendações realizadas na assistência pré-natal, com o intuito de preservar sua saúde e principalmente a da criança que está por vir. A maternidade passa a adquirir um caráter de centralidade na vida destas jovens, sendo um importante fator na sua constituição pessoal e social. Assim, acabam buscando alternativas de vida para si e para seu filho, que se configura como um importante momento para o desenvolvimento de ações de saúde e sociais que visem oferecer assistência adequada e efetiva a população (GONTIJO; MEDEIRO, 2004). O único escore que foi menor com a resposta positiva foi outros cuidados.

Tabela 13- Avaliação do domínio cuidados mínimos conforme orientações. Uberaba (MG), 2012.

Acompanhamento odontológico	Cuidados Mínimos			
	N	Md	Pm	p
Sim	04	66,7	12,25	0,46
Não	26	77,8	16,00	

Fonte: (MELO, 2012).

Md: mediana; Pm: Posto médio.

Embora não tenha sido objetivo da pesquisa analisar a influência das orientações recebidas pelas gestantes adolescentes na adesão das mesmas ao pré-natal, foi possível, a partir dos resultados obtidos, traçar algumas correlações. Observando-se a Tabela 13, percebe-se que quando a resposta é negativa para a variável orientação sobre acompanhamento odontológico há um aumento na mediana do escore de adesão do domínio cuidado mínimos. Poder-se-ia afirmar que aquelas gestantes que são orientadas sobre acompanhamento odontológico não têm melhor adesão às práticas de autocuidado contidas no domínio cuidados mínimos. As diferenças nos escores das medianas entre as mulheres que receberam orientação sobre acompanhamento odontológico e as que não a receberam não foi estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$). Este resultado remete a uma reflexão: mesmo orientadas a realizar acompanhamento odontológico, parece não ser suficiente para uma mudança de comportamento, pois a adesão não se modifica. Isso pode ser explicado talvez pelo fato de o tratamento odontológico, nesta fase, ser permeada por crenças e tabus (REIS et al., 2010), além de ser um comportamento menos corriqueiro, que ainda não foi introjetado na população. Além disso, há uma dificuldade quanto a presença do profissional odontólogo. O AMG não conta com esse profissional, e há uma enorme dificuldade em referenciar essas gestantes para cuidados odontológicos na atenção básica, pois também faltam profissionais.

Tabela 14- Avaliação do domínio controle de peso e alimentação conforme orientações. Uberaba (MG), 2012.

Orientações	Controle de peso e alimentação				
		N	Md	Pm	p
Controle de peso na gestação	Sim	11	45,4	18,75	0,16
	Não	19	27,3	13,74	
Alimentação saudável	Sim	04	41,0	19,00	0,42
	Não	26	27,3	14,96	
Prática de exercícios físicos	Sim	09	27,3	15,06	0,86
	Não	21	27,3	15,69	

Fonte: (MELO, 2012).

Md: mediana; Pm: Posto médio.

Nota-se pela Tabela 14, que os escores de adesão do domínio controle de peso e alimentação foram superiores quando as gestantes afirmam terem sido orientadas sobre tais assuntos, embora na comparação entre as mulheres que referiram receber e não receber essa

informação, não houve diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$). Orientações sobre controle de peso na gestação e alimentação saudável contribuem para uma elevação na mediana dos escores de adesão neste domínio. Apenas orientações sobre exercícios físicos não apresentou esse comportamento, e as medianas permaneceram as mesmas para as respostas positiva e negativa. Pode-se aproximar estes resultados com aqueles referentes a adesão e orientação, no qual a maioria das entrevistadas (17 - 56,7%) não aderem à prática de exercícios físicos na gestação e 21 (70%) não são orientadas sobre isso.

Tabela 15- Avaliação do domínio comportamento de risco conforme orientações. Uberaba (MG), 2012.

Orientações		Comportamento de risco			
		N	Md	Pm	p
Uso de preservativo	Sim	09	87,5	17,44	0,45
	Não	21	87,5	14,67	
Não fumar	Sim	18	87,5	17,36	0,16
	Não	12	81,2	12,41	
Não de beber	Sim	21	87,5	16,55	0,33
	Não	09	81,2	13,06	
Não usar drogas ilícitas	Sim	21	87,5	16,55	0,33
	Não	09	81,2	13,06	

Fonte: (MELO, 2012).

Md: mediana; Pm: Posto médio.

