

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

FERNANDA MARÇAL

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES APÓS A
MATERNIDADE**

UBERABA (MG)

2011

FERNANDA MARÇAL

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES APÓS A
MATERNIDADE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro,
como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Atenção à
Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde da Mulher

Orientadora: Prof^ª. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

UBERABA (MG)

2011

FERNANDA MARÇAL

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES APÓS A
MATERNIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Área de concentração: Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof^a. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa.

Uberaba (MG), _____ de _____ de _____.

Professora Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Professora Dra. Eliana Faria de Angelice Biffi
Universidade Federal de Uberlândia

Professor Dr. Vanderlei José Haas
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Elizabetta e Oswaldo, pela confiança, amor incondicional, ensinamentos de vida, suporte e colaboração logística para a realização deste trabalho.

Às minhas irmãs, Juliana e Patrícia, por estarem sempre presentes, mesmo que de longe.

Ao Bruno, pelo amor e companheirismo, sempre.

À minha família e aos meus amigos. Obrigada por compartilharem comigo vivências e pela disposição em ajudar e acalantar.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

À Secretária do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Cida, pela dedicação e competência.

À funcionária da segurança do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Priscila, pela colaboração e atenção.

Às colegas mestrandas Maria Beatriz, Andréia, Sara e Suzana pelo convívio e apoio.

Às amigas Nathália e Alderi, pessoas maravilhosas que sempre me deram suporte, carinho e companheirismo. Sou grata por vocês fazerem parte da minha vida.

Às amigas Debora, Raquel e Jacqueline, por dividirem comigo um lar, que apesar de provisório, vai deixar saudades.

Ao Professor Doutor Vanderlei José Haas, pelo acompanhamento e contribuições.

À Professora Doutora Eliana Faria de Angelice Biffi, pelas orientações e auxílio.

À minha orientadora, Professora Doutora Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa, pela oportunidade, confiança e dedicação.

Às mães adolescentes que participaram do estudo, por me abrirem as portas de suas casas com tamanha receptividade e por compartilharem suas histórias de vida.

A todos que participaram do sonho, da caminhada, da concretização.
Muito obrigada.

Às adolescentes que participaram do estudo e
compartilharam suas vivências da
maternidade.

“Foi o tempo que dedicaste a tua rosa que fez
tua rosa tão importante”

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

MARÇAL, Fernanda. **Avaliação da qualidade de vida de adolescentes após a maternidade.** 2011. 114f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2011.

A maternidade na adolescência suscita mudanças na qualidade de vida (QV) das jovens em âmbitos social, cultural, legal, psicoemocional e corporal, mas não é, necessariamente, um problema. O presente estudo teve como objetivos: avaliar o índice de qualidade de vida de adolescentes após a maternidade e a influência de variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais sobre esse construto; descrever o perfil sociodemográfico, ginecológico e obstétrico das mães adolescentes; medir o índice de qualidade de vida de mães adolescentes; e correlacionar os domínios de qualidade de vida com os dados sociodemográficos e com os dados obstétricos das jovens. Trata-se de um estudo quantitativo seccional, que utilizou o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers para avaliação da QV. Os dados foram coletados no período de abril a julho de 2011. Foram investigadas 96 adolescentes que deram à luz no Hospital de Clínicas de Uberaba-MG, em 2010. As jovens concordaram em receber uma visita domiciliar e responder aos instrumentos de coleta de dados. O perfil sociodemográfico das mães adolescentes é caracterizado como segue: a maioria (90,6%) tinha entre 16 e 19 anos no momento do parto; 64,6% vivem com um companheiro ou são casadas; 27,1% mantiveram-se estudando após o nascimento da criança; apenas duas adolescentes estavam em nível de instrução adequado para a idade; 8,5 foi a média de anos de estudo formal; 77,1% não possuem fonte de renda própria; o principal meio de informação utilizado (91,7%) foi a televisão; e a renda *per capita* média mensal é de R\$ 270,75. Quanto ao perfil obstétrico e neonatal: 20,8% já tiveram mais de uma gravidez; 8,3% têm mais de um filho vivo; 90,6% nunca tiveram um abortamento; o nascimento a termo foi predominante (76,1%); o tipo de parto mais frequente foi o vaginal sem fórceps (67,7%); a maioria das jovens (76,0%) teve acesso a métodos contraceptivos após a última gravidez; e o tempo médio para o aleitamento materno exclusivo foi de 4,5 meses e para o aleitamento materno complementado foi de 10,1 meses. A média do escore do Índice de Qualidade de Vida (IQV) geral foi de 21,48. O domínio socioeconômico teve, em média, o menor escore atribuído (17,34) e o domínio família teve, em média, o maior escore atribuído (25,31). Para análise comparativa

do IQV geral e por domínios com os dados sociodemográficos, obstétricos e neonatais foram utilizados os testes t para amostras independentes, Mann-Whitney e análise de variância. As variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) foram: escolaridade em relação ao domínio socioeconômico (SE) ($p = 0,008$), sendo que, quanto mais anos de estudo formal, melhor a IQV – SE; renda própria em relação ao domínio SE ($p = 0,017$), de forma que as jovens economicamente dependentes tiveram os escores mais baixos; o número de filhos vivos comparado com o IQV geral ($p = 0,009$) e para o domínio saúde e funcionamento ($p = 0,004$) e o domínio família ($p = 0,006$), sendo a correlação negativa; e o nascimento pré-termo em relação ao domínio saúde e funcionamento ($p = 0,029$). Vale destacar que a correlação entre a renda *per capita* e o IQV geral e por domínios não foi estatisticamente significativa, mesmo existindo famílias em área de pobreza. Concluiu-se que no presente estudo as variáveis grau de instrução, dependência econômica, número de filhos vivos e idade gestacional no momento do parto apresentaram diferença estatisticamente significativa na comparação com o IQV geral e por domínios e tiveram impacto negativo sobre a qualidade de vida das adolescentes após a maternidade.

Descritores: Adolescente. Qualidade de Vida. Comportamento Materno.

ABSTRACT

MARÇAL, Fernanda. **Study on the adolescent quality of life after maternity**, 2011. 114f. Dissertation (Master's degree on Health Care) – Triângulo Mineiro Federal University, Uberaba (MG), 2011.

Maternity in adolescence suscitates transformations in women's quality of life (QL) in many levels — social, cultural, legal, psychoemocional and corporal —, but it does not necessarily qualify as a problem. This study had the following objects: to evaluate the adolescents quality of life index after maternity and the influence of the social-demographic, obstetric and newborn variables on this index; to describe the social-demographic, gynecological and obstetric profiles of adolescent mothers; to measure the quality of life index of adolescent mothers; and to correlate the domains of quality of life with the social-demographic and obstetric data of the adolescents. This is a transversal and quantitative study that used Quality of Life Index to evaluate QL. The data were collected from April to June, 2011. The study investigated 96 adolescents who gave birth in 2010, in the Uberaba General Hospital, in the State of Minas Gerais (Brazil). The young women agreed to be visited in their homes and to answer the research questionnaire. The social-demographic profiles of the adolescent mothers were delineated as follows: the majority (90,6%) was between 16 and 19 years old at the time of birth; 64,6% lived with their boyfriends as a couple or were married to them; 27,1% continued studying after the child birth; there were only two adolescents studying in the adequate grade for their age; 8,5 was the average number of years of formal education; 77,1% do not have their own income; the main source of information (91,7%) was television; the average monthly income per person is R\$ 270,75. Concerning the newborn and obstetric profiles: 20,8% have had more than one pregnancy; 8,3% have more than one child alive; 90,6% never suffered a miscarriage; the birth in due course was predominant (76,1%); natural birth occurred most frequently (67,7%); the majority of adolescents (76,0%) had access to contraceptive methods after the last pregnancy; the average period of exclusively breast feeding was 4,5 months; for supplementary breast feeding the average period was 10,1 months. The average score of the general Quality of Life Index (QLI) was 21,48. The socioeconomic domain was the least average attributed score (17,34), and the family domain was the average most attributed score (25,31). In order to obtain a comparative analysis of the QLI

(general and per domains) it was used the t test for independent samples, Mann-Whitney test and variance analysis. The variables that presented statistically significant difference ($p < 0,05$) were: education in relation to socioeconomic domain ($p = 0,008$), that is, the more years of formal education, the better QLI; the young women own income in relation to the domain ($p = 0,017$), in a way that the economically dependent adolescents had the lowest scores; the number of living children compared to the general QLI ($p = 0,009$) and for health and functioning domain ($p = 0,004$) and family domain ($p = 0,006$), the correlation being negative; and the preterm birth in relation to health and functioning domain ($p = 0,029$). It is worth emphasizing that the correlation between personal income and general and per domains QLI did not show any statistical significance, even though there were families in the area of poverty. In the present study the variables that presented some statistically significant difference in comparison to the general and per domains QLI had a negative impact on the adolescents quality of life after maternity.

Descriptors: Adolescent. Quality of Life. Maternal Behavior.

RESUMEN

MARÇAL, Fernanda. **Evaluación de calidad de vida de los adolescentes después de la maternidad**. 2011. 114f. Dissertación (Maestría en Atención de la Salud) – Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2011.

Maternidad en la adolescencia suscita mudanzas en la calidad de vida (CV) de los jóvenes: en el cuerpo, social, cultural, legal y psico-emocional, pero no es necesariamente un problema. El presente estudio, tuvo como fin: evaluar el nivel de calidad de vida de los adolescentes después de la maternidad y la influencia de las variables social y demográfica, obstétrica y de los recién nacidos en este tema; describir el perfil social y demográfico, ginecológico y obstétrico de las madres adolescentes, para medir el índice de calidad de vida de las madres adolescentes; y la correlación de las áreas de calidad de vida de los datos con los datos social y demográficos y obstétricos de las jóvenes. Se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal que utiliza el Índice de Calidad de Vida (ICV) de Ferrans y Powers para evaluar la CV. Los datos fueron recogidos entre abril y julio de 2011. Se investigaron 96 adolescentes que dieron a luz en el Hospital de la Universidad de Uberaba-MG, 2010. Las jóvenes estuvieron de acuerdo en recibir una visita al hogar y responder a los instrumentos de recolección de datos. El perfil sociodemográfico de las madres adolescentes se caracteriza de la siguiente manera: la mayoría (90,6%) tenía entre 16 y 19 años al nacer, el 64,6% viven en pareja o están casados, el 27,1% se mantuvieron estudiando después del nacimiento del niño, sólo dos adolescentes fueron educados apropiados para su edad y los años promedio de escolaridad fueron de 8,5; el 77,1% no tienen ninguna fuente de ingresos en sí, el principal medio de información utilizado (91,7%) fue la televisión, y el promedio de ingreso mensual *per capita* es de R\$ 270,75. El perfil de atención obstétrica y neonatal: 20,8% han tenido más de un embarazo, el 8,3% tienen más de un hijo nacido vivo, 90,6% nunca tuvieron un aborto, el parto prematuro fue predominante (76,1%), el tipo más común de parto fue vaginal sin fórceps (67,7%), la mayoría de los jóvenes (76,0%) tenía acceso a métodos anticonceptivos después del último embarazo y el tiempo medio de lactancia materna exclusiva fue de 4,5 meses y la lactancia materna complementada fue de 10,1 meses. La puntuación media del Índice de Calidad de Vida fue 21,48 en general. En el área socioeconómica tenía, en promedio, el puntaje más bajo (17,34), y el dominio de la familia tenía, en promedio, las

puntuaciones más altas (25,31). Para el análisis comparativo de la ICV general y dominios con datos sociodemográficos, obstétricos y neonatales se utiliza la prueba t para muestras independientes, Mann-Whitney y análisis de variância. Las variables que mostraron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) fueron: la educación en relación con el dominio socioeconómico (SE) ($p = 0,008$) — cuantos más años de educación formal, mejor IQV – SE; los ingresos propios en relación con el dominio SE ($p = 0,017$), de modo que las jóvenes que dependían económicamente tuvieron las puntuaciones más bajas; el número de nacidos vivos en comparación con el total ICV ($p = 0,009$) y los dominios de la salud y el funcionamiento ($p = 0,004$) y la familia ($p = 0,006$), siendo la correlación negativa; y el parto prematuro en relación con el ámbito de la salud y la función ($p = 0,029$). Es de destacar que la correlación del ingreso *per capita* y lo ICV en general y por zonas no fue estadísticamente significativa, aunque hay familias en el área de pobreza. En este estudio la conclusión es que las variables que mostraron una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el ICV total y por zonas tuvieron un impacto negativo en la calidad de vida de las adolescentes después de la maternidad.

Descriptor: Adolescente. Calidad de Vida. Conducta Materna.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do município de Uberaba com a representação dos distritos sanitários e a distribuição de serviços de saúde. Uberaba (MG), 2011..	42
Figura 2	Escore de qualidade de vida geral de mães adolescentes, por situação conjugal.....	65
Figura 3	Escore de qualidade de vida geral, por número de gestações.....	70
Figura 4	Escore de qualidade de vida geral por número de filhos vivos.....	71
Figura 5	Escore do domínio saúde e funcionamento de qualidade de vida por número de filhos vivos.....	72
Figura 6	Escore do domínio família de qualidade de vida por número de filhos vivos.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da população investigada por situação no estudo.....	49
Tabela 2	Distribuição de mães adolescentes segundo a idade, situação conjugal, ocupação, grau de instrução, principal meio de informação utilizado e renda própria. Uberaba (MG), 2011.....	51
Tabela 3	Anos de estudo formal por idade da adolescente no momento da entrevista e a previsão de escolaridade no sistema de ensino básico brasileiro. Uberaba (MG), 2011.....	52
Tabela 4	Caracterização sociodemográfica quanto à renda familiar média mensal, número de pessoas no domicílio e renda média mensal <i>per capita</i> . Uberaba (MG), 2011.....	54
Tabela 5	Perfil obstétrico de adolescentes mães segundo o número de gravidezes, o número de filhos vivos, o número de abortamentos, a idade gestacional do último parto e o tipo de parto. Uberaba (MG), 2011.....	57
Tabela 6	Percentual de adolescentes que declaram uso prévio e atual de algum método contraceptivo. Uberaba (MG), 2011.....	60
Tabela 7	Prevalência e tempo de Aleitamento materno exclusivo e complementado entre adolescentes mães. Uberaba (MG), 2011.....	61
Tabela 8	Índice de Qualidade de Vida (IQV) geral e por domínios das mães adolescentes. Uberaba (MG), 2011.....	62
Tabela 9	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a idade da adolescente no momento do último parto. Uberaba (MG), 2011.....	63
Tabela 10	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a situação conjugal de adolescentes mães. Uberaba (MG), 2011.....	64

Tabela 11	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a frequência escolar de adolescentes mães. Uberaba (MG), 2011.....	65
Tabela 12	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a escolaridade de adolescentes mães. Uberaba (MG), 2011.....	66
Tabela 13	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a renda própria de adolescentes mães. Uberaba (MG), 2011.....	67
Tabela 14	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a renda <i>per capita</i> das famílias de adolescentes mães vivendo em zona de pobreza e daquelas com melhores condições econômicas. Uberaba (MG), 2011.....	68
Tabela 15	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com o número de gestações de adolescentes mães. Uberaba (MG), 2011.....	69
Tabela 16	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com o número de filhos vivos de mães adolescentes. Uberaba (MG), 2011.....	71
Tabela 17	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a ocorrência prévia de aborto. Uberaba (MG), 2011.....	74
Tabela 18	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a idade gestacional (em semanas) no momento do último parto de adolescentes. Uberaba (MG), 2011.....	75
Tabela 19	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com o tipo de parto de adolescentes. Uberaba (MG), 2011.....	76

Tabela 20	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a ocorrência de complicação gestacional em adolescentes. Uberaba (MG), 2011.....	77
Tabela 21	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a presença de má-formação congênita do neonato de mães adolescentes. Uberaba (MG), 2011.....	78
Tabela 22	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a necessidade de assistência hospitalar especializada a neonatos de mães adolescentes. Uberaba (MG), 2011.....	78
Tabela 23	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a presença de agravos à saúde do neonato no momento da entrevista. Uberaba (MG), 2011.....	79
Tabela 24	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com o aleitamento materno em adolescentes. Uberaba (MG), 2011...	80

LISTA DE SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem
ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
AM – Aleitamento Materno
AMC – Aleitamento Materno Complementado
AME – Aleitamento Materno Exclusivo
ANOVA – Análise de Variância
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gestação
Domínio F - Domínio Família
Domínio PE – Domínio Psicológico e Espiritual
Domínio SE – Domínio Socioeconômico
Domínio SF – Domínio Saúde e Funcionamento
DP – Desvio Padrão
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FEF – Faculdade de Educação Física
HC – Hospital de Clínicas
HELLP – Hemolytic Anemia; Elevated Liver Enzymes; Low Platelet Count
HIV – Human Immunodeficiency Virus
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IQV – Índice de Qualidade de Vida
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
MS – Ministério da Saúde
N – Número
NBR – Norma Brasileira
OMS – Organização Mundial da Saúde
PMU – Prefeitura Municipal de Uberaba

PPGAS – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

QV – Qualidade de vida

R\$ - Real

RCIU – Restrição de Crescimento Intraútero

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SM – Salário Mínimo

SPSS – Statistical Package for the Social Science

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNICEF – The United Nations Children's Fund

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1	ADOLESCÊNCIA..... 22
1.1	DEFINIÇÕES..... 22
1.2	O PROCESSO DE ADOLESCER..... 24
1.3	DESENVOLVIMENTOS FÍSICO, COGNITIVO, MORAL E SOCIAL..... 26
2	GRAVIDEZ E MATERNIDADE ADOLESCENTE..... 28
2.1	DEFINIÇÕES..... 28
2.2	EPIDEMIOLOGIA..... 29
2.3	IMPACTOS BIOLÓGICOS, MENTAIS E SOCIAIS SOBRE A ADOLESCENTE..... 30
2.4	ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE..... 32
3	QUALIDADE DE VIDA..... 34
3.1	CONCEITOS..... 34
3.2	QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E PROMOÇÃO DE SAÚDE..... 36
3.3	MENSURAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA..... 37
4	OBJETIVOS..... 40
5	MATERIAIS E MÉTODOS..... 41
5.1	TIPO E LOCAL DE ESTUDO..... 41
5.2	DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO..... 42
5.3	MÉTODOS PARA COLETA DE DADOS..... 42
5.3.1	Instrumentos..... 42
5.3.2	Variáveis do estudo..... 44
5.3.3	Coleta de dados..... 45
5.4	GERENCIAMENTO DOS DADOS..... 45
5.5	ANÁLISE DOS DADOS..... 46
5.6	ASPECTOS ÉTICOS..... 47
5.7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO..... 47
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 48

6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE ADOLESCENTES.....	49
6.2	CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA, GINECOLÓGICA E NEONATAL.....	55
6.3	QUALIDADE E VIDA SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS SOCIAIS, DEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS, GINECOLÓGICAS E NEONATAIS.....	61
7	CONCLUSÕES.....	81
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
9	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICES.....	94
	APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	94
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	96
	APÊNDICE 3 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO E IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDAS POR ITEM DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA.....	100
	APÊNDICE 4 – FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS POR ITEM DE SATISFAÇÃO DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA.....	101
	APÊNDICE 5 – FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS POR ITEM DE IMPORTÂNCIA DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA.....	102
	ANEXOS.....	103
	ANEXO 1 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS	103
	ANEXO 2 – ITENS DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA POR DOMÍNIO.....	107
	ANEXO 3 – SINTAXE DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS.....	108
	ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS/ UFTM.....	109

APRESENTAÇÃO

Em 2008, recém-formada, fui contratada como enfermeira assistencialista na Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Nesse contexto profissional, observou-se um número expressivo de adolescentes internadas para o nascimento de seus filhos. Algumas delas vivenciavam o momento acompanhadas exclusivamente pelos profissionais do serviço de saúde, outras com a presença — ora positiva, ora negativa — de familiares e de um companheiro. No que concerne à adolescente, percebia-se uma mudança quase instantânea no comportamento e discurso sobre a gravidez e sobre o bebê após o primeiro contato entre mãe e filho. Em minha percepção, as jovens demonstravam, em suas reações iniciais, insegurança pelo despreparo para assumir os cuidados de uma criança que, agora, era real. A gestação, na maioria das vezes não planejada, porém, muitas vezes, desejada a partir de sua descoberta, parecia não influenciar na vida dessas adolescentes. Entretanto, o acompanhamento das primeiras 48 horas de convívio do binômio, após o parto, apontava que transformações expressivas na vida das mães poderiam acontecer a partir dali. Deste modo, surgiram algumas inquietações: como seria a percepção da qualidade de vida das adolescentes após um período de vivência da maternidade?

A inquietude da busca por respostas às questões suscitadas na vivência profissional me levou a procurar por fundamentação científica através do ingresso no Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde (PPGAS) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

A partir daí esse projeto de pesquisa foi desenvolvido, buscando a reflexão sobre a qualidade de vida de adolescentes mães no município de Uberaba/ MG e pretendendo descrever suas características sociais, demográficas, ginecológicas e obstétricas e identificar seu índice de qualidade de vida. Buscou-se, ainda, ampliar os conhecimentos científicos sobre a relação entre a qualidade de vida e a maternidade adolescente e subsidiar a implementação de estratégias programáticas e assistenciais dos serviços de saúde para atender as mães adolescentes, com ações direcionadas para o grupo, e oferecer novas possibilidades de atuação profissional na promoção da saúde e da educação em saúde.

1 ADOLESCÊNCIA

1.1 DEFINIÇÕES

Adolescência é uma palavra derivada do latim *adolescencia*, gramaticalmente classificada como um substantivo feminino e com definições variáveis entre os dicionários de língua portuguesa. No dicionário Aurélio, indica o “período da vida humana que sucede a infância, começa com a puberdade, e se caracteriza por uma série de mudanças corporais e psicológicas” (HOLANDA FERREIRA, 1999, p.55). O dicionário Houaiss traz uma derivação por extensão de sentido ou conotação do termo como “fase, momento de alguma coisa que se caracteriza pelo viço, pelo frescor, juventude, mocidade” (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001, p.89). De fato, trata-se de um termo elaborado e reelaborado em cada período histórico, refletindo a conjuntura socioeconômica, política, cultural e moral de cada momento e variando, por exemplo, em função das relações de gênero e de gerações (MARGULIS, 2001).

As definições de adolescência mais relevantes no país estão associadas aos parâmetros etários da Organização Mundial de Saúde (OMS) — aos quais aderiram o Ministério da Saúde do Brasil (MS), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vinculado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Brasil — e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regulamentado pela Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Segundo a OMS (2006), adolescência é a fase de desenvolvimento correspondente à faixa etária de 10 a 19 anos de idade. O ECA (1999) considera adolescente aquela pessoa entre 12 e 18 anos de idade completos. Outras variações podem ser encontradas na literatura, como a ampliação do conceito de adolescência para a juventude, proposta pela OMS, que define como jovens os indivíduos entre 15 e 24 anos de idade completos; a estratificação do período etário em primeira etapa da adolescência (dos 10 aos 13 anos), etapa média da adolescência (dos 14 aos 16 anos), adolescência tardia (dos 17 aos 19 anos), proposta por Coll (2001); e a adolescência precoce (dos 10 aos 14 anos) e adolescência tardia (dos 15 aos 19 anos), como postulado pelo IBGE (2009).

A vinculação da adolescência exclusivamente à idade remete a uma visão reducionista e biologista que a medicina incorporou às suas práticas, especialmente após a revolução bacteriana (OLIVEIRA; EGRY, 2000). Essa abordagem se reflete em uma assistência às populações, inclusive de adolescentes, que tende a privilegiar aspectos orgânicos do processo saúde–doença

(TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002), bem como o corpo jovem e suas funções (MARGULIS, 2001). Mas, por tratar-se de um “parâmetro universal”, tal categorização tem grande relevância para fins didáticos e para a realização de estudos científicos (SAITO, 2000). Além disso, a delimitação etária é utilizada para definir políticas públicas de saúde em vários países, incluindo o Brasil (MAGALHÃES; DOS REIS, 2009). Preferencialmente, contudo, esse parâmetro deve ser utilizado sem ser dissociado dos outros aspectos, que revelam sua complexidade.

Outra concepção muito difundida é a de que adolescência é uma etapa transicional entre a infância e a vida adulta (FULLER, 2001). Segundo Coll (2001), esse tempo é de “crescimento e desenvolvimento, com aquisição de novas funções nas esferas biológica, psicológica e social”. E realmente constitui um período de expressivas transformações físicas, psíquicas e sociais, caracterizado por crescimento físico, maturação sexual, conscientização da sexualidade, desenvolvimento do pensamento reflexivo e crítico, independência emocional, incorporação de valores culturais morais e éticos, profundo autoconhecimento e estruturação da personalidade e novas formas de interação e inserção social (YAZLLE, 2006; ALEXANDRE, 2007; MANDÚ, 2007). Assim, esse período vital merece atenção especial como fenômeno individual e social (ALMEIDA et al., 2007).

Vários autores, entre os quais Margulis (2001), Mandú (2007) e Beato (2008), concordam que, em uma perspectiva integral, a adolescência deve ser entendida como um processo sociocultural, psicoafetivo e orgânico, condicionado pela idade, por questões de gênero, por aspectos históricos e geográficos. Numa perspectiva social, a adolescência é um período em que as exigências sociais são reduzidas, até que o jovem conquiste sua maturidade social e econômica, noção denominada como “moratória social”. Por esse parâmetro, o termo em questão designa uma entidade social e a condição de um sujeito dentro de um sistema articulado de relações interpessoais, no qual o papel do adolescente é dedicar-se aos estudos e ao aprendizado. Pela “moratória social”, a adolescência/juventude só termina quando o indivíduo assume a independência econômica e inicia sua própria família (MARGULIS, 2001). A mesma autora reconhece que as questões econômicas apontadas pela moratória social não são as únicas que definem a adolescência, e afirma que há muitas outras condições relacionadas ao conceito e que a grande diferença é que nem todos os grupos de jovens a vivenciam dessa forma (MARGULIS, 2001).

Os indivíduos vivenciam a adolescência de forma singular, sob influências socioculturais que são mutáveis e, por isso, o período exige adaptação constante do jovem (SAITO, 2000).

Assim, Traverso-Yépez e Pinheiro (2002) propõem que sejam consideradas “adolescências” dentro do processo de adolecer.

1.2 O PROCESSO DE ADOLESCER

O processo de adolecer é progressivo e não definitivo (BAETO, 2008) e depende de quem são os adolescentes em questão, quais são as circunstâncias históricas, políticas e sociais em que eles crescem e se desenvolvem (BURAK, 2001). Durante o adolecer, os indivíduos desenvolvem ações reorganizativas internas e externas, como uma forma de adaptação às novas condições às quais são expostos biológica, psicológica e socialmente. O jovem vai agregando as habilidades desenvolvidas, que são interdependentes e se influenciam entre si, até que seja capaz de “emancipar-se da tutela parental, estabelecer relações de intimidade amorosa, comprometer-se num conjunto de objetivos de vida que fomentem a autonomia, a responsabilidade, a capacidade de decisão e um código de valores pessoais”, ou seja, até que possua as características atribuídas à idade adulta (BAETO, 2008).

Na sociedade contemporânea, são atribuídos como símbolos do processo de adolecer a alegria, a beleza, a saúde, a despreocupação e as vivências de aventuras amorosas. É valoroso ser jovem, revelando a adoração ao corpo estereotipado, as condutas (tais como ser uma pessoa decidida e audaciosa) e as expressões (como o erotismo e o romantismo) (MARGULIS, 2001). Em contrapartida, o período também é simbolizado por rebeldia, violência, problemas de identidade, conformismo social e perturbações psicológicas. Nessa perspectiva negativa, a adolescência se restringe a uma etapa de turbulência e desordem (REYES, 2001; BEATO, 2008), levando Reyes (2001) a apontar que “ser jovem é levar o estigma de uma enfermidade que se cura com a idade”. Tais percepções são mutáveis, de acordo com os acontecimentos socioculturais e históricos (BURAK, 2001), sendo veiculadas por toda a sociedade pelos meios de informação (REYES, 2001).

Os adolescentes constituem um grupo socialmente vulnerável às diversas situações que podem comprometer seu desenvolvimento biopsicossocial (ALMEIDA et al., 2007; ROSA; REIS; TANAKA, 2007). Os países da América Latina, incluindo o Brasil, estão entre os que

possuem a pior distribuição de renda do planeta. E as consequências dessa situação são percebidas em todos os setores sociais (saúde, educação, mercado de trabalho), recaindo, principalmente, sobre os jovens (REYES, 2001). Isso os expõe ao risco e à vulnerabilidade, uma vez que limita suas possibilidades e projetos de vida, além de restringi-los na vivência de seus papéis sexuais e ao mercado de trabalho informal precário (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002).

No âmbito da sexualidade, o adolescente vivencia um momento influenciável de mudança de comportamento e de atitudes, com o aprendizado de padrões sociais e sexuais (ALEXANDRE, 2007). E, como todos os componentes da adolescência, a sexualidade deve ser compreendida a partir de contextos específicos, individuais e sociais, representados por cenários socioculturais plurais e dinâmicos (MANDÚ, 2007). A experiência de adolecer, especialmente quanto à sexualidade, é bastante heterogênea entre os indivíduos de sexo feminino e masculino e entre indivíduos do mesmo sexo (MARGULIS, 2001). No século XX, a revolução feminista impulsionou as mulheres a ingressar no mercado de trabalho; além disso, o advento dos novos métodos contraceptivos possibilitou maior controle sobre seu corpo, e a mudança do “código de condutas sexuais” possibilitou a emancipação sexual feminina (MARGULIS, 2001). O reflexo disso para as jovens, nos dias de hoje, aparece na adolescência como um período de experimentação sexual (FULLER, 2001).