A Tabela 15 mostra também uma elevação na mediana dos escores quando as gestantes adolescentes afirmam ter recebido orientações, o que não aconteceu apenas na orientação sobre o uso de preservativos, no qual a mediana permaneceu a mesma. Não houve estatística significativa ($p \leq 0,05$). Orientações feitas às gestantes para não fumar, não ingerir bebida alcoólica e não fazer uso de drogas ilícitas contribuíram para elevar as medianas deste escore, entretanto isso não foi observado com a variável uso de preservativo, pois a mediana permaneceu a mesma nas duas respostas (sim e não). Isso pode ser explicado pelo fato de a maioria das entrevistadas (17 - 56,7%) não aderirem ao uso de preservativo nas relações sexuais durante a gestação, e 21 (70%) não terem sido orientadas sobre sua importância.

Tabela 16- Avaliação do domínio outros cuidados conforme orientações. Uberaba (MG), 2012.

Orientações		Outros cuidados			
		N	Md	Posto médio	p
Uso de produtos químicos no cabelo	Sim	17	62,5	16,06	0,71
	Não	13	62,5	14,77	
Equilíbrio entre sono e repouso	Sim	07	50,0	13,71	0,64
	Não	23	62,5	16,04	
Aleitamento materno	Sim	19	62,5	14,97	0,67
	Não	11	62,5	16,41	
Outros cuidados consigo e com o bebê	Sim	19	62,5	14,97	0,67
	Não	11	62,5	16,41	

Fonte: (MELO, 2012).

Md: mediana; Pm: Posto médio.

Percebe-se por meio dos dados apresentados na Tabela 16, um comportamento diferente para as variáveis 'orientações'. Para o domínio outros cuidados, as orientações não elevaram as medianas do escore, permanecendo iguais para repostas positivas e negativas, apesar de a maioria ter sido orientada sobre isso, como já foi descrito. Ao contrário, a variável que corresponde à orientação equilíbrio entre sono e repouso contribuiu para diminuir a mediana do escore de adesão no domínio supracitado, sendo a mediana maior quando a resposta é negativa, ou seja, quando a gestante afirma que não foi orientada.

6 CONCLUSÃO

O perfil encontrado entre as participantes deste estudo frequentemente é associado à ocorrência da gestação na adolescência: faixa etária entre 13 e 18 anos, com companheiro fixo, baixa escolaridade e falta de profissionalização, sendo que a maioria referiu abandono escolar devida à gestação. De forma geral as adolescentes possuem condição socioeconômica precária, com renda individual inexistente, demonstrando a dependência financeira de terceiros, e renda familiar de um a três salários mínimos. Com relação aos aspectos clínicos, apesar de referirem ter feito uso de métodos contraceptivos antes da gestação, o fizeram erroneamente. Os mais citados foram o hormonal oral, o preservativo masculino e o coito interrompido. A gravidez não foi planejada pela maioria, mas era desejada. No geral, eram primíparas e estavam no terceiro trimestre de gestação.

Percebe-se que sua adesão ao pré-natal é suficiente para manter a gestação com um mínimo de riscos, pois comparecem corretamente às consultas, realizam os exames solicitados e seguem as recomendações quanto à vacinação. Entretanto a adesão não é satisfatória, pois não respeitam equilíbrio entre sono e repouso, não controlam o ganho ponderal, não realizam acompanhamento odontológico e nem exercícios físicos. Em relação às orientações recebidas durante a assistência, apesar de nenhuma análise estatística ter sido significativa, verificamos um frequente aumento nos escores de adesão quando as jovens são orientadas. O problema identificado é a abordagem meramente biológica destas gestantes, sendo que orientações que abrangem holisticamente a adolescente, referentes ao bem estar mental e social destas, não foram realizadas com tanta frequência. Pode-se afirmar que as gestantes adolescentes não são descuidadas, elas são mal informadas. Concluí-se também que muitos comportamentos positivos que as jovens referem são orientados por questões culturais, sendo socialmente aceitos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa mostra que a gravidez precoce acontece em um contexto social onde fatores como escolaridade e nível socioeconômico são menos favorecidos. Apesar disso, as práticas de autocuidado das gestantes adolescentes foram consideradas suficientes, porém não satisfatórias, pois ainda desconhecem muitas questões relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal e ao autocuidado. Estes resultados apontam uma lacuna no serviço pré-natal, o que possibilitou um processo de repensar a assistência, apontando para os aspectos que necessitam reorientação e fortalecendo aqueles que estão em sintonia com o preconizado. O atendimento pré-natal é essencial para o sucesso de uma gestação, em qualquer etapa da vida de uma mulher. Quando realizado satisfatoriamente, o processo de gestar-parir torna-se prazeroso e seguro. Assim, o estudo é motivador de reflexões e questionamentos na busca pela humanização e excelência da atenção à saúde da mulher, especialmente a mulher adolescente, no ciclo gravídico-puerperal.

É indispensável a qualidade das ações de saúde e de enfermagem durante o processo assistencial, e deve-se oferecer à jovem gestante um cuidado integralizado, em um amplo contexto de suas vidas, articulando as facetas biológica, socioeconômica, educacional e familiar. Os profissionais da saúde envolvidos na atenção à gestante adolescente devem estabelecer um vínculo de confiança com as jovens, valorizando seus sentimentos e preocupações inerentes à idade e à sua nova condição. A ênfase deve ser dada na orientação, tendo como meta promover a saúde e conhecimento dessas jovens, pois assim elas poderão tomar decisões mais acertadas e desenvolver práticas de autocuidado mais conscientes, estando em condições favoráveis para viver este momento, o que refletirá na saúde do conceito.

Ponto positivo que merece destaque foi a coleta de dados no domicílio. Foi evidente como as jovens gestantes se sentiram à vontade em responder as perguntas em sua residência. A privacidade é maior e há grande liberdade para se expor os mais variados problemas. Além disso, a visita domiciliar que seria, inicialmente, para a coleta dos dados da pesquisa, tornou-se uma estratégia para ações de educação em saúde. Terminado o preenchimento do questionário, as adolescentes surgiam com inúmeras dúvidas, e aproveitou-se o momento para orientá-las e informá-las sobre diversos aspectos do ciclo gravídico-puerperal.

É necessário também apontar algumas limitações apresentadas pelo estudo. Como o tempo para a coleta de dados fica restrito devido a prazos inerentes ao programa, o número de participantes foi reduzido. Além disso, as informações coletadas foram referidas, e não houve observação para se confirmar o que as gestantes adolescentes diziam. Como sugestão, poderia ser feito um estudo longitudinal, no qual as gestantes seriam acompanhadas durante todo o período pré-natal, o que foi inviável a pesquisadora pelo tempo de duração do curso, como já foi mencionado. Apesar das limitações, este estudo apontou questões importantes sobre o perfil das gestantes adolescentes, a adesão insatisfatória delas ao pré-natal e a necessidade de maiores orientações, criando subsídios para os profissionais que trabalham com esta clientela, sugerindo um atendimento pré-natal personalizado e próprio à faixa etária em questão.

REFERÊNCIAS

ALENCAR JUNIOR, C. A. **Projeto diretrizes: assistência pré-natal**. Brasília: AMB:CFM, 2001. Disponível em:< http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/081.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

ALMEIDA, I. S. **O ser-casal-adolescente-no-vivido-de-gestar-parir-e-nutrir: uma abordagem existencial como possibilidade para a Enfermagem**. 2009. 208f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

ALMEIDA, I. S.; SOUZA, I. E. O. **Gestação na adolescência com enfoque no casal: movimento existencial**. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 457-464, jul./set .2011.

ALVES, B. G.; SILVA, R. I.; ALMEIDA, M. S. (Org.). **Manual para apresentação de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT**. Uberaba: UFTM, 2011.

ANDRADE, P. R.; RIBEIRO, C. A.; OHARA, C. V. S. **Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro**. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 662-668, oct./dez. 2009.

ARCANJO, C. M.; OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA, M. G. A. **Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza – Ceará**. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 445-451, set. 2007.

BARBASTEFANO, P. S.; GIRIANELLI, V. R.; VARGENS, O. M. C. **O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS**. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 708-714, dez. 2010.

BARROS, D. C. **Avaliação nutricional antropométrica de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro**. 2009. 129f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional

de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2585/1/ENSP_Tese_Barros_Denise_Cavalcante.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BELARMINO, G. O. et al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.169-175, 2009.

BERETTA, M. I. R. et al. A construção de um projeto na maternidade adolescente: relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 533-536, apr. 2011.

BLOSSIERS, C. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes Embarazadas durante el control prenatal: Un estudio cualitativo. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, Lima, v. 27, n. 3, p. 337-344, jul./set. 2010.

BORGES, C. C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentido do autocuidado. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 64-71, jan./mar., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: MS, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico 5. ed**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-natal: manual técnico**. Brasília: MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional**. Brasília: MS, 1999.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. 31. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: DOU, 1990.

BRUNO, Z. V. et al. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 480-484, oct. 2009.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 152-157, 2006.

CARVACHO, I. E.; PINTO E SILVA, J. L.; MELLO, M. B. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 29-35, fev. 2008.

CARVALHO, A. Y. C. et al. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas acompanhadas na unidade básica de saúde do município de Canindé. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 53-61, jan./mar. 2009.

CARVALHO, G. M.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 17-24, jan./mar. 2009.

CARVALHO, V. C. P.; ARAUJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p. 309-317, jul./set., 2007.

CECHIM, P. L.; PERDOMINI, F. R. I.; QUARESMA, L. M. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 519-523, set./out. 2007.

CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 72-85, jan./mar. 2010.

CHALEM, E. et al. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 23, n. 1, p. 177-186, jan. 2007.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1075-1080, maio/jun. 2008.

COSTA, G. D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1347-1357, set./out. 2009.

COSTA, H. K. P.; CAMPOS, A. C. S.; ROLIM, K. M. C. Sexualidade na visão da adolescente grávida: mitos e tabus. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 7, n. 3, p. 42-48, set./dez., 2006.

COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, nov. 2010.

CRITTENDEN, C. P. et al. The Role of Mental Health Factors, Behavioral Factors, and Past Experiences in the Prediction of Rapid Repeat Pregnancy in Adolescence. **The Journal of Adolescent Health**, New York, v. 44, n. 1, p. 25–32, jan. 2009.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-156, jan./mar. 2009.

DE SOUZA-MATA, A. N. et al. Fatores de risco na repetição de gravidez na adolescência. **Revista Colombiana de Psicología**, Bogotá, v. 18, n. 2, p. 167-175, jul./dic. 2009.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 123-131, jan./abr. 2010.

DIÓZ, M. Percepção de mulheres grávidas acerca da assistência pré-natal. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 369-373, out./dez. 2006.

FARIA, G. S. D.; ZANETTA, D. M. T. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 1, p. 17-23, jan./mar. 2008.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 238-245, jun. 2008.

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

GONÇALVES, H. et al. Contraceptive medicalisation, fear of infertility and teenage pregnancy in Brazil. **Culture, Health & Sexuality**, London, v. 13, n. 2, p. 201-215, feb. 2011.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 349-353, maio/jun. 2008.

GONTIJO, D.T.; MEDEIROS, M. Gravidez / maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 3, p. 394-399, 2004.

GRADIM, C. V. C; FERREIRA, M. B. L.; MORAES, M. J. O perfil das grávidas adolescentes em uma unidade de saúde da família de minas gerais. **Revista da APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 55-61, jan./mar. 2010.

GURGEL, M. G. I et al. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 799-605, dez. 2008.

HEAMAN, M. I et al. Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: A comparison of indices. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 8, n. 15, p. 1-8 may. 2008.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Técnicas corporais em grupos de gestantes: a experiência dos participantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 308-313, maio./jun. 2006.

LANDERDAHL, M. C. et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-111, mar. 2007.

LEVANDOWSKI, D. C.; SILVA, M. L.; WENDLAND, J. Experiências de gestantes adolescentes gaúchas com o acompanhamento pré-natal. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 12, n. 3, p. 3-21, 2010.

LIMA, Y. M. S.; MOURA, M. A. V. A percepção das enfermeiras sobre a competência social no desenvolvimento da assistência pré-natal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 672-678, dez. 2008.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, abr./jun. 2008.

MARTINS, M. G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. 354-360, nov. 2011.

MELO, M. C. P.; COELHO, E. A. C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2549-2558, maio. 2011.

MELO, M. M. et al. O conhecimento de puérperas adolescentes sobre o cuidado com recém nascidos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 266-273, abr./jun. 2011.

MENDONÇA, R. C. M.; ARAÚJO, T. M. E. Análise da produção científica sobre o uso dos métodos contraceptivos pelos adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1040-1045, dez. 2010.

METELLO, J. et al. Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 620-625, dez. 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério:** protocolo Viva Vida. 2. ed. Belo Horizonte: SES, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/Atencao%20ao%20Pre-Natal,%20Parto%20e%20Puerperio.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

MOREIRA, M. C.; SARRIERA, J. C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 781-789, out./dez. 2008.

NERY, I. S. et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 31-37, jan./fev. 2011.

NEVES FILHO, A. C. et al. Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer: existe associação? **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 489-494, dec. 2011.

OLIVEIRA, T. P. et al. Meninas de Luz: uma abordagem da enfermagem na gravidez na adolescência. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 122-127, abr./jun. 2009.

PENNA, L. H. G. et al. A maternidade no contexto de abrigamento: concepções das adolescentes abrigadas. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 544-548, jun. 2012.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 659-664, nov./dez. 2005.

REIME, B.; SCHÜCKING, B. A.; WENZLAFF, P. Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 8, n. 4, p. 1-7, jan. 2008.

REIS, D. M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, mar./abr. 2007.

SALAZAR-ARANGO, A. et al. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia. **Persona y Bioética**, Bogotá. v. 12, n. 31, p. 169-182, jul./dic. 2008.

SANTOS, M. M. A. S. et al. Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 143-154, mar. 2012.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Autocuidado da gestante adolescentes na prevenção dos fatores de risco da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG). **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 20, n. 3, p. 173-180, 2007.