Os adolescentes são um grupo importante, no que concerne à implementação de políticas públicas de saúde integral, incluindo atenção à sexualidade, à conduta sexual e à reprodução (GUZMÁN; CONTRERAS; HAKKERT, 2001), não podendo ser ignoradas as dimensões que compreendem a saúde humana (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002). A preocupação das instituições governamentais e não governamentais com os adolescentes pode ser percebida nos diversos programas desenvolvidos para proteger e promover o grupo. Destacam-se o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD, de 1989, com reedição em 1996, que propôs bases programáticas para atuação com o jovem, destacando, dentre as áreas de atuação prioritária, a sexualidade e a saúde reprodutiva, objetivando a promoção, a integração, o apoio e o incentivo a iniciativas de atenção ao adolescente numa perspectiva integral, multissetorial e interdisciplinar (BRASIL, 1996). A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN, 1999) demonstrou sua preocupação e seu comprometimento com a saúde do adolescente ao publicar o Projeto Adolecer, que busca essencialmente instrumentalizar os profissionais de enfermagem para o

cuidado diante das mudanças envolvendo os jovens. Ainda merecem destaque o Programa Saúde em Casa, uma das linhas guias de atuação na Atenção à Saúde do Adolescente (BRASIL, 2006) e o Programa Saúde na Escola, dos Ministérios da Educação e da Saúde, instituído pelo Decreto nº 6.286/07, que propôs a promoção da saúde infanto-juvenil no ambiente escolar (BRASIL, 2007). Também merecem destaque a inclusão de diretrizes específicas para o grupo nas Políticas de Saúde da Mulher do governo brasileiro (ALEXANDRE, 2007) e a Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde — ESF/ SUS, embora este último não tenha sido um programa implementado exclusivamente para atuar na saúde do adolescente, é um recurso estratégico para o enfrentamento de problemas de saúde pública, em função da proximidade das equipes de saúde com as famílias e a comunidade (GONÇALVES; PEDROSA, 2009).

As autoras Traverso-Yépez e Pinheiro (2002) afirmam que:

para o seu desenvolvimento psicossocial e sua formação intelectual, moral e espiritual, o adolescente precisa definir suas relações e processos de identidade [...] e necessita de espaços apropriados para desenvolver a autoestima, a criatividade e seu projeto de vida. (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002, p.142).

Ou seja, é preciso implementar ações para que o adolescente desenvolva suas potencialidades ao máximo. Vale destacar que as principais iniciativas, governamentais ou não, que abordam a saúde do infanto-juvenil, enfocam prioritariamente a sexualidade e a saúde reprodutiva, sendo necessário desenvolver uma visão mais ampliada sobre o adolescer, que permeie os programas de forma mais incisiva, numa perspectiva de promoção integral à saúde do adolescente.

1.3 DESENVOLVIMENTOS FÍSICO, MENTAL, MORAL E SOCIAL

O desenvolvimento físico dos adolescentes tem sua base nas mudanças da puberdade (BEATO, 2008), fase que consiste num conjunto de transformações corporais desencadeadas por ação de hormônios, caracterizada pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários e pela completa maturação sexual (ZERWES, 2004). A puberdade evidencia diferenças marcantes entre os sexos.

Dentre os caracteres sexuais femininos relevantes no desenvolvimento e crescimento físico feminino, destacam-se o desenvolvimento da glândula mamária, com o estabelecimento do contorno dos seios, o crescimento dos pelos pubianos e as alterações da genitália externa e

interna (BEATO, 2008). Um marco biológico importante da puberdade feminina é a menarca, a primeira menstruação, ocorrida em idade variável, e que, assim como a aceleração do crescimento, depende de fatores genéticos, socioeconômicos, nutricionais e de determinantes biológicos e sociais da saúde (ZERWES, 2004; BEATO, 2008).

O comportamento psicológico e a saúde mental dos adolescentes são diretamente influenciados pelas transformações físicas ocorridas na puberdade (ZERWES, 2004). Vale ressaltar que as transformações biopsicossociais ocorrem gradual e simultaneamente, sendo desencadeadas pela ação hormonal e pelo estabelecimento da capacidade reprodutiva (COLL, 2001). O desenvolvimento psicológico humano é um processo que ocorre continuamente, durante todas as fases da vida. Na adolescência, tal processo é intensificado e caracterizado pela construção e reconstrução de identidades (sexual, de gênero, de trabalho, locus social) em função das novas características físicas e devido às mudanças nas relações interpessoais estabelecidas (LOPES DE OLIVEIRA, 2006). Nesse sentido, a referida autora define que o *self* (“eu”) adolescente “é o arranjo que se produz na internalização e na externalização ativas de experiências”, que podem ser individuais ou coletivas.

Quanto ao desenvolvimento social, a identidade feminina tradicional resume-se à expressão da feminilidade através da maternidade, percepção que, embora não seja absoluta na sociedade brasileira, ainda é bastante prevalente, especialmente em classes socioeconômicas menos favorecidas (FULLER, 2001). A adolescência, no meio social, é cada vez mais prematura, antecipando uma série de comportamentos (ALMEIDA et al., 2007). E entre esses comportamentos está justamente o despertar sexual cada vez mais precoce (RODRIGUES et al., 2008). A antecipação da idade da menarca, a instalação da capacidade reprodutiva e a vivência da sexualidade como partes do processo de adolecer expõem as jovens à maternidade, o que preocupa os órgãos de saúde, no que diz respeito à saúde integral da mulher adolescente, e constitui tema central do presente estudo, que pretende reconhecer aspectos sociodemográficos, obstétricos e neonatais potencialmente impactantes na qualidade de vida das jovens após a maternidade.

2 GRAVIDEZ E MATERNIDADE ADOLESCENTE

2.1 DEFINIÇÕES

A gravidez é o evento reprodutivo que permite a perpetuação da espécie humana e tem como marcador biológico a idade fértil, cujo limite inferior é a menarca e o superior, a menopausa (MARGULIS, 2001; PROVETTI JUNIOR, 2009). De acordo com Sérgio Castilho Fernandes (apud PROVETTI JUNIOR, 2009), ao longo da vida, as pessoas passam pela gravidez biológica, com duração média de 38 semanas, e por uma gestação psicocultural, um período variável e indefinido que ocorre até que o indivíduo esteja pronto para “nascer” na sociedade. A maturação biológica precede o amadurecimento social tornando possível que uma gravidez (obstétrica) aconteça antes que as funções psicológicas e sociais estejam bem estabelecidas (COLL, 2001), fato relevante para o entendimento desse evento natural, bem como da vivência da maternidade durante a adolescência.

A maternidade, substantivo que tem sua origem no latim *maternitas*, qualidade de mãe (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001, p.1.868), também está associada a fatores culturais, sociais e aos avanços tecnológicos (MARGULIS, 2001; COLL, 2001). De acordo com Folle e Geib (2004): “Cuidado materno constitui um conjunto de ações bio-psico-socio-ambientais”. E segundo Santos e Schor (2003), o cuidado materno é definido depois de aproximados seis meses decorridos do parto, quando a maternagem já está bem estabelecida e a rede de apoio social diminui. Vale destacar que a maternagem trata do vínculo entre a “boa mãe” e seu filho (HOUAISS ELETRÔNICO, 2009).

A gravidez/maternidade na adolescência, como fenômeno, surge na metade do século XX, quando o sexo foi dissociado da procriação no comportamento sexual de mulheres e homens. A partir daí, a questão tem se transformado significativamente na sociedade: por muito tempo a faixa etária da adolescência foi considerada adequada para a vivência da maternidade, sendo o *status* de “precoce” bastante contemporâneo (HEILBORN et al., 2009).

Cada sociedade, em cada período histórico, define o que é risco (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002) e, nesse sentido, a sociedade contemporânea definiu que a gravidez/maternidade na adolescência é uma situação de risco para a jovem. É uma temática tratada com foco individual, na perspectiva da prevenção do risco de engravidar, desconsiderando

que a questão é muito mais ampla e complexa. Por essa premissa, a conotação de problema para a maternidade adolescente é uma construção social relacionada ao fato de que a jovem mãe não cursará o caminho socialmente determinado como ideal para suas fases de desenvolvimento e não responderá às expectativas em torno da juventude (FOLLE; GEIB, 2004; HEILBORN et al., 2009).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

A organização Population Reference Bureau (2011) estima que, a cada ano, 139.558.000 mulheres pari um filho no mundo, das quais 16 milhões, segundo a OMS (2008), estejam entre 15 e 19 anos de idade. O Censo 2010 do Brasil aponta que 18% da população tenha entre 10 e 19 anos de idade, sendo 49,4% representantes de sexo feminino. As estatísticas nacionais também revelam que o número de nascidos vivos de mães nessa faixa etária é de 551.434, equivalendo a 19,3% do total de nascidos vivos no país. Considerando a idade materna entre 10 e 14 anos e entre 15 e 19 anos, temos, respectivamente 4,9% e 18,4% do total de recém-nascidos vivos (BRASIL, 2011). A maior incidência do evento é nas regiões Nordeste e Sudeste, o que está associado, entre outros fatores, à densidade demográfica regional.

A estatística vital brasileira mais recente indica que o percentual de mortalidade materna de adolescentes foi de 15,9%; os óbitos fetais e a mortalidade neonatal (considerando recém-nascidos de até 28 dias de vida) de mães adolescentes representaram, respectivamente, 16,7% e 21,6% do total; e 21,8% dos casos de baixo peso ao nascer (< 2500 gramas) foram de filhos de jovens mães (BRASIL, 2011).

A maternidade na adolescência, que já foi considerada um fenômeno mundial ascendente, vem decrescendo ao longo dos últimos 10 anos no Brasil, especialmente em jovens acima dos 15 anos. Para a adolescência precoce, o declínio também existe, mas em menor escala (BRASIL, 2011). Embora as taxas de maternidade na adolescência estejam diminuindo, a preocupação com a temática mantém-se constante, porque ainda são milhares de adolescentes vivenciando a maternidade e sua inerente complexidade, exigindo atenção interdisciplinar com uma visão ampliada sobre saúde e sua promoção; porque há um enfoque e uma difusão social expressiva dos aspectos negativos relacionados e atribuídos à gravidez/maternidade para os jovens (GUZMÁN; CONTRERAS; HAKKERT, 2001); e devido ao aumento da repetição da gravidez na

adolescência (CARVALHO; MERIGHI; DE JESUS, 2009). Bocardi (2003) aponta que 40% das adolescentes mães voltam a engravidar, com variação percentual de 5,2% a 16% nas regiões Sul e Sudeste do Brasil e chegando até 46,2% no Norte e Nordeste brasileiros (ROSA; REIS; TANAKA, 2007).

2.3 IMPACTOS BIOLÓGICOS, MENTAIS E SOCIAIS SOBRE A ADOLESCENTE

A gravidez na adolescência é associada a uma série de intercorrências clínicas e obstétricas, especialmente quando a idade materna é menor que 17 anos, como baixo peso do recém-nascido, mortalidade materna, ganho de peso inadequado na gestação relacionado à restrição de crescimento intraútero (RCIU) do RN ou a ganho excessivo de massa corpórea materna, prematuridade, anemia, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) com possível evolução para pré-eclampsia, eclampsia e síndrome HELLP, e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) (OLIVEIRA JUNIOR, 2009). No período puerperal (entre o 1^o e o 45^o dias após o parto), outras complicações são referidas como comuns em adolescentes, dentre as quais estão as síndromes hemorrágicas causadas por hipotonia uterina, as lacerações do trajeto pélvico em função de desproporção céfalopélvica e de hematomas perineais, os fenômenos convulsivos decorrentes de toxemias, e as lipotimias (ARAÚJO; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009). Atualmente, considera-se que os aspectos relacionados com as complicações obstétricas podem ser minimizados se a adolescente for assistida adequadamente durante todo o ciclo gravídico-puerperal (YAZLLE, 2006). Além da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal, os riscos atribuídos à gravidez na adolescência estão muito mais associados ao início tardio do acompanhamento obstétrico do que à condição física da jovem por si só. A gravidez não planejada para a maioria das jovens pode ser socialmente condenada e, por isso, elas esperam o máximo possível para comunicar aos pais e ao parceiro, retardando o início do pré-natal (COLL, 2001). Assim, o comprometimento da assistência pré-natal estaria ligado ao comportamento materno adolescente (COLL, 2001). Nessa perspectiva, as principais repercussões da maternidade na adolescência estão concentradas nos âmbitos psicoafetivo e socioeconômico.

O ciclo gravídico-puerperal é um processo que exige constantes adaptações à condição materna e gera conflitos, sendo emocionalmente difícil para a mulher (SABROZA; LEAL; SOUZA JR.; GAMA, 2004; VIDO, 2006; AMORIM DA SILVA et al., 2009). Ocorrem

transformações intensas e muito particulares, vivenciadas pela mulher de forma bastante individualizada com reajustes interpessoais e intrapsíquicos, mudança na identidade e no papel social (VIDO, 2006; AMORIM DA SILVA et al., 2009). São transformações influenciadas por diversos fatores, como a história de vida, o planejamento familiar, o contexto socioeconômico, entre outros. Mudanças que ocorrem no corpo, no comportamento, na sexualidade e que acabam interferindo nas atividades diárias e nos planos de vida (VIDO, 2006; BRASIL, 2001). A maternidade impõe um processo de amadurecimento, com novas responsabilidades (psicológicas, sociais e econômicas), para o qual a adolescente pode estar mal preparada, o que pode levar ao salto de uma etapa do desenvolvimento, possibilitando déficits cognitivo-comportamentais (SABROZA; LEAL; SOUZA JR; GAMA, 2004; PROVETTI JUNIOR, 2009). Especialmente no que diz respeito aos aspectos emocionais, podem ocorrer prejuízos e transtornos de ordem afetiva que comprometem a saúde mental da adolescente, com destaque para alterações na autoestima, vivência de um nível elevado de estresse e poucas expectativas em relação ao futuro, impactando diretamente a qualidade de vida da mãe adolescente (SABROZA; LEAL; SOUZA JR; GAMA, 2004).

Embora os impactos psicológicos negativos para a adolescente ganhem destaque, principalmente no discurso das instituições governamentais que veem como meta instituir programas de proteção ao jovem através da redução significativa do evento, vários autores realçam aspectos positivos da maternidade adolescente. Mais do que um problema, compreendem a questão em função dos processos aos quais está associada, inclusive do significado que “ser mãe” teve para a jovem (GUZMÁN; CONTRERAS; HAKKERT, 2001). A maternidade é motivo de orgulho e realização pessoal para jovens que antes não viam alternativas para sua vida (FOLLE; GEIB, 2004; GONTIJO; MEDEIROS, 2008). Pelo senso comum, ser mãe confere à jovem respeito, consideração social e o desejado *status* de adulto, que é valorado para o grupo de adolescentes, já que se trata da realidade em que estão inseridas (MARGULIS, 2001; FOLLE; GEIB, 2004).

No que concerne aos aspectos sociais envolvidos na maternidade adolescente, é real que as adolescentes que engravidam compartilham algumas características socioeconômicas, culturais e políticas. Mas, nesse caso, a relação de causa e efeito não tem um sentido único entre os fatores (FOLLE; GEIB, 2004). O fator cultural é marcante na vivência da maternidade na adolescência, estando intimamente relacionado com o que Burak (2001) denomina “desafio no âmbito dos

valores”, um conceito que engloba aspectos como a cultura de consumo, competitividade e confusão de limites, relação de gêneros, manejo da sexualidade, a cultura do corpo, família, entre outros valores humanos morais transmitidos e assimilados pelo grupo. Segundo a OMS (2006), as mães adolescentes abandonam a escola, apresentam baixo nível socioeconômico e não têm acesso facilitado aos serviços de saúde. Isso promove um ciclo de desvantagens que leva a problemas sociais. A adolescente que abandona os estudos terá menos oportunidades de emprego e, assim, perpetuam-se as condições de desvantagens socioeconômicas (OMS, 2006; UNICEF, 2000). Em função do ciclo de desvantagens, Margulis (2001) afirma que a maternidade incide sobre a mulher aumentando suas responsabilidades e limitando suas ações individuais. Mas para algumas adolescentes, ao contrário, a maternidade significa a solução de problemas sociais e familiares em uma estrutura social com oportunidades restritas (COLL, 2001).