SCHAURICH, D.; CROSSETI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 182-188, jan./mar. 2010.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. J.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, aug. 2004.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-392, 2009.

SILVA, A. P. F. et al. Os fatores emocionais gerados pela gravidez na adolescência. **Conscientiae Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 91-97, 2009.

SILVA, E. T.; CAETANO, J. A.; SILVA, A. R. V. Assistência pré-natal de um serviço de atendimento secundário. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 19, n. 4, p. 216-223, 2006.

SILVA, G. M. V. **Gravidez na adolescência**: uma visão macro sobre a ação e resultados deste ato. 2010. 36f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2010.

SILVA, K. S. et al. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2485-2493, maio, 2011.

SILVA, L. A. et al. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado como bebê. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 48-56, jan./mar. 2009.

SCHNEIDER, L. M.; VIEIRA, K. V. Saúde e educação: a humanização do saber através da consciência. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 116-123, 2011.

SOUZA, M. L. et al. Girls from Santa Catarina: losing your life to become a mother. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 317-322, jun. 2010.

SOARES, J. S. F.; LOPES, M. J. M. Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamentos rurais no Rio Grande do Sul. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 802-810, aug. 2011.

SPINDOLA, T.; SILVA, L. F. F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 99-107, ene./mar. 2009.

SUCCI, R. C. M. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 986-992, 2008.

SURITA, F. G. C. et al. Fatores associados ao baixo peso ao nascimento entre adolescentes no Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. 286-291, out. 2011.

TEZZA, V. M. **Enfermagem obstétrica e neonatal**. Florianópolis: Bernúncia, 2002.

TILGHMAN, J.; LOVETTE, A. Prenatal care: the adolescent's perspective. **Journal of Perinatal Education**, Washington, v. 17, n. 2, p. 50-53, 2008.

VELUDO, A. S. G.; BEDIN. Análise de fatores de risco para óbito infantil em mães adolescentes. **Saúde Coletiva**, v. 35, n. 6, p. 269-274, 2009.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 595-602, set./out. 2008.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 279-285, maio./jun. 2007.

YILDIRIM, Y.; INAL, M. M.; TINAR, S. Reproductive and obstetric characteristics of adolescent pregnancies in Turkish women. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, Philadelphia, v. 18, n. 4, p. 249-253, aug. 2005.

ZUANON, A. C. C.; BENEDETTI, K. C.; GUIMARÃES, M. S. Conhecimento das gestantes e puérperas quanto à importância do atendimento odontológico precoce. **Revista Odontologia Clínica Científica**, Recife, v. 7, n. 1, p. 57-61, jan./mar., 2008.

ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. **O pré-natal**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1994.

APÊNDICE A
ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS
ENTREVISTA ESTRUTURADA

Dados sociodemográficos e clínicos:

Data da entrevista: _____ Nº _____

RG: _____ Idade (anos completos): _____ Data de nascimento: _____

Situação conjugal: com companheiro fixo (0) sem companheiro fixo (1)

Escolaridade (em anos de estudo): _____

Ocupação: estudante (0) do lar (1) domestica (2) recepcionista (3) outros (4)

Renda individual: menos que 1 SM (0) de 1 a 3 SM (1) de 3,1 a 5 SM (2) de 5,1 a 6 SM (3) mais que 6 SM (4) não se aplica (5)

Renda familiar (em salários mínimos/SM): menos que 1 SM (0) de 1 a 3 SM (1) de 3,1 a 5 SM (2) de 5,1 a 6 SM (3) mais que 6 SM (4) não se aplica (5)

Idade em que iniciou a atividade sexual: _____

Uso de métodos contraceptivos antes da gravidez:

1. Método hormonal: oral (0) injetável (1) anel vaginal (2) pílula do dia seguinte (3) implante (4) não faz uso (5) Tempo de uso _____

2. Método de barreira: preservativo masculino (0) preservativo feminino (1) diafragma (2) não faz uso (3) Tempo de uso _____

3. Métodos comportamentais: tabelinha (0) coito interrompido (1) temperatura basal (2) não faz uso (3) Tempo de uso _____

4. Outros: DIU (0) laqueadura (1) não faz uso (2) Tempo de uso _____

Essa gravidez foi: planejada (0) inesperada (1)

Essa gravidez é: desejada (0) indesejada (1)

Nº de filhos:

Nenhum (0) um (1) dois (2) três (3) mais de 3 (4)

Idade da primeira gestação: _____

Paridade: G__ P__ (N__ C__) A__ (E__ P__)

Fez pré-natal nas gestações anteriores? () sim () não

Idade Gestacional (IG): _____

Dados referentes a adesão às práticas recomendadas na assistência pré-natal:

1- Com quantas semanas de gravidez você iniciou o pré natal?

Abaixo de 13 semanas (0)

Entre 14 e 20 semanas (1)

Entre 21 e 27 semanas (2)

Acima de 28 semanas (3)

2- Você comparece a todas as consultas de pré-natal agendadas?

Sempre (0) Às vezes (1) Nunca (2)

3- Quantas consultas já foram realizadas até o momento? _____

4- Você leva seu cartão da gestante em todas as consultas realizadas?

Sempre (0) As vezes (1) Nunca (2) Não possuo cartão da gestante (3)

5- Você realiza os exames solicitados?

de sangue: Sempre (0) As vezes (1) Nunca (2)

de urina: Sempre (0) As vezes (1) Nunca (2)

ultrassonografia: Sempre (0) As vezes (1) Nunca (2)

6- Seu cartão de vacinação está em dia, conforme o recomendado?

Sim (0) Não (1)

7- Você realiza acompanhamento odontológico?

Sempre (0) As vezes (1) Nunca (2)

8- Qual seu peso anterior à gestação? _____

9- Qual seu peso atual? _____

10- Quantas vezes por semana você come:

Carnes: _____

Feijão: _____

Frutas: _____

Legumes: _____

Leite: _____

11- Você tem relações sexuais durante a gravidez?

Sim (0) Não (1)

12- Se sim, você utiliza preservativo durante as relações?

Sempre (0) As vezes (1) Nunca (2) Não se aplica (3)

13- Você fuma?

Sim (0) Não (1)

14- Se sim, quantos cigarros por dia? _____

15- Faz uso de bebidas alcoólicas?

Sim (0) Não (1)

16- Se sim, qual a quantidade? _____

17- Faz uso de outras drogas ilícitas?

Sim (0) Não (1)

18- Se sim, qual?

Maconha (0) Cocaína (1) Crack (2) Outras (3) Não se aplica (4)

19- Você toma remédios por conta própria?

Sempre (0) As vezes (1) Nunca (2)

20- Se sim, qual?

Dipirona (0) Paracetamol (1) Omeprazol (2) Outros (3) Não se aplica (4)

21- Você fez ou faz uso de sulfato ferroso?

Sim (0) Não (1)

22- Se sim, quantos comprimidos por dia? _____

23- Você fez ou faz uso de ácido fólico?

Sim (0) Não (1)

24- Se sim, por quanto tempo? _____

25- Você faz uso de tinturas de cabelos, alisantes, ondulantes ou algo do tipo?

Sempre (0) As vezes (1) Nunca (2)

26- Você realiza algum tipo de exercício físico?

Sempre (0) As vezes (1) Nunca (2)

27- Se sim, qual o tipo?

Caminhada (0) Academia (1) Hidrginástica (2) Outros (3) Não se aplica (4)

28? Quantas vezes por semana? _____

29- Você costuma dormir quantas horas por dia?

Menos de 5 horas (0) de 5 a 8 horas (1) de 8,1 a 10 horas (2) mais de 10 horas (3)

30- Durante o dia você tem o costume de relaxar e colocar as pernas elevadas?

Sempre (0) As vezes (1) Nunca (2)

31- Você quer praticar o aleitamento materno quando o bebe nascer?

Sim (0) Não (1)

32- Você procura saber o que precisa ser feito para cuidar de sua saúde e/ou de seu bebê?

Sim (0) Não (1)

33- Quem procura para obter essas informações?

Familiares (0) Profissionais de Saúde (1) Familiares e Profissionais (2) Outros (3) Não se aplica (4)

APÊNDICE B
ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS
ENTREVISTA ESTRUTURADA

- 1- Você foi orientada a realizar o pré-natal assim que descobriu que estava grávida?
Sim (0) Não (1)

- 2- Você foi orientada sobre o cartão da gestante?
Sim (0) Não (1)

- 3- Você foi orientada a realizar todos os exames solicitados no pré-natal?
Sim (0) Não (1)

- 4- Você foi orientada sobre vacinação?
Sim (0) Não (1)

- 5- Você foi orientada sobre a necessidade de acompanhamento odontológico?
Sim (0) Não (1)

- 6- Você foi orientada sobre o controle de peso na gestação?
Sim (0) Não (1)

- 7- Você foi orientada sobre quantas vezes na semana você deve ingerir alimentos como carne, feijão, frutas, legumes e leite durante a gestação?
Sim (0) Não (1)

- 8- Você foi orientada sobre a prática sexual?
Sim (0) Não (1)

- 9- Você foi orientada sobre o uso de preservativos?
Sim (0) Não (1)

- 10- Você foi orientada a não fumar durante a gestação?

Sim (0) Não (1)

11- Você foi orientada a não fazer uso de bebidas alcoólicas durante a gestação?