A maternidade adolescente não deve ser estimulada, mas, uma vez que aconteça, deve-se ter uma visão ampliada sobre a questão que extrapole aspectos biológicos e o rótulo de “problema social” (GONTIJO; MEDEIROS, 2008). Nesse sentido, alguns fatores potencialmente interferentes na avaliação da qualidade de vida de uma adolescente mãe são apontados por Folle e Geib (2004), como aqueles que impulsionam a forma de cuidar do RN ou a relação estabelecida entre mãe e filho com a vivência da maternidade. Esses fatores são representados por: estabelecimento de novas responsabilidades, amadurecimento pessoal, maturação (ou imaturidade) emocional, falta de contracepção ou uso de métodos contraceptivos inadequados e/ou utilizados de forma indevida, baixa autoestima, entre outros.

2.4 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Como vimos, a gravidez/maternidade na adolescência traz consequências de âmbito social, cultural, legal, psicoemocional e corporal, mas não é, necessariamente, um problema. Fato é que a jovem mãe demanda atenção especializada com abordagem interdisciplinar e intersetorial para vivenciar o acontecimento, além de investimentos sociais e em saúde, minimizando os possíveis impactos negativos (COLL, 2001; MANDÚ, 2007; ROSA; REIS; TANAKA, 2007). A OMS (2008) prioriza como cuidado básico de saúde a promoção da maternidade segura para adolescentes, o que inclui informação para a gestante, para os familiares e para a comunidade, de forma que seja garantido o suporte necessário à jovem.

A despeito de existir um arcabouço teórico e legal, inclusive com incentivos financeiros governamentais para que as instituições de saúde assistam o adolescente na perspectiva da educação e promoção da saúde e prevenção de agravos e minimização do caráter de vulnerabilidade social, de modo geral, e independentemente dos principais aspectos sobre os quais a maternidade repercute na adolescente e na sua família, os serviços de saúde, entre outras instituições sociais, encontram-se despreparados para lidar com famílias, crianças e adolescentes em questões relacionadas à sexualidade (MANDÚ, 2007). O despreparo das instituições de saúde no atendimento de jovens mães está relacionado à visão reducionista e negativa que se tem da saúde do adolescente, que requer menos serviços curativistas e preventivistas e mais ações na dimensão de promoção da saúde (ROSA; REIS; TANAKA, 2007).

O profissional de saúde é peça fundamental para a estruturação e/ou para o fortalecimento de redes de apoio e suporte social e, nesse sentido, a equipe de enfermagem merece destaque, pois atua promovendo a interface entre a comunidade e o serviço de saúde, tanto na saúde individual quanto na coletiva (GONÇALVES; PEDROSA, 2009). Esses profissionais têm, portanto, um papel importante na assistência a grupos vulneráveis e devem estar aptos a assistir a adolescente que vivencia a maternidade em todas as dimensões do cuidado. A atuação profissional não pode ser restrita e deve enfatizar a importância da abordagem integral à saúde, da promoção da saúde e da articulação dos setores sociais para o cuidado do adolescente (MANDÚ, 2007), visando à promoção da qualidade de vida e ao desenvolvimento de ações educativas sobre saúde, direitos individuais e sociais garantidos a todos (UNICEF, 1989). Faz-se necessária uma abordagem multidisciplinar da maternidade na adolescência, por profissionais habilitados para o manejo de todos os aspectos envolvidos na maternidade (SABROZA; LEAL; SOUZA JR; GAMA, 2004).

3 QUALIDADE DE VIDA

3.1 CONCEITOS

Acredita-se que os primeiros conceitos de qualidade de vida (QV) tenham sido publicados nos anos 1930 e a partir daí houve um impulso para o amadurecimento da definição acompanhando os avanços teóricos e práticos especialmente nas últimas duas décadas (SEIDL; ZANNON, 2004). A QV foi entendida apenas como uma relação de custo-benefício, mas evidentemente engloba muitos outros aspectos sociais, emocionais, de bem-estar, físicos, culturais e espirituais. Do mesmo modo, é importante existir uma percepção clara de que o conceito é variável, de acordo com as experiências pelas quais um sujeito passa em um determinado momento (VIDO, 2006; MINAYO, HARTZ & BUSS 2000). A QV, portanto, engloba tanto aspectos objetivos, como educação, emprego, ambiente, rendimento, habitação, cultura, lazer, entre outros, como subjetivos, dentre os quais a felicidade, a satisfação com o conjunto da vida, a satisfação com o trabalho, a vida sexual, o bem-estar psicológico, o bem-estar físico, entre outros (MORRISON, 2005). Assim, amplia-se a perspectiva sobre o homem, reconhecendo que há mais do que sinais e sintomas e tempo de vida (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2010).

Autores como Nobre (1995) e Almeida e Gutierrez (2010) apontam que o conceito de qualidade de vida deve considerar os aspectos inerentes ao indivíduo, como os fisiológicos e os mentais, e aqueles adquiridos ao longo da vida, como os relacionais e os cotidianos. Afirmam que qualidade de vida pode ser o que cada um quer que seja, reforçando o caráter individual e subjetivo do termo, e que o único indivíduo capaz de valorar sua própria qualidade de vida é ele próprio. A QV envolve uma noção humana que tem sido associada à satisfação pessoal e avaliada através de domínios pelos quais é possível aproximar aquilo que o indivíduo deseja daquilo que ele tem. Devido ao caráter mais subjetivo, qualidade de vida quase sempre aparece de forma genérica, sem significado ou conceito bem definido (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000). Cada pessoa tem uma representação individualizada, uma ilustração a respeito de algum assunto e por isso a qualidade de vida pode ser vista como um exemplo de conceito que apresenta enorme variação de significados e enfoques (VIDO, 2006). Os vários conceitos de QV encontrados na literatura podem ser agrupados em duas categorias, em função da tendência teórica que embasa

cada um deles: uma que considera a QV de forma genérica, estando focada em seus aspectos mais subjetivos; e outra relacionada à saúde, que implica aspectos diretamente relacionados a processos patológicos (SEIDL; ZANNON, 2004; DE BARROS et al., 2008). Esta última denota a prática biologistica e reducionista da saúde, embora o discurso de qualidade de vida esteja associado à promoção da saúde, que vai muito além do assistencialismo curativista.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Qualidade de vida como:

a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida dentro do contexto cultural e no sistema de valores em que vive e com seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. Em um conceito extenso e completo engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independências, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio em que vive (OMS, 1998a, p.11).

Esse conceito está mais próximo da noção genérica do termo, conforme a categorização de Seidl e Zannon (2004). E segundo essas autoras, esta é uma importante característica do conceito, que permite pessoas saudáveis dentro dos grupos populacionais avaliados. O Grupo de Estudos e Pesquisa da Atividade Física e Qualidade de Vida da Universidade Estadual de Campinas (FEF-UNICAMP) amplia o conceito proposto pela OMS, incluindo a dimensão ética e o caráter político da sociedade e das relações estabelecidas na qualidade de vida (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2010).

Numa perspectiva mais direcionada aos aspectos sociais da vida humana, a QV é congruente com os conceitos de desenvolvimento, de necessidades humanas e cidadania e é definido por Barbosa (1998) como:

a capacidade que as pessoas têm de satisfazer adequadamente suas necessidades humanas fundamentais. Estas necessidades devem ser entendidas como um sistema em que as mesmas se inter-relacionam e interagem: necessidades de ser, ter, haver e estar, e necessidades de subsistência, proteção, afeto, entendimento, participação, desejo, criação, identidade e liberdade (BARBOSA, 1998, p.84).

A estudiosa de QV, Carol Estwing Ferrans (1990), considera que qualidade de vida se refere ao “sentimento de bem-estar de uma pessoa quanto à satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela”, conceito adotado no presente estudo.

Embora não haja um conceito único de QV, é uma premissa comum sob a qual devem ser considerados, para sua avaliação, os seguintes domínios da experiência individual: físico, psicológico, espiritual e social (família) (PINTO-NETO; CONDE, 2008); além disso, algumas características têm se consolidado desde os anos 1990, tais como a subjetividade, a

individualidade e a multidimensionalidade, sendo que esta última reconhece a composição da QV por diferentes dimensões (SEIDL; ZANNON, 2004). De qualquer forma, segundo Barbosa (1998), o termo “qualidade de vida” sempre estará aderido ao desenvolvimento, à satisfação das necessidades humanas e à cidadania (BARBOSA, 1998).

A escolha do conceito dependerá da proposta para a qual será utilizado e, nesse sentido, é válido apontar que os estudos sobre a QV, assim como sua definição, possuem formas de classificação, podendo ser agrupados, de acordo com a abordagem utilizada, em enfoque socioeconômico, médico, psicológico e geral. Este último considera a qualidade de vida como uma estrutura com múltiplas dimensões: a individualidade, a subjetividade e a ambiência da qualidade de vida (MORRISON, 2005; PINTO-NETO; CONDE, 2008; ALMEIDA; GUTIERREZ, 2010).

3.2 QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E PROMOÇÃO DE SAÚDE

Há uma evidente conexão entre QV e saúde. Buss (2000) e Almeida e Gutierrez (2010) afirmam que esses conceitos estão tão intimamente relacionados que um é influenciado pelo outro. De fato, essa relação perpassa o desenvolvimento da promoção da saúde, de forma que a qualidade de vida é primordial para um indivíduo ser saudável e vice-versa. Para Farquhar (1995), Minayo et al. (2000) e Gurgel et al. (2008), a QV valoriza a promoção à saúde e se configura como resultado esperado e um desafio para as políticas públicas de saúde, inclusive as relacionadas com a maternidade na adolescência (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000; GURGEL et al., 2008). Segundo Almeida et al. (2007), a promoção da saúde está diretamente associada às concepções de qualidade de vida, equidade, cidadania, desenvolvimento e participação, e deve instrumentalizar o indivíduo para enfrentar as condições adversas que possam gerar agravos à sua vida, em todas as dimensões.

Sob a ótica dos serviços de assistência à saúde, a QV indica o impacto físico e psicossocial que uma condição (patológica ou não) provoca no indivíduo e qual sua capacidade de adaptação e resiliência diante da situação instalada. Assim, a QV aparece como uma variável clínica importante para o direcionamento das ações assistenciais e a mudança na visão sobre a saúde, podendo exaltar a promoção da saúde em relação às práticas puramente preventivistas e curativistas (SEIDL; ZANNON, 2004). Estabelecida a conexão entre os termos e reconhecido o

conceito de qualidade de vida adotado no presente estudo, vale definir saúde e promoção da saúde.

Para a OMS (1998a) saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença”; a Organização considera, ainda, que, no contexto da promoção da saúde, é “um recurso que permite que as pessoas levem uma vida individual, social e economicamente produtiva”.

A ideia de promoção da saúde surge contrária à medicalização biomédica e relacionada à vigilância à saúde (SÍCOLI; DO NASCIMENTO, 2003). Para esses autores, a promoção da saúde não deve restringir-se à ausência de doença, e suas ações devem ser, necessariamente, intersetoriais, visando resgatar o caráter de prática social em que o indivíduo não é objeto da assistência, mas sujeito do processo saúde–doença.

A OMS (1984) define promoção da saúde como:

O processo pelo qual se permite que as pessoas controlem e possam melhorar a sua saúde. Essa perspectiva deriva do conceito de saúde em que o indivíduo ou grupo deve ser capaz de, por um lado realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades e, por outro, mudar o ambiente em que vive ou lidar com ele (OMS, 1984, p.20).

Esse conceito foi adotado como referencial teórico do presente estudo. A promoção da saúde implica sete princípios básicos apontados pela OMS (1998b) — que são empoderamento, participação social, visão holística, intersetorialidade, equidade, sustentabilidade e ações multiestratégicas — e “envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde” (CZERISNIA, 2003).

A promoção da saúde moderna está sustentada por um olhar amplo sobre saúde e está diretamente relacionada com a qualidade de vida das pessoas, já que, segundo a OMS (1984), envolve dia a dia da população, e não com doenças específicas, além de estar associada também a questões como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria (BUSS, 2000).

3.3 MENSURAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

A complexidade da conformação organizacional da sociedade e do ambiente e as constantes mudanças desses segmentos nos últimos anos, especialmente com o avanço tecnológico intenso, desencadearam um processo dinâmico de transformações das relações entre

indivíduos, e destes com o meio, potencialmente impactantes na qualidade de vida (BARBOSA, 1998). A autora ainda relaciona as situações inesperadas cotidianas, às quais devemos nos adaptar e que geram tensão, a impactos negativos na qualidade de vida e ao aparecimento de distúrbios psíquicos. Há, nessa percepção, uma estreita relação entre a qualidade de vida e a saúde mental de uma população, e avaliar e promover QV constitui ação de proteção da saúde. A saúde mental aparece como parte essencial da qualidade de vida.

A avaliação ou mensuração, individual ou coletiva, da qualidade de vida tem sido enfatizada nos últimos tempos, especialmente na área da saúde. Essa projeção da temática na sociedade contemporânea deve-se, em parte, ao aumento dos condicionantes capazes de limitar a participação individual em atividades cotidianas, afetando a qualidade de vida. Se a QV está prejudicada, há interesse em avaliá-la e planejar ações para seu restabelecimento (LAURENTI, 2003). A QV deve ser avaliada mesmo em situações em que não há uma doença estabelecida ou sequela a ser tratada, considerando-se a avaliação do nível de vida ou saúde de um grupo (LAURENTI, 2003). Para avaliação de momentos e situações de vida, com a verificação de bem-estar e satisfação, os instrumentos com construto mais subjetivo “tendem a ter boa cobertura” (BARROS et al., 2008).

Há várias maneiras de se avaliar a qualidade de vida de um indivíduo (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2010), que dependem da finalidade da pesquisa. Vários instrumentos têm sido desenvolvidos, tanto de natureza objetiva quanto subjetiva, visando medir sentimentos e avaliar autovalorização e condutas, os quais podem ser direcionados e adequados para situações específicas ou gerais (VIDO, 2006; MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000). Esses instrumentos de avaliação da qualidade de vida tendem a oferecer uma boa visão do bem-estar e da satisfação em momentos específicos da vida e podem nortear o funcionamento de serviços de saúde e guiar políticas públicas (BARROS et al., 2008; FLECK, 2000). Podem ser apontados dois grandes grupos quanto ao objetivo para avaliação da QV: um visa a campos mais específicos, como emprego, ambiente e saúde; o outro, mais abrangente, vislumbra intuídos como “descrever, avaliar e melhorar áreas específicas da vida, da comunidade e da sociedade” (MORRISON, 2005). O Índice de Desenvolvimento Humano, por exemplo, aparece como uma forma tradicional de avaliação objetiva da QV (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2010). De modo geral, a produção de instrumentos para avaliação de qualidade de vida privilegia, em sua maioria, as populações acometidas por quadros patológicos (NOBRE, 1995; ALMEIDA; GUTIERREZ, 2010), o que é,

de certo ponto de vista, contraditório, já que a QV conceitualmente busca ampliar a percepção do ser para além da doença. Temos também na literatura questionários genéricos, aplicáveis à população saudável em geral, organizados por domínios ou dimensões (NOBRE, 1995) e cuja produção é uma tendência mundial (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2010).

A satisfação com as diferentes áreas da vida é verificada na apreciação subjetiva da qualidade de vida e é considerada um julgamento em que se tem menor ou maior satisfação (BARROS et al., 2008).