Sim (0) Não (1)

12- Você foi orientada a não fazer uso de drogas ilícitas durante a gestação?

Sim (0) Não (1)

13- Você foi orientada a fazer uso de medicamentos apenas com orientação médica?

Sim (0) Não (1)

14- Você foi orientada sobre o uso de ácido fólico?

Sim (0) Não (1)

15- Você foi orientada sobre o uso de sulfato ferroso?

Sim (0) Não (1)

16- Você foi orientada sobre o uso de tinturas de cabelos, alisantes, ondulantes ou algo do tipo?

Sim (0) Não (1)

17- Você foi orientada sobre a prática de exercícios físicos?

Sim (0) Não (1)

18- Você foi orientada sobre equilíbrio entre sono e repouso?

Sim (0) Não (1)

19- Você foi orientada sobre a necessidade de relaxar durante o dia?

Sim (0) Não (1)

20- Você foi orientada quanto ao aleitamento materno?

Sim (0) Não (1)

21- Você foi orientada sobre outros cuidados com você e seu bebê?

Sim (0) Não (1)

ANEXO A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: PRÁTICAS DEMONSTRATIVAS DE ADESÃO AO PRÉ-NATAL POR GESTANTES ADOLESCENTES.

Você, responsável por uma adolescente menor de 18 anos, gestante, que está realizando o pré-natal no Ambulatório Maria da Glória do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - AMG/HC/UFTM, está sendo informado sobre o convite feito para que a adolescente participasse do estudo *Práticas demonstrativas de adesão ao pré-natal por gestantes adolescentes*. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a participação da jovem é importante. O objetivo deste estudo é caracterizar as gestantes adolescentes residentes no município de Uberaba/MG, atendidas no serviço de pré-natal do AMG/HC/UFTM em relação a variáveis sócio-demográficas e clínicas; descrever a adesão destas gestantes às práticas recomendadas na assistência pré-natal, oferecidas no AMG/HC/UFTM; descrever as orientações recebidas pelas gestantes adolescentes no referido serviço e analisar a influência das variáveis sócio-demográficas e clínicas na adesão às práticas recomendadas na assistência pré-natal. Caso você permita sua participação, ela terá que responder a algumas perguntas.

Vocês poderão obter todas as informações que quiserem, e poderá não autorizar a participação da adolescente da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela participação no estudo, a adolescente não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O nome da adolescente não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois será identificada apenas com suas iniciais.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: **PRÁTICAS DEMONSTRATIVAS DE ADESÃO AO PRÉ-NATAL POR GESTANTES ADOLESCENTES.**

Eu, _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento será submetida (grau de parentesco)_____. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que a adolescente é livre para interromper sua participação a qualquer momento, sem justificar sua decisão e que isso não afetará seu tratamento. Sei que seu nome não será divulgado, que não terá despesas e não receberá dinheiro por participar do estudo. Eu autorizo a participação no estudo de (nome da adolescente) _____.

Uberaba,.....//.....

Assinatura do responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854, ou então com a entrevistadora, Mariana Martins de Melo, pelos telefones 3338-8106 ou 8841-7198.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: **PRÁTICAS DEMONSTRATIVAS DE ADESÃO AO PRÉ-NATAL POR GESTANTES ADOLESCENTES.**

Você, adolescente, com idade entre 10 e 19 anos, gestante, que está realizando o pré-natal no Ambulatório Maria da Glória do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro AMG/HC/UFTM, está sendo informada sobre o convite feito para participar do estudo *Práticas demonstrativas de adesão ao pré-natal por gestantes adolescentes*. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a participação da jovem é importante. O objetivo deste estudo é caracterizar as gestantes adolescentes residentes no município de Uberaba/MG, atendidas no serviço de pré-natal do AMG/HC/UFTM em relação a variáveis sócio-demográficas e clínicas; descrever a adesão destas gestantes às práticas recomendadas na assistência pré-natal, oferecidas no AMG/HC/UFTM; descrever as orientações recebidas pelas gestantes adolescentes no referido serviço e analisar a influência das variáveis sócio-demográficas e clínicas na adesão às práticas recomendadas na assistência pré-natal. Caso você permita sua participação, terá que responder a algumas perguntas.