Em suma, a saúde deve ser entendida em um contexto amplo envolvendo aspectos biológicos, culturais, históricos e antropológicos para o planejamento de qualquer ação de saúde e organização de serviço. Para prover assistência de enfermagem de qualidade, faz-se necessário conhecer a realidade da população, direcionando os cuidados à saúde e mantendo a integralidade como eixo para as propostas de intervenção. Os instrumentos de medição de qualidade de vida nos permitem ter uma visão mais fiel das necessidades percebidas e, assim, melhorar a prática assistencial (VIDO, 2006). São aliados na compreensão dos fenômenos e subsidiam a implementação de ações de promoção à saúde.

4 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar o índice de qualidade de vida de adolescentes após a maternidade e a influência de variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais sobre este construto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever os perfis social, demográfico, ginecológico e obstétrico das mães adolescentes;

Medir o índice de qualidade de vida de mães adolescentes utilizando o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers;

Correlacionar os domínios de qualidade de vida com os dados sociodemográficos e com os dados obstétricos das jovens.

5. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi formatado segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), NBR 14724 e NBR 6023 (ABNT, 2011; ABNT, 2002).

5.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo inquérito domiciliar seccional e observacional. A opção por esse tipo de estudo justifica-se pelo fato de ele ser capaz de produzir “instantâneos” da situação de saúde da população, baseando-se na avaliação individual (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

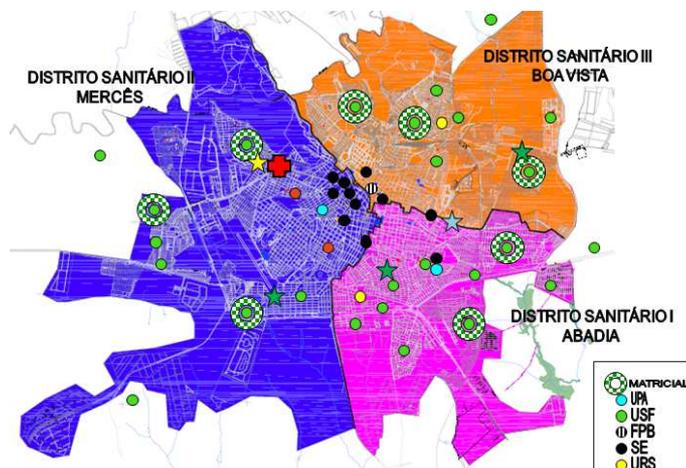
Com essa escolha busca-se, a partir da descrição de características do grupo de investigação, fornecer dados para o planejamento e a administração de ações voltadas para promoção da saúde, prevenção de novos agravos, tratamentos e reabilitação/acompanhamento, tanto no nível coletivo quanto no individual (KLEIN; BLOCH, 2006).

A pesquisa foi desenvolvida no município de Uberaba – MG, localizado na região do Triângulo Mineiro, macrorregião de saúde do Triângulo Sul (PMU, 2011).

A área da unidade territorial do município é de 4.523,957 km² e a densidade populacional, de 65,43 habitantes/km² (IBGE, 2010a). Segundo o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população uberabense, em 2010, totalizou 296.000 habitantes, sendo a estimativa da população total de mulheres adolescentes da ordem de 22.328 (IBGE, 2010b).

A rede de atenção à saúde está dividida em três Distritos Sanitários e dispõe de 33 Unidades Básicas de Saúde, 02 Unidades de Pronto Atendimento, 02 Unidades Regionais de Saúde, rede de assistência farmacêutica, transporte de saúde, Serviço de Atendimento Móvel em Urgência (SAMU), 04 Centros de Referência em Saúde Mental, 01 Serviço Especializado de Atenção à Saúde Mental, 01 Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 01 Banco de Leite Humano, 01 Centro de Ortopedia, 01 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador, 01 Centro de Controle de Endemias, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento HIV/ DST e 01 Centro de Controle de Zoonoses. Outros serviços assistenciais de saúde estão disponibilizados na rede particular e suplementar no município, com laboratórios, serviços de apoio, diagnose e terapia. A

Estratégia de Saúde da Família está implantada no município com 54% de cobertura (PMU, 2010).



Fonte: Prefeitura Municipal de Uberaba, 2010

Figura 1. Mapa do município de Uberaba com a representação dos distritos sanitários e a distribuição de serviços de saúde. Uberaba, 2011.

5.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

Foram investigadas adolescentes de 10 a 19 anos, residentes em Uberaba – MG e que vivenciaram uma gravidez nesse período da vida e deram à luz no Bloco Cirúrgico/Obstétrico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), no período de janeiro a dezembro de 2010, independentemente do tipo de parto, da paridade e do tempo gestacional no momento do parto. Foram excluídas aquelas mulheres que, apesar de terem vivenciado a gestação na adolescência, eram adultas (maiores de 20 anos de idade completos) no período de realização da entrevista, aquelas que não vivenciaram a maternidade por não serem as responsáveis pelos recém-nascidos ou devido a óbito neonatal e aquelas não residentes em Uberaba – MG.

5.3 MÉTODOS PARA COLETA DOS DADOS

5.3.1 Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados. Os dois primeiros, constituídos pelos próprios pesquisadores, contendo dados sociodemográficos, histórico ginecológico e obstétrico das adolescentes e de antecedentes do neonato (Apêndice 1).

Para avaliação da qualidade de vida (QV) foi utilizada a versão genérica do Índice de Qualidade de Vida — IQV (Anexo 1) desenvolvido pelas pesquisadoras Carol Estwing Ferrans e Marjorie Powers, da Universidade de Chicago e Illinois – EUA, em 1984, para mensuração da QV quanto à satisfação com a vida. Foram desenvolvidas diversas versões do instrumento para situações de agravos à saúde e para a população em geral, aplicável a pessoas sadias. Originalmente construído em língua inglesa, foi traduzido e validado para alguns idiomas, como árabe, chinês, francês, italiano, português, russo, entre outros (FERRANS; POWERS, 2011).

O IQV possui duas partes: a primeira, referente à satisfação e a segunda, sobre a importância atribuída aos seus itens. A avaliação de cada item considera que aqueles com maior importância terão maior impacto que os menos importantes e, por isso, a segunda parte do instrumento é utilizada como peso para avaliar a satisfação, refletindo os aspectos mais valorizados pelos sujeitos. Para cada item há seis categorias de respostas com valores entre 01 e 06 pontos. O significado dessas categorias, em ordem crescente de pontuação, para a primeira e a segunda parte do instrumento, respectivamente, são: “muito insatisfeito”; “moderadamente insatisfeito”; “pouco insatisfeito”; “pouco satisfeito”; “moderadamente satisfeito”; “muito satisfeito”; “sem nenhuma importância”; “moderadamente sem importância”; “pouco sem importância”; “pouco importante”; “moderadamente importante”; “muito importante”. O IQV mensura a QV em geral e subdivide seus itens em quatro domínios, para os quais gera as respectivas pontuações do escore. São eles: Saúde e funcionamento; Psicológico e Espiritual; Família e Socioeconômico (Anexo 2). A pontuação varia na faixa de 0-30, para todas as versões, sendo que quanto maior o escore final, melhor a qualidade de vida. Quanto à forma de aplicação, o instrumento pode ser autoadministrado, para sujeitos alfabetizados, ou em formato de entrevista, não sendo recomendado nenhum treinamento específico para sua utilização. Para o cálculo dos escores, as autoras disponibilizam a sintaxe computadorizada (Anexo 3) do IQV para o *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS). Em sua versão original foi testado quanto à sua confiabilidade, validade e sensibilidade apresentando resultados substanciais demonstrativos de suas qualidades (FERRANS; POWERS, 2011).

A versão genérica do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers foi traduzida e validada para o português por Kimura em sua tese de livre-docência pela Universidade de São Paulo, em 1999, e disponibilizado gratuitamente em publicação científica (KIMURA; VITOR SILVA, 2009).

5.3.2 Variáveis do estudo

As variáveis sociodemográficas investigadas foram: idade materna no momento da entrevista (anos completos), idade materna no momento do último parto (anos completos), situação conjugal (casada, solteira, divorciada, viúva, desquitada/divorciada, vivendo com um companheiro em situação de união consensual), ocupação (estudante, trabalha fora, não exerce nenhuma atividade fora de casa/do lar), escolaridade (anos de estudo formal completos), meio de informação que mais utiliza (televisão, rádio, internet, jornais e revistas impressas), número de membros da família (residindo no mesmo domicílio), renda familiar média mensal (valores em reais), renda própria (sim, não), fonte da renda própria, renda própria média mensal (valores em reais).

As variáveis do histórico ginecológico e obstétrico e de antecedentes neonatais foram: idade do recém-nascido (meses completos), número de gestações, número de partos, número de abortos, número de curetagens, idade gestacional no momento do último parto (em semanas), tipo de parto (vaginal, cesárea, vaginal com fórceps), complicação gestacional materna na última gravidez (sim, não), má-formação neonatal (sim, não), assistência hospitalar neonatal especializada (sim, não), número de filhos vivos, amamentação exclusiva (em meses), amamentação complementada (em meses), uso de métodos contraceptivos prévio à última gestação (sim, não), uso de método contraceptivo após a última gestação (sim, não).

A qualidade de vida mensurada pelo Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers incluiu 33 questões sobre satisfação, constituintes da primeira parte do instrumento, e 33 questões sobre a importância, constituintes da segunda parte do instrumento. Os itens das duas partes do IQV são correspondentes e subdivididos em quatro domínios: 13 itens de saúde e funcionamento, 07 itens do psicológico e espiritual, 05 itens sobre a família e 08 itens quanto a aspectos socioeconômicos. Os itens “Seu trabalho” e “Não ter um trabalho” do instrumento, que correspondem às questões 21 e 22, pertencentes ao domínio sociodemográfico, são excludentes entre si, o que está previsto no cálculo do score.

5.3.3 Coleta de dados

Para identificação da população do estudo, o setor de Bloco Cirúrgico/Obstétrico do Hospital de Clínicas/ UFTM disponibilizou a listagem de todas as adolescentes que deram à luz no período de interesse do estudo. Pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH) foi acessada a ficha de dados pessoais dos sujeitos da lista, através do número de registro geral hospitalar, para triagem daquelas que estavam na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade e residentes no município de Uberaba. Nessa oportunidade foram confeccionadas uma relação de contatos telefônicos e a distribuição dos endereços residenciais por distrito sanitário de Uberaba, com o intuito de facilitar as atividades de campo. As tentativas de contato por ligação telefônica, que se limitaram a, no máximo, três por indivíduo, seguiram uma sequência geográfica dos distritos sanitários. Na ligação foi agendada uma visita domiciliar para realização da entrevista, opção dos pesquisadores para a aplicação dos instrumentos. Aquelas adolescentes com as quais não foi possível estabelecer contato por telefone, em caso de número inexistente ou desabilitado, foram rastreadas por busca ativa em campo nos endereços e na vizinhança. As atividades de campo, realizadas unicamente pela pesquisadora, duraram três meses (maio a julho de 2011).

Durante a visita, inicialmente, foram prestados esclarecimentos sobre a pesquisa, foi apresentado o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido — TCLE (Apêndice 2), bem como foi solicitada a assinatura da adolescente e do responsável legal, quando necessário. A seguir, procedeu-se à entrevista, ressaltando que cuidados foram tomados para não interferir na escolha das respostas da entrevistada. As questões do questionário de qualidade de vida foram respondidas com base na vivência após o nascimento do último recém-nascido.

5.4 GERENCIAMENTO DOS DADOS

Foi elaborada uma planilha eletrônica para armazenagem e gerenciamento dos dados, empregando o programa Microsoft Excel®. Para conferência da consistência do banco de informações foram realizadas duas digitações por pessoas independentes, em dupla entrada. Para validação dos dados, em caso de diferenças detectadas, o pesquisador recorreu à entrevista original para correção. O banco de dados foi transportado para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 11.5, para proceder à análise dos dados.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

O Índice de Qualidade de Vida foi calculado seguindo a sua sintaxe computadorizada, sendo que os maiores escores correspondem a melhor qualidade de vida. A sintaxe para cálculo do escore geral do instrumento recodifica os valores para os itens referentes à satisfação, centralizando a escala de valores em zero, atribui o peso de cada resposta de satisfação pareando-a com sua correspondente sobre importância. Assim, obtém-se uma somatória preliminar do escore geral final. Para prevenir o viés em caso de valores em branco, divide-se o escore geral preliminar pelo número de itens respondidos por cada indivíduo. Nesse momento, os possíveis valores para o escore variam entre -15 e 15 pontos. No intuito de eliminar os negativos, somam-se 15 pontos ao escore, produzindo a amplitude final de 0 a 30 pontos. O cálculo para os escores por domínios de qualidade de vida utiliza os mesmos passos do cálculo para o escore geral, com a diferença de que são considerados apenas os itens referentes a cada domínio.

Para descrição do perfil sociodemográfico, ginecológico e obstétrico das jovens foram utilizadas frequências absolutas e percentuais. A correlação entre os perfis e o Índice de Qualidade de Vida foi testada por análise bivariada através do coeficiente de correlação de Pearson (r) para variáveis quantitativas, considerando a convenção de interpretação dos valores do coeficiente adotada, entre outros autores, por Dancey e Reidy (2006), de que valores entre 0,1 e 0,3 apontam correlação fraca, valores entre 0,4 e 0,6 referem correlação moderada e valores entre 0,7 e 1 indicam correlação forte entre as variáveis. Vale destacar que os valores para o coeficiente de correlação podem ser positivos e negativos, designando a direção do relacionamento entre as variáveis. Utilizou-se, ainda, análise pelo Teste t para amostras independentes, para avaliar variáveis quantitativas e categóricas e verificar se os resultados obtidos foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$), considerando que os valores de p deveriam ser interpretados na hipótese de que a casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características semelhantes. Quando os requisitos para aplicação do teste t não foram atendidos utilizou-se o teste Mann-Whitney, como alternativa não paramétrica. Também foi utilizada análise de variância (ANOVA) a um fator. Para realização dos testes, algumas variáveis sociodemográficas e obstétricas foram dicotomizadas como segue: faixa etária materna no momento do último parto (entre 10 e 14 anos completos, entre 15 e 19 anos completos); situação conjugal (1 – casada, 2 – solteira), considerando casadas aquelas que

possuem registro civil de casamento, registro de união estável ou que vivem com um companheiro; ocupação (1 – frequenta a escola, 2 – não frequenta a escola), considerando não frequentes na escola as adolescentes que se declararam “donas de casa” e as que trabalhavam fora de casa; a escolaridade foi reagrupada em ensino fundamental, considerando o tempo do ensino básico correspondente (0-9 anos de estudo), e ensino médio, com tempo de estudo formal correspondente (10-12 anos de estudo); idade gestacional no momento do último parto (1 – \leq 36 semanas gestacionais, 2 - entre 37 e 42 semanas gestacionais); número de gestações (1 – uma gestação, 2 – duas ou mais gestações).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi pautado nas determinações da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, que trata da pesquisa com seres humanos, e contemplou o sigilo quanto à identificação dos sujeitos da pesquisa, garantido por meio da numeração dos instrumentos de coleta de dados e da utilização do TCLE; uma cópia foi entregue à participante e/ou a seu responsável legal e as cópias do referido termo, de responsabilidade do pesquisador, foram arquivadas para serem mantidas por cinco anos após o término da pesquisa. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM e aprovado sob número de protocolo 1781/2011 (Anexo 4).