Você poderá obter todas as informações que quiser, e poderá não autorizar sua participação da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela participação no estudo, não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois será identificada apenas com suas iniciais.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: **PRÁTICAS DEMONSTRATIVAS DE ADESÃO AO PRÉ-NATAL POR GESTANTES ADOLESCENTES.**

Eu, ----- li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento serei submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concedo a minha participação no estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854, ou então com a entrevistadora, Mariana Martins de Melo, pelos telefones 3338-8106 ou 8841-7198

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ETICA



1/2

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Substanciado
 PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: PRÁTICAS DEMONSTRATIVAS DE ADESÃO AO PRÉ-NATAL, POR GESTANTES ADOLESCENTES
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Sueli Riul da Silva
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 1605/2011
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1930

SUMÁRIO DO PROJETO

1. OBJETIVOS

- Traçar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico de adolescentes;
- Descrever as práticas de educação em saúde para o autocuidado desenvolvidas na assistência pré-natal a adolescentes do Ambulatório Maria da Glória do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (AMG/HC/UFTM);
- Descrever a adesão das gestantes adolescentes às práticas de educação em saúde para o autocuidado.

2. JUSTIFICATIVA

Com a gestação ocorrem mudanças físicas e psicológicas na mulher, sendo necessário um acompanhamento da evolução da gestação por profissionais qualificados através de procedimentos clínicos e educativos, que caracterizam a assistência pré-natal.

Apesar de a gravidez não ser sinônimo de doença, cada mulher está exposta a um risco diferente e cabe aos profissionais que a acompanham identificá-los. Segundo o Ministério da Saúde, a gravidez na adolescência representa um problema para a mulher e para a criança que está sendo gerada, devido a aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais que acompanham essa faixa etária. Diante disso, fica clara a importância de uma assistência pré-natal de qualidade. Observamos que as gestantes adolescentes procuram assistência, comparecem ao serviço para atendimento, no qual recebem assistência e orientações para o auto-cuidado, mas no dia-a-dia não seguem as recomendações. Assim, este estudo se justifica pela importância da exploração destas práticas, entre as gestantes adolescentes que certamente receberam orientações e assistência adequadas, para auxiliar na elaboração de novas estratégias de abordagem dessas jovens, bem como o desenvolvimento de atividades mais eficazes, preparando as adolescentes para enfrentarem positivamente a maternidade.

3. DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Trata-se de uma pesquisa de caráter epidemiológico, quantitativa, descritiva, exploratória, de delineamento transversal, buscando explorar as práticas demonstrativas de adesão às orientações recebidas no serviço de pré-natal, por gestantes adolescentes. Participarão da pesquisa, gestantes adolescentes que estiverem esperando para serem atendidas no serviço de pré-natal do AMG/HC/UFTM.

Será utilizado instrumento de coleta de dados estruturado, com questões referentes aos dados sócio-demográficos e epidemiológicos e referentes às práticas de autocuidado desenvolvidas no pré-natal. Após a coleta, os dados serão tabulados no programa *Microsoft Excel*, e posteriormente transportados para o programa "*Statistical Package for the Social Sciences*" (SPSS) versão 17.0. Os dados serão analisados e interpretados com base em estatística descritiva e discutidos em relação à literatura específica da área

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Serão incluídas no estudo gestantes entre 10 e 19 anos de idade e serão excluídas aquelas que não estiverem na faixa etária estipulada e aquelas que não aceitarem participar da pesquisa.

6. ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES

O AMG/HC/UFTM atende rotineiramente gestantes adolescentes por ser referência em risco obstétrico. Os sujeitos do estudo serão contactados nesse serviço, no âmbito da UFTM.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: PRÁTICAS DEMONSTRATIVAS DE ADESÃO AO PRÉ-NATAL, POR GESTANTES ADOLESCENTES
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Sueli Riul da Silva
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 1605/2011
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1930

7. ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

O risco do presente estudo é a perda de confidencialidade das informações, o qual será minimizado através da utilização de números nos instrumentos de coleta de dados, garantindo-se o sigilo e o anonimato das pacientes.

8. RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO E/OU PARA A COMUNIDADE

O benefício será aquisição de conhecimento sobre a maneira como as adolescentes estão aderindo às práticas de educação em saúde e autocuidado orientadas no referido serviço de pré-natal, com a finalidade de se propor novas estratégias adequadas de assistência no acompanhamento.

9. JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO TERAPÊUTICA (“Wash out”) – Não pertinente.

10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.

11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA

Folhas A4 (quatro pacotes): R\$ 40,00.

- Fotocópias (mil unidades): R\$ 150,00.
- Tinta para impressora (03 frascos): R\$ 240,00.

O material necessário à pesquisa será obtido nas cotas da disciplina “Saúde da mulher”, do Curso de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, onde o pesquisador responsável se insere.

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

Salário de professor associado da UFTM.

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

O termo será obtido pela pesquisadora, após abordagem da entrevistada para esclarecimento da pesquisa e de possíveis dúvidas, no momento da coleta de dados. Está adequado e claro.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 16/09/2011

Prof. Ana Palmira Soares dos Santos
 Coordenadora