5.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A inconsistência dos dados cadastrais no Sistema de Informações Hospitalares bem como a falta de integração das informações entre os serviços de saúde do município destacam-se como limitações do presente estudo. Isso porque dificultaram e/ou impossibilitaram a localização das adolescentes. Foram encontradas diversas fichas de cadastro incompletas e desatualizadas além de que, em algumas situações, as jovens não eram acompanhadas ou cadastradas nas unidades de atenção básica para as quais haviam sido referenciadas, revelando uma falha no acompanhamento dessas adolescentes pelo serviço de saúde público.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2010, no HC/UFTM, ocorreram 1.076 partos, dos quais 224 foram de parturientes adolescentes, representando 20,8% dos nascimentos. Essa proporção de nascimentos de mães adolescentes acompanha a estimativa nacional, que é de 10% a 20% dos nascidos vivos, filhos de mulheres adolescentes (OMS, 2006). Desse total, 148 mães adolescentes eram residentes em Uberaba. Todas as demais provinham das cidades da macrorregião de saúde do Triângulo Sul e de outras regionais de saúde. Quatro mães adolescentes uberabenses vivenciaram a gravidez na adolescência, mas, no momento da entrevista, tinham mais de 20 anos, tendo sido, por esse motivo, excluídas do estudo. Assim, o universo de adolescentes selecionadas para participar da presente pesquisa foi constituído por 144 mães.

Foi executado um estudo-piloto, no qual foram entrevistadas cinco adolescentes do universo de participantes e essas jovens foram excluídas do grupo central. Além disso, durante a busca ativa de domicílios foram registradas perdas, devidas aos seguintes motivos: recusa na participação do estudo, mudança do município de residência, endereço inexistente (item em que foram considerados os domicílios demolidos, numeração da casa ou via inexistentes), adolescente não localizada (item em que foram consideradas casas abandonadas, mudança de bairro sem informação de paradeiro específico pela vizinhança e tentativa de visita sem sucesso), abandono do recém-nascido (item que incluiu entrega do filho aos cuidados de familiares por vivência de situação de rua, uso de drogas ilícitas e internação para reabilitação de dependência química), fuga com o recém-nascido (item em que foram consideradas situações de desaparecimento da jovem com o filho imediatamente após o nascimento e um caso com processo de pedido de guarda do recém-nascido em andamento na Vara da Infância e Juventude) e óbito neonatal. Desse modo, foram realizadas 96 entrevistas válidas para a pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da população investigada por situação no estudo. Uberaba (MG), 2011.

Busca ativa	n	%	% Acumulada
Entrevista realizada	96	66,7	66,7
Adolescente não localizada	20	13,9	80,6
Endereço inexistente	09	6,2	86,8
Mudança do município de residência	05	3,5	90,3
Estudo-piloto	05	3,5	93,8
Abandono do recém-nascido	03	2,1	95,9
Recusa em participar do estudo	03	2,1	98,0
Fuga com o recém-nascido	02	1,4	99,4
Óbito neonatal	01	0,6	100,0
TOTAL	144	100,0	100,0

Fonte: Dados coletados pela autora. (2011)

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE ADOLESCENTES

A média de idade das 96 adolescentes entrevistadas, por ocasião do último parto, foi de 16,5 anos, variando entre 12 e 19 anos completos. No momento da entrevista, a média de idade foi de 17,3 anos, variando entre 14 e 19 anos (Tabela 2). Resultados semelhantes foram descritos por Godinho et al. (2000), Santos e Schor (2003), Rodrigues et al. (2008) e Amorim da Silva et al. (2009), com variação de ± 1 ano na média de idade das adolescentes mães. Para as jovens entre 17 e 19 anos de idade, fase em que se concentra a vivência da maternidade adolescente, a criança, mesmo que de forma inconsciente (DADOORIAN, 2003), já é parte de um projeto de vida, e os fatores limitantes para a execução do plano de ser mãe são os aspectos socioeconômicos (COLL, 2001).

No grupo estudado, os percentuais de mães adolescentes entre 10 e 14 e entre 15 e 19 anos de idade, no momento do parto, foram, respectivamente, de 9,4% e 90,6%. Dados do IBGE (2009) mostram um percentual de 4,4% para mães brasileiras entre 10 e 14 anos de idade. Essa maternidade na adolescência acima da média nacional já é uma preocupação de saúde pública em Uberaba, e as possíveis explicações para esse fato podem estar associadas às questões culturais regionais. Cultura, a partir da abordagem antropológica, pode ser entendida como a “forma ou produto específico da vida social humana e da inserção desta espécie na natureza” (HEINRICH,

2005). Em Uberaba, cidade de médio porte e com economia predominantemente agropecuária (IBGE, 2010a), a sociedade mantém padrões culturais essencialmente tradicionais. Nesse sentido, embora a maioria das jovens entrevistadas resida na zona urbana, a influência de comportamentos tipicamente ruralistas é bastante evidente, e questões como o matrimônio e a maternidade em idade precoce são vistas como um aspecto normal para aquela sociedade.

A maioria das entrevistadas vive com um companheiro (64,6%), considerando-se tanto aquelas casadas com registro civil ou com registro de união estável quanto aquelas declaradas “amasiadas”, valendo destacar que o percentual destas é o mais expressivo (Tabela 2). Outros estudos apontam percentuais variando entre 60,0% e 74,0% para a situação de união conjugal independentemente de registro civil (SANTOS; SCHOR, 2003; RODRIGUES et al., 2008; AMORIM DA SILVA et al., 2009). Para Heilborn et al. (2009), é comum em classes populares que a maternidade adolescente leve à união conjugal. Num primeiro momento da vivência maternal, a figura paterna é importante para articular práticas culturalmente tidas como aconselháveis para a maternidade; por isso, é socialmente importante que uma jovem mãe constitua sua própria família, deixando a casa dos seus pais para viver com um companheiro, independentemente das condições socioeconômicas em que essa transição aconteça (MARCELLO, 2005).

Quanto à ocupação, 57 adolescentes (59,4%) não exercem nenhum tipo de atividade estudantil ou profissional, com ou sem remuneração, e se declararam “donas de casa” (Tabela 2). Os resultados do presente estudo apontam que há comprometimento da escolaridade das entrevistadas e revelam que, considerando-se o tempo de estudo formal em anos completos, sem repetição da mesma série, o grau de instrução variou entre 05 e 13 anos (Tabela 2). A análise exploratória dos dados indicou que apenas duas adolescentes cursavam o ano adequado para sua faixa etária.

A atualização da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional do Brasil (LDB) — Lei 11.274, de 6 de fevereiro de 2006, e a Resolução N^o 3, de 3 de agosto de 2005, do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2005a) preveem a estrutura dos níveis da educação básica brasileira e identificam a faixa etária prevista para cada etapa, bem como a duração em anos de estudo. Por essa legislação, em circunstâncias regulares, o ensino fundamental compreende um período de 9 anos, que devem ser cumpridos por adolescentes até os 14 anos de idade; e o ensino médio deve ser concluído em 3 anos, cursados entre 15 e 17 anos de idade. Dessa forma, uma

adolescente de 17 anos de idade deveria ter cumprido 12 anos de estudo formal, referente ao ensino básico, previsão distante da média de 8,5 anos de estudo encontrados nessa pesquisa (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição de mães adolescentes por caracterização social demográfica. Uberaba (MG), 2011.

Variáveis	n	%
Idade no parto		
10-14 anos	09	9,4
15-19 anos	87	90,6
Idade na entrevista		
10-14 anos	01	1,0
15-19 anos	95	99,0
Situação Conjugal		
Casada	12	12,5
Solteira	34	35,4
Amasiadas	50	52,1
Ocupação		
Estudante	26	27,1
Exerce atividade remunerada	13	13,5
Do lar	57	59,4
Grau de instrução		
5 anos	08	8,3
6 anos	10	10,4
7 anos	13	13,5
8 anos	18	18,8
9 anos	23	24,0
10 anos	09	9,4
11 anos	03	3,1
12 anos	11	11,5
13 anos	01	1,0
Renda própria		
Possui	22	22,9
Não possui	74	77,1
Principal meio de informação		
Televisão	88	91,7
Rádio	03	3,1
Internet	04	4,2
Jornais e revistas impressos	01	1,0
TOTAL	96	100,0

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Tabela 3. Anos de estudo formal por idade da adolescente no momento da entrevista e a previsão de escolaridade no sistema de ensino básico brasileiro. Uberaba (MG), 2011.

Idade na entrevista	N	Tempo de estudo adequado para idade	Média de escolaridade	DP	Mínima	Máxima
14 anos	01	9,0	5,0	-	5,0	5,0
15 anos	09	10,0	6,6	1,87	5,0	10,0
16 anos	16	11,0	7,1	1,36	5,0	9,0
17 anos	22	12,0	8,5	1,59	5,0	12,0
18 anos	24	-	8,8	1,75	6,0	12,0
19 anos	24	-	9,6	2,16	5,0	13,0

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

A baixa escolaridade é uma das questões mais discutidas na maternidade adolescente, pelo impacto negativo na vida da mulher. Segundo Berquó e Cavenaghi (2005), a má qualidade do ensino e as poucas perspectivas visualizadas no mercado de trabalho são razões para abandonar a escola. A consequência do abandono escolar implica menor instrução, o que é associado ao início precoce da atividade sexual e à maior possibilidade de gravidez (HEILBORN et al., 2009). A maternidade seria, então, um acelerador de um processo de descontentamento e falta de possibilidades já existentes para a jovem, e não a causa única para a decisão de interromper sua formação.

A OMS (2006) relaciona a baixa escolaridade ao estigma e exclusão sociais sobre as adolescentes grávidas/mães. Um estudo qualitativo realizado no Rio de Janeiro aponta as justificativas das mães adolescentes para a evasão escolar, dentre as quais se destacam fatores emocionais e o vínculo entre mãe e filho. As jovens relatam querer apenas “curtir” o filho (DADOORIAN, 2003). Outro aspecto é a questão de gênero relacionada à escolaridade da mulher-adolescente-mãe. Nessa perspectiva, Heilborn et al. (2009) afirmam que ser “dona de casa”, tal qual ser mãe, é um elemento central do papel social da mulher, garantindo sua identidade feminina, e aí, sim, a maternidade está diretamente relacionada ao abandono escolar.

Em Uberaba, 27,1% das entrevistadas estavam regularmente matriculadas e frequentando a escola (Tabela 2). Para alguns autores, manter o curso no sistema educacional exige suporte familiar e social, especialmente da direção escolar e equipe pedagógica (COLL, 2001; DADOORIAN, 2003). A escolaridade (mesmo quando a condição socioeconômica é

desfavorável) (re)situa projetos de maternidade (HEILBORN et al., 2009). Assim, o retorno à escola após a maternidade é elemento-chave para o planejamento de gravidezes futuras.

Assumir exclusivamente as atividades domésticas leva a outra questão potencialmente influente para a adolescente além da escolaridade, que é a dependência econômica em relação aos seus pais ou a um companheiro. No estudo, 77,1% das jovens não possuem nenhuma fonte de renda própria (Tabela 2). A dependência financeira de seus pais limita anseios de liberdade e independência muito comuns para adolescentes. E, quando o companheiro é o único arrimo da família, as possibilidades de sustento próprio e de seu filho são comprometidas (GODINHO et al., 2000) e as mães sujeitam-se a situações de violência de gênero que podem levar a violência doméstica (BRASIL, 2005b).

O meio de informação mais utilizado pelas jovens mães investigadas e seus familiares é a televisão (91,7%) (Tabela 2). Isso reafirma a noção de que na sociedade ocidental contemporânea a mídia televisiva é o principal veículo comunicativo da população (FONSECA; GOMES, 2004). O resultado corrobora ainda o resultado obtido por Bello, Pinto e Silva (2004), que mostrou que 83,9% das adolescentes utilizavam a televisão como principal meio de informação. E é algo que tem grande relevância no comportamento sexual dos jovens. Quando sexo e sexualidade são abordados com naturalidade e veracidade no meio social, inclusive nos meios de comunicação, passam a ser fontes de informação que balizam a vivência da sexualidade com responsabilidade e planejamento. Mas o que se vê é que a televisão, na maioria das vezes, associa sexo ao erotismo e não à sexualidade, distorcendo a responsabilização individual (FONSECA; GOMES, 2004). A mídia veicula saberes da maternidade e componentes exigidos para o sujeito “mãe”, produzindo modalidades maternas. O padrão normalmente veiculado é de que a maternidade é sempre algo positivo para qualquer mulher, independentemente das circunstâncias vivenciadas concomitantemente à chegada de um filho, o que supera o caráter de anormalidade atribuído à maternidade adolescente (MARCELLO, 2005).

As famílias das adolescentes, considerando as pessoas residentes no mesmo domicílio, eram compostas em média por 4,7 indivíduos, corroborando os resultados obtidos por Amorim da Silva et al. (2009), que apontam que a maioria das famílias de mães adolescentes é formada por 3 a 6 pessoas. Em famílias numerosas (geralmente de baixa renda), é comum que irmãos mais velhos assumam os cuidados dos irmãos caçulas, gerando um aprendizado para a vivência da

maternidade pelas adolescentes (COLL, 2001), que teriam menos dificuldades com os cuidados de seus filhos e, o que traria, por consequência, menor impacto na qualidade de vida.

A média mensal da renda familiar foi de R\$ 1.246,05, correspondente a 2,29 salários mínimos; e a média mensal de renda *per capita* foi de R\$ 270,75, que equivale a menos do que ½ salário mínimo, considerando-se o valor vigente do salário mínimo de R\$ 545,00. Sobre a renda *per capita* observa-se que algumas famílias vivem na “área de pobreza” delimitada pelo Banco Mundial, com ponto de corte estabelecido em R\$160,00 *per capita* mensal (BANCO MUNDIAL, 2001) (Tabela 4).

Aquino et al. (2003) estratificaram as famílias por renda *per capita* em quatro categorias, com base no salário mínimo (SM) nacional vigente na época em que o estudo foi desenvolvido: muito baixa (até ½ SM), baixa (entre ½ e 1 SM), intermediária (entre 1 e 3 SM) e alta (acima de 3 SM). Esses autores encontraram 50,4% e 7,8% das jovens incluídas, respectivamente, nos grupos muito baixa e alta renda, enquanto, no presente estudo, esses percentuais foram de 66,7% e 0,0%. O baixo poder aquisitivo das famílias de mães adolescentes é um ponto comum em diversos estudos (GODINHO et al., 2000; AQUINO et al., 2003; SANTOS; SCHOR, 2003; RODRIGUES et al., 2008; AMORIM DA SILVA et al., 2009). A relação estabelecida entre a renda e a maternidade nessa faixa etária deve-se à vulnerabilidade social dos jovens, que não têm perspectivas para romper o ciclo de pobreza e exclusão social, restando a opção da maternidade para assumir um lócus social com reconhecimento (BRASIL, 2006c).

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica quanto a renda familiar média mensal, número de pessoas no domicílio e renda média mensal *per capita*. Uberaba (MG), 2011.

	Média	Mediana	Moda	DP	Mínimo	Máximo
Renda familiar	1246,05	1000,00	545,00	863,08	380,00	5000,00
Nº pessoas	4,7	4,0	03	1,92	02	11
Renda <i>per capita</i>	270,75	233,33	181,67	143,51	74,27	833,33

SM R\$ 545,00

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Segundo Fuller (2001): “A maternidade não opera de modo homogêneo nos distintos setores sociais”. Dessa forma, há maior prevalência de padrões reprodutivos tradicionais, em que a iniciação sexual, reprodução e maternidade estão agrupadas em famílias de classes sociais menos favorecidas economicamente. Em classes mais abastadas a mulher tem a escolha de

investir nas novas possibilidades “intelectuais, profissionais, políticas e artísticas” e/ou assumir a “sua vocação para a maternidade” (MARGULIS, 2001).

As mães entrevistadas foram atendidas em um hospital público universitário, e os resultados sociodemográficos sugerem que as adolescentes provenham de um meio carente com menores possibilidades de retomar os estudos, menor renda familiar e menor suporte social. As mães adolescentes atendidas em instituições de saúde privadas ou conveniadas não estão representadas neste estudo e podem apresentar fatores e vivências diferentes das representadas pelo grupo estudado.

6.2 CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

Sobre o perfil obstétrico das adolescentes entrevistadas, 79,2% das jovens tiveram uma única gravidez e 20,8% tiveram gravidezes sucessivas (Tabela 5). Esse valor é superior à variação de 5,2% a 16% descrita para a região Sudeste do Brasil (ROSA; REIS; TANAKA, 2007). Os resultados apontados por Yazaki (2008) e Rodrigues et al. (2008) são mais próximos aos encontrados no presente estudo (19,7% e 19%, respectivamente), sendo correspondentes aos nascimentos de filho de ordem dois ou mais de adolescentes. Um estudo realizado no interior do estado do Mato Grosso indica percentuais mais altos, mas a variação tem relação direta com a localidade onde a pesquisa foi desenvolvida, já que uma gravidez recorrente é mais comum em situações específicas de baixa condição econômica, uso inadequado do sistema de saúde ou dificuldade de acesso ao atendimento desse sistema, entre outros aspectos biológicos, psicossociais e afetivos (ROSA, 2007). A recorrência da gravidez é vivenciada por muitos jovens em situações de iniquidade social levando ao maior comprometimento da qualidade de vida e de seus direitos (SILVEIRA DA SILVA et al., 2011). Nesse sentido trata-se de um dado relevante e que merece atenção dos profissionais de saúde.

Além da vulnerabilidade social, a recorrência da gravidez suscita aspectos culturais como o por quê da maternidade e o significado de um filho. As respostas para essas questões, que em muitas vezes não aparecem de forma consciente para as jovens, estão relacionadas às representações ligadas à mulher no contexto social (toda mulher quer ser mãe, a maternidade é um ato de responsabilidade, traz alegria, felicidade, maturidade e um futuro promissor, aproxima

um casal, entre outras representações menos citadas), que são desenvolvidas e incutidas no inconsciente coletivo durante toda a vida (REZENDE, 1998).

O percentual de abortamentos verificado no grupo estudado foi de 9,4%, com variação de 1 a 3 episódios (Tabela 5). Persona; Shimo; Tarallo (2004) registraram 55,5% de adolescentes com histórico de pelo menos um aborto prévio, em estudo conduzido em Campinas/SP. Stevens-Simon; Kelly; Singer (1996), em outro estudo semelhante realizado nos Estados Unidos, obtiveram um resultado de 30%. Esses valores se mostram muito acima do observado neste estudo. Contudo, convém destacar que os estudos citados foram realizados em grandes centros urbanos, onde se supõe exista maior acesso aos métodos abortivos e até mesmo às clínicas clandestinas de aborto, quando comparados a uma cidade interiorana como a de Uberaba. Nesse sentido, a limitação aos procedimentos abortivos e a maior tolerância social à maternidade precoce poderiam ser considerados possíveis fatores explicativos para o baixo índice de abortamento verificado com as entrevistadas. Note-se que não foi investigado se houve ideação abortiva ou se os episódios foram provocados, o que configuraria maior risco para a saúde materna (BRASIL, 2005c). Mas, independentemente do tipo de abortamento, trata-se de um evento com repercussões negativas para as adolescentes (RODRIGUES et al., 2008), o que afeta sua qualidade de vida e exige uma investigação futura mais aprofundada.

As adolescentes que vivenciaram a repetição da maternidade na adolescência, considerando as gravidezes que findaram em parto de um recém-nascido vivo, totalizaram 8 jovens (Tabela 5). Segundo Carvalho et al. (2009), reviver a experiência de ser mãe não deve provocar estranhamento para a adolescente, em função da experiência prévia. Se realmente não há “estranhamento em função da experiência prévia”, poder-se-ia supor que a reincidência da maternidade na adolescência não provocaria impacto negativo na qualidade de vida. Mas os resultados do presente estudo apontaram que o número de filhos vivos interfere na qualidade de vida das adolescentes, o que será discutido posteriormente, com a apresentação dos resultados da investigação da qualidade de vida. O prejuízo para a qualidade de vida em situações de repetição da maternidade tem associação com a sobrecarga de atividades maternas e domésticas muitas vezes impostas à adolescente (GODINHO et al., 2000).

O número de filhos está relacionado com a idade do início da atividade sexual, sendo maior a chance de ter mais filhos quanto mais precoce for essa iniciação, em função do tempo de

exposição à possibilidade de gravidez (ROSA; REIS; TANAKA, 2007), além da inadequação no uso de métodos contraceptivos após a primeira gestação.

Tabela 5. Perfil obstétrico de adolescentes mães segundo o número de gravidezes, número de filhos vivos, número de abortamentos, idade gestacional do último parto e tipo de parto. Uberaba (MG), 2011.

Variável	n	%
Nº de gravidezes		
01	76	79,2
02	14	14,6
03	4	4,1
04	2	2,1
Nº de filhos vivos		
01	88	91,7
02	8	8,3
Nº de abortamentos		
00	87	90,6
01	6	6,3
02	1	1,0
03	2	2,1
Idade gestacional		
29 semanas	4	4,2
30 - 36 semanas	19	19,7
37 - 42 semanas	73	76,1
Tipo de parto		
Vaginal	65	67,7
Vaginal com fórceps	4	4,2
Cesárea	27	28,1
TOTAL	96	100,0

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

A duração da última gravidez variou entre 26 e 42 semanas gestacionais (Tabela 5) e teve valor médio de 37,9 semanas. Considera-se pré-termo a interrupção gestacional anterior a 37 semanas completas de gestação (OMS, 1975), evento frequente entre mães adolescentes (ROCHA et al., 2009). Os dados brasileiros mais recentes indicam que 7,5% dos partos de mães adolescentes foram prematuros (BRASIL, 2011). Esse valor é inferior ao encontrado no presente estudo, no qual 23,9% dos nascimentos ocorreram em até 36 semanas gestacionais. As complicações perinatais são desencadeadas por múltiplos fatores predisponentes, dentre os quais a idade materna, com risco aumentado para adolescentes de até 16 anos de idade, as condições

sociais e econômicas e a ausência de assistência pré-natal ou inadequação do atendimento pré-natal com início tardio (ROCHA et al., 2009). As adolescentes participantes do estudo pertencem às classes socioeconômicas menos favorecidas, podendo ser a principal causa do percentual elevado para prematuridade do neonato.

Além da prematuridade, as síndromes hipertensivas, anemia, restrição de crescimento intraútero, infecções vaginais e urinárias são algumas das complicações mais apontadas pelos estudos em adolescentes (OLIVEIRA JÚNIOR, 2009a). Aproximadamente 40% das mães entrevistadas apresentaram algum tipo de complicação obstétrica e clínica durante a última gravidez, mas apenas 2% dos neonatos nasceram com má-formação congênita. Houve a necessidade de assistência hospitalar especializada e intensiva para o recém-nascido em 18% dos casos entrevistados, sendo a causa mais comum a prematuridade neonatal. Quanto à saúde atual do filho, 72,9% das adolescentes não referiram nenhum tipo de comprometimento.

A escolha da via de parto e a execução adequada do procedimento escolhido têm efeito sobre a morbidade e mortalidade materno-infantil. Nos últimos cinco anos, o Brasil vivenciou um aumento expressivo nas taxas de cesárea, justificadas por uma falsa segurança para mãe e recém-nascido (BRASIL, 2001). De acordo com Oliveira Júnior (2009b), a cesárea é um procedimento capaz de reduzir ou de aumentar as taxas de morbidade e mortalidade materno-infantil, dependendo da real necessidade obstétrica e da qualidade da execução. Nesse sentido, o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2001) recomenda o parto vaginal ou normal como sendo o mais seguro para a mulher e o recém-nascido, por ser fisiológico.

O parto vaginal foi o tipo mais frequente entre as adolescentes pesquisadas, representando 67,7% dos casos (Tabela 5). Esse resultado está de acordo com os obtidos por Santos e Schor (2003), que relataram 55% de partos vaginais, bem como com os de Amorim da Silva et al. (2009), que observaram 68% de partos desse tipo. Em termos nacionais, no último ano, foram registrados 62,2% de partos normais para mães adolescentes (BRASIL, 2011). Valor discordante foi verificado por Lara (2008), que registrou 70,1% de partos cesáreas, em estudo realizado num hospital filantrópico na região do médio Vale do Paraíba do estado de São Paulo. O predomínio da via de parto vaginal pode estar associado ao tipo de instituição onde ocorre o nascimento. As instituições públicas seguem as orientações do Ministério da Saúde para a escolha da via de parto e apenas indicam o parto cesárea mediante critérios bem estabelecidos, priorizando a condução do trabalho de parto com nascimento por via natural e a participação da gestante na escolha do

tipo de parto. Convém notar que nada garante que as mães adolescentes investigadas tenham participado da escolha do tipo de parto realizado, já que é comum a imposição da via do nascimento para a mulher que não tem opção entre um serviço público ou privado. Esse aspecto deverá ser aprimorado nos serviços de saúde para garantir a humanização da assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

A relação entre o uso de métodos contraceptivos, a idade de início da atividade sexual e a gravidez na adolescência é apontada em vários estudos (BASSI, 2008; RÊGO BARROS, 2009; HEILBORN et al., 2009). O uso de método contraceptivo prévio à gestação atual foi declarado por 33,3% das adolescentes entrevistadas. Declararam o uso de contraceptivos após o último parto 76,0% das adolescentes (Tabela 6). Esses percentuais variam em outros trabalhos, podendo ser inferiores (BELLO; SILVA; PINTO, 2004) ou superiores (SANTOS; SCHOR, 2003) aos obtidos no presente estudo. O acesso aos métodos contraceptivos, tema amplamente discutido nos serviços públicos de saúde, não é o único aspecto que deve ser considerado sobre o seu uso entre adolescentes que se tornam mães. A utilização regular e adequada é fundamental e, nesse sentido, ações de educação em saúde têm papel decisivo. Bello e Pinto e Silva (2004) referem que o conhecimento de adolescentes sobre os métodos contraceptivos é satisfatório, mas que o acesso aos serviços de saúde, bem como aos métodos, deve ser melhorado para fazer progredir a prática do uso eficiente pelos jovens. Dadoorian (2003) reforça que o não uso ou a utilização incorreta de métodos contraceptivos estão associados ao desejo, em algumas vezes inconsciente, de ter um filho. Nesse sentido, a informação e o acesso aos métodos, mesmo que fossem totalmente eficazes, não seriam suficientes para a prática adequada da contracepção. No contexto desta pesquisa, pode-se supor que todas essas condições estejam presentes: um contentamento inconsciente em ser mãe e em ter mais filhos, a burocracia de acesso aos serviços de saúde públicos, a indisponibilidade de escolha para os métodos contraceptivos e a não responsabilização pela própria saúde, aspecto cultural muito prevalente no Brasil.

O aleitamento materno está relacionado à questão da contracepção após o parto, e parece haver uma confusão de orientação e/ou entendimento sobre a relação estabelecida entre eles. Os métodos anticoncepcionais comportamentais, de barreira e os hormonais à base de progesterona podem ser utilizados durante o aleitamento materno (FEBRASGO, 2006). No entanto é comum que a amamentação seja razão apontada para postergar o início ou a retomada da contracepção.

Tabela 6. Percentual de adolescentes que declaram uso prévio e atual de algum método contraceptivo. Uberaba (MG), 2011.

Métodos contraceptivos prévios	n	%
Sim	32	33,3
Não	64	66,7
Métodos contraceptivos após o parto atual	n	%
Sim	73	76,0
Não	23	24,0
TOTAL	96	100,0

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

A insusceptibilidade pós-parto, “período entre o nascimento da criança e a retomada da capacidade reprodutiva materna” (BAY; DEL POPOLO; FERRANDO, 2003), é influenciada pelo reinício das atividades sexuais, pelo tempo de aleitamento materno e pela idade materna, sendo menor a duração da insusceptibilidade quanto mais jovem for a mãe (BASSI, 2008), o que reduz o tempo necessário para a ocorrência de uma nova gravidez em adolescentes. Em função da idade, as mulheres jovens (menores de 30 anos) antecipam a retomada da capacidade reprodutiva em 0,6 meses, em comparação às mais velhas (BASSI, 2008). Os dados brasileiros apontam uma insusceptibilidade pós-parto, estimado segundo a duração média de aleitamento materno de 11,8 meses, em 7,01 meses (BAY; DEL POPOLO; FERRANDO, 2003).

A variável aleitamento materno é flexível e ponto importante para a contracepção efetiva e o planejamento familiar das jovens, sendo que quanto maior for o período de amamentação, mais a insusceptibilidade será prolongada. O aleitamento materno exclusivo (AME) foi relatado por 89,6% das adolescentes, com média de duração de 4,5 meses (Tabela 7), tempo superior aos 3,0 meses relatados como mediana de AME em um estudo (SANTOS; SCHOR, 2003). Os resultados obtidos estão além da estimativa do Ministério da Saúde de que 41% das mulheres amamentam exclusivamente por 1,8 meses (BRASIL, 2009). O aleitamento complementado foi referido entre 64,6% das jovens mães, e a duração média foi de 10,1 meses de idade do recém-nascido (Tabela 7). Vale ressaltar que, apesar de os resultados estarem acima da média nacional, estão muito aquém do preconizado, que é AME até os 6 meses de idade e o aleitamento complementado até 2 anos ou mais (BRASIL, 2001).

Tabela 7. Prevalência e tempo de aleitamento materno exclusivo e complementado entre mães adolescentes de Uberaba (MG), 2011.

Tipo de amamentação	N	%	Média	Mediana	Min.	Máx.
Aleitamento materno exclusivo	86	89,6	4,5	5,0	6,0	8,0
Aleitamento materno complementado	62	64,6	10,1	8,0	5,0	17,0

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

6.3. QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS SOCIAIS, DEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS, GINECOLÓGICAS E NEONATAIS

A média do escore geral do IQV, considerando todos os domínios avaliados, foi de 21,48 pontos, variando entre 11,89 e 28,73 pontos (Tabela 8). Esse valor está próximo dos registrados em outros estudos, que também utilizaram o IQV para avaliar mulheres grávidas e após o nascimento da criança, incluindo mulheres adolescentes, e que mostram médias gerais do referido escore de 23,28 (FERNANDES; VIDO, 2009) e 25,82 (LARA, 2008).

Santos e Schor (2003) mostraram que, para 70% das adolescentes investigadas pelos autores, a vida piorou depois do nascimento dos seus filhos. No presente estudo, as entrevistas ocorreram num período mínimo de 4 meses após o nascimento da criança, tempo aproximado para que a maternagem esteja bem estabelecida (SANTOS; SCHOR, 2003), mas também para que as dificuldades com o cuidado da criança e para o restabelecimento das atividades sociais fiquem mais evidentes para as mulheres, sobre quem recaem os principais impactos da maternidade (HEILBORN et al., 2009).

A avaliação por domínios da qualidade de vida indica que os aspectos mais afetados são os socioeconômicos, com média de escore de 17,34 pontos, enquanto as questões relacionadas com a família apresentaram média de escore de 25,31 (Tabela 8). Esses resultados corroboram os achados de outros estudos (FERNANDES; VIDO, 2009; LARA, 2008). Note-se que os domínios saúde e funcionamento e psicológico e espiritual não estão apontados como o pior domínio avaliado, o que, numa visão reducionista da saúde, poderia desobrigar os serviços de saúde de maiores responsabilidades em relação às adolescentes mães. Contudo, essas instituições constituem parte do suporte social, juntamente com a rede de pessoas acessíveis, formando um sistema de integração social (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006), condição indispensável

para garantir à adolescente mãe substrato para que desenvolva suas potencialidades e seja empoderada das decisões sobre si.

Tabela 8. Índice de Qualidade de Vida (IQV) geral e por domínios das mães adolescentes. Uberaba (MG), 2011.

	n	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	α Cronbach
IQV geral	96	21,48	21,85	3,82	11,89	28,73	-
IQV - SF	96	21,57	21,94	4,37	11,08	28,77	0,75
IQV - SE	96	17,34	17,46	4,73	2,86	28,29	0,45
IQV - PE	96	22,71	23,64	5,15	4,29	30,00	0,76
IQV - F	96	25,31	25,85	3,94	13,30	30,00	0,50

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

A relação entre a satisfação e a importância atribuída aos itens do questionário, e também a frequência de respostas por item das partes 1 e 2 do instrumento, referentes, respectivamente, à satisfação e importância, são apresentadas nos Apêndices 3; 4 e 5.

Os itens que obtiveram maior e menor média de escores em relação à qualidade de vida foram, respectivamente, o item 9, “Seus filhos”, e o item 22, “O fato de não ter um trabalho (se desempregado, aposentado ou incapacitado)”. A análise dos itens, considerando a relação entre a satisfação e a importância atribuída, revela que as adolescentes redirecionam o foco de suas vidas para a maternidade, valorando os filhos como o melhor aspecto da vida. Essa mesma situação é apontada por Gontijo e Medeiros (2008), em estudo qualitativo desenvolvido em Goiânia (MG). O item 22, “não ter um trabalho”, teve o pior escore, sendo apontado por Fernandes e Vido (2009), em estudo com grávidas, e por Lara (2008), em situação de puerpério mediato. As condições econômicas e a questão da dependência parecem preocupar as mulheres durante a gravidez e após o nascimento da criança, sem distinção de idade materna, e influenciam negativamente a sua qualidade de vida.

O conhecimento da qualidade de vida e dos aspectos potencialmente impactantes sobre a vida revela-se importante para que o planejamento das ações gerenciais e assistenciais dos serviços de saúde seja impactante na vida da comunidade.

Alguns autores afirmam que há diferença entre ser mãe na adolescência precoce e após, com mais impacto negativo para mães entre 10 e 14 anos, relacionado aos aspectos emocionais, sociais e à saúde mental (COLL, 2001; SANTOS; SCHOR, 2003). Os resultados do presente estudo apontam que não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores de qualidade de vida geral e por domínio e a idade materna (Tabela 9). Isso pode estar associado à idade materna no momento da entrevista e ao apoio da família para enfrentamento das responsabilidades da maternidade. No momento da entrevista, apenas uma adolescente se encontrava na faixa etária entre 10 e 14 anos de idade. O fato de o estudo ter tido uma única representante da adolescência precoce no momento da entrevista pode justificar o resultado não significativo obtido para a relação com a qualidade de vida, em função da discrepância no tamanho dos grupos por idade. Além disso, o apoio familiar parece ser um aspecto marcante na vivência das jovens já que a média de escore do domínio família foi a mais elevada, sugerindo que o suporte familiar seja positivo e gere menor impacto negativo para a qualidade de vida geral.

Tabela 9. Comparação dos escores de qualidade de vida, geral e por domínios com a idade da adolescente no momento do último parto. Uberaba (MG), 2011.

	Idade no parto	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	10-14	09	20,59	21,31	3,59	14,50	26,19	0,465
	15-19	87	21,57	21,85	3,85	11,89	28,73	
IQV SF	10-14	09	20,10	19,84	4,10	14,77	26,81	0,291
	15-19	87	21,72	22,34	4,39	11,08	28,77	
IQV SE	10-14	09	15,50	16,85	5,97	2,86	23,36	0,222
	15-19	87	17,53	17,35	4,58	7,57	28,29	
IQV PE	10-14	09	22,86	22,21	4,35	16,00	27,57	0,929
	15-19	87	22,70	23,64	5,25	4,29	30,00	
IQV F	10-14	09	25,81	27,30	3,27	18,70	29,50	0,693
	15-19	87	25,26	25,80	4,02	13,30	30,00	

* Teste t de Student

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores de qualidade de vida, geral e por domínios, quando comparadas jovens casadas e solteiras (Tabela 10). A média do escore geral da qualidade de vida teve uma variação de 0,06 pontos entre os grupos. A homogeneidade pode ser observada na Figura 2. Supunha-se que a adolescente casada possuiria responsabilidades domésticas que poderiam comprometer sua qualidade de vida, em função da sobrecarga de atividades. No entanto, os resultados não sustentaram essa hipótese.

Tabela 10. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a situação conjugal de adolescentes mães. Uberaba (MG), 2011.

Situação conjugal		n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	casada	62	21,50	21,85	4,05	12,27	28,73	0,944
	solteira	34	21,44	21,58	3,41	11,89	28,34	
IQV SF	casada	62	21,62	21,48	4,52	11,08	28,77	0,873
	solteira	34	21,47	22,38	4,15	11,96	28,42	
IQV SE	casada	62	16,99	17,25	5,05	2,86	27,43	0,343
	solteira	34	17,96	17,64	4,07	10,43	28,29	
IQV PE	casada	62	22,94	23,89	5,40	4,29	30,00	0,564
	solteira	34	22,30	23,03	4,73	7,57	29,14	
IQV F	casada	62	25,46	26,10	3,86	13,00	30,00	0,611
	solteira	34	25,03	25,75	4,12	15,60	30,00	

* Teste t de Student

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

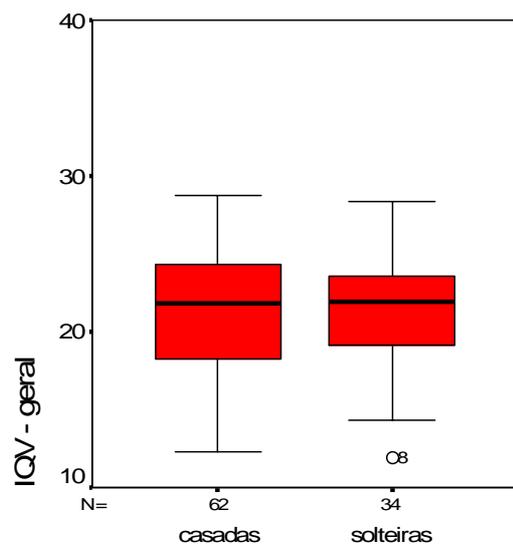


Figura 2. Escore de qualidade de vida geral de mães adolescentes, por situação conjugal. Uberaba (MG), 2011.

Não houve diferença significativa estatisticamente entre os grupos para qualidade de vida, geral e por domínios (Tabela 11) quando comparados quanto à frequência escolar, resultado que pode ser atribuído à valoração das atividades domésticas como parte do papel social feminino, reconhecido socialmente com o advento da maternidade.

Tabela 11. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a frequência escolar de adolescentes mães. Uberaba (MG), 2011.

	Frequente escola	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	Sim	26	21,69	21,93	3,40	14,33	27,47	0,745
	não	70	21,40	21,85	3,98	11,89	28,73	
IQV SF	sim	26	21,55	21,11	3,93	13,85	27,69	0,982
	não	70	21,58	22,19	4,55	11,08	28,77	
IQV SE	sim	26	18,25	18,50	3,93	11,07	27,43	0,249
	não	70	16,99	17,17	4,97	2,86	28,29	
IQV PE	sim	26	22,94	23,14	4,38	13,93	30,00	0,797
	não	70	22,63	23,67	5,44	4,29	30,00	
IQV F	sim	26	25,10	25,90	3,96	15,60	30,00	0,748
	não	70	25,39	25,85	3,96	13,30	30,00	

* Teste t de Student

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

A comparação dos escores de qualidade de vida geral e para os domínios saúde e funcionamento, psicológico e espiritual e família com a escolaridade (em anos de estudo formal) não foi estatisticamente significativa. Mas a comparação do escore do domínio socioeconômico com a escolaridade foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$), apontando que quanto maior a escolaridade maior a qualidade para esse aspecto da vida (Tabela 12). A maioria das adolescentes (79,2%) percebeu a importância da instrução formal, identificando-a como necessária para ocupar uma posição no mercado de trabalho e melhorar sua condição econômica, mesmo que o retorno à escola não seja previsto em curto prazo (Apêndice 5). Esses resultados corroboram os achados de Amazarray et al. (1998), segundo os quais após a maternidade, o planejamento da vida profissional passa a ser uma preocupação longínqua.

Tabela 12. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a escolaridade de adolescentes mães. Uberaba (MG), 2011.

	Escolaridade	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	0 - 9	72	21,16	21,6	3,88	11,89	28,73	0,272
	10 - 12	23	22,62	22,29	3,46	16,06	28,34	
IQV SF	0 - 9	72	21,43	21,57	4,28	11,08	28,42	0,916
	10 - 12	23	22,33	22,42	4,48	11,96	28,77	
IQV SE	0 - 9	72	16,60	16,82	4,74	2,86	27,43	0,008
	10 - 12	23	19,50	18,85	4,11	12,21	28,29	
IQV PE	0 - 9	72	22,42	23,46	5,41	4,29	30,00	0,342
	10 - 12	23	23,57	24,21	4,37	10,93	29,14	
IQV F	0 - 9	72	25,09	25,80	3,94	13,30	30,00	0,678
	10 - 12	23	26,37	27,60	3,50	16,80	30,00	

* **Teste t de Student**

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

A variável renda própria não foi estatisticamente significativa para a comparação entre o grupo de adolescentes que possuem renda própria e aquelas dependentes economicamente da família e/ ou companheiro para os escores geral e por domínios saúde e funcionamento, psicológico e espiritual e família (Tabela 13). Mas foi significativo para o domínio socioeconômico, indicando que há uma preocupação com a situação de dependência econômica, reforçada pelo fato de que o item “Não ter um trabalho” está entre os escores mais baixos do instrumento avaliativo (Apêndice 3). Apesar de a maternidade exigir da jovem certa autonomia, a relação de dependência se mantém, corroborando os achados de estudo qualitativo desenvolvido por Amazarray et al. (1998).

Tabela 13. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a renda própria de adolescentes mães. Uberaba (MG), 2011.

	Renda própria	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	sim	22	22,06	22,40	4,19	14,33	28,43	0,417
	não	74	21,30	21,84	3,71	11,89	28,73	
IQV SF	sim	22	21,98	22,94	4,72	13,73	28,42	0,616
	não	74	21,45	21,34	4,29	11,08	28,77	
IQV SE	sim	22	19,43	18,82	5,15	7,57	28,29	0,017
	não	74	16,71	16,82	4,44	2,86	27,14	
IQV PE	sim	22	22,77	22,28	4,98	12,14	30,00	0,953
	não	74	22,70	23,78	5,24	4,29	30,00	
IQV F	sim	22	24,96	26,50	4,77	15,60	30,00	0,642
	não	74	25,41	25,80	3,69	13,30	30,00	

* **Teste t de Student**

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Embora exista uma relação positiva entre a escolaridade e a qualidade da vida socioeconômica, parece haver um conformismo social quanto ao poder aquisitivo das jovens, uma vez que a comparação dos escores de qualidade de vida, geral e por domínios, com a renda *per capita* das famílias não aponta diferenças estatisticamente significativas. E isso, mesmo considerando a existência de famílias que vivem em área de pobreza (≤ 160 reais *per capita*

mensais) e outras com melhores condições financeiras (≥ 161 reais *per capita* mensais) (Tabela 14). A superação das desvantagens sociais e econômicas não é provável para as jovens, mesmo que a maternidade tivesse sido postergada e o papel de mãe, ressignificado em sua vida, a ponto de favorecer o ajustamento a essa realidade de pobreza.

O número de vezes que a adolescente teve uma gravidez, independentemente do desfecho do evento, não provocou impacto sobre a qualidade de vida das jovens ($p > 0,05$) (Tabela 15). Contudo, Lara (2008) aponta que a promoção de bem-estar familiar e conforto está diretamente relacionada ao número reduzido de gestações (LARA, 2008). Ademais, a repetição da gravidez na adolescência pressupõe aspectos preocupantes, como o curto intervalo interpatal e maior chance de complicações gestacionais e neonatais (GODINHO et al., 2000).

Susin et al. (2000) indicam que o aprendizado envolve a reunião de teoria e prática. Nessa perspectiva, a gravidez em si, representando a teoria de ser mãe, não teria um impacto negativo expressivo na qualidade de vida da jovem, pois a vivência da maternidade, representando a prática, começa com o nascimento da criança. A adolescente constrói um “eu-mãe-ideal” nem sempre correspondente à função materna desempenhada na realidade repleta de dificuldades (RODRIGUES et al., 2009).

Tabela 14. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a renda *per capita* das famílias de adolescentes mães vivendo em zona de pobreza e daquelas com melhores condições econômicas. Uberaba (MG), 2011.

	<i>Per capita</i>	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	≤ 160	15	21,83	22,29	4,25	11,89	27,47	0,701
	≥ 161	81	21,41	21,70	3,76	12,27	28,73	
IQV SF	≤ 160	15	22,17	23,80	4,11	13,50	27,19	0,563
	≥ 161	81	21,46	21,36	4,43	11,08	26,77	
IQV SE	≤ 160	15	17,46	17,21	4,83	10,43	27,43	0,914
	≥ 161	81	17,31	17,57	4,74	2,86	28,29	
IQV PE	≤ 160	15	22,92	23,14	6,25	7,57	30,00	0,867
	≥ 161	81	22,67	23,64	4,97	4,29	30,00	
IQV F	≤ 160	15	25,63	27,60	4,54	15,60	30,00	0,816
	≥ 161	81	25,27	25,80	3,85	13,30	30,00	

* **Teste t de Student.** Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Tabela 15. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com o número de gestações de adolescentes mães. Uberaba (MG), 2011.

	N gestações	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	01	76	21,77	22,03	3,59	12,27	28,73	0,146
	≥ 02	20	20,37	21,07	4,50	11,89	26,39	
IQV SF	01	76	21,85	22,19	4,12	11,96	28,77	0,220
	≥ 02	20	20,50	20,50	5,18	11,08	28,38	
IQV SE	01	76	17,69	18,17	4,87	2,86	28,29	0,151
	≥ 02	20	15,98	15,57	3,96	9,50	23,64	
IQV PE	01	76	22,91	23,64	4,88	4,29	30,00	0,459
	≥ 02	20	21,95	23,46	6,15	7,57	29,14	
IQV F	01	76	25,66	25,96	3,71	13,30	30,00	0,088
	≥ 02	20	23,97	25,65	4,58	15,80	30,00	

* **Teste t de Student**

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Embora os resultados não tenham sido estaticamente significativos, pode-se perceber uma tendência de decréscimo do escore geral da qualidade de vida, conforme aumenta a repetição de gravidez vivenciada pelas adolescentes quando consideramos o número extado de gestações (Figura 3). Pode-se supor que tais diferenças seriam mais expressivas em uma amostra em que o evento reincidência de gravidez fosse mais prevalente.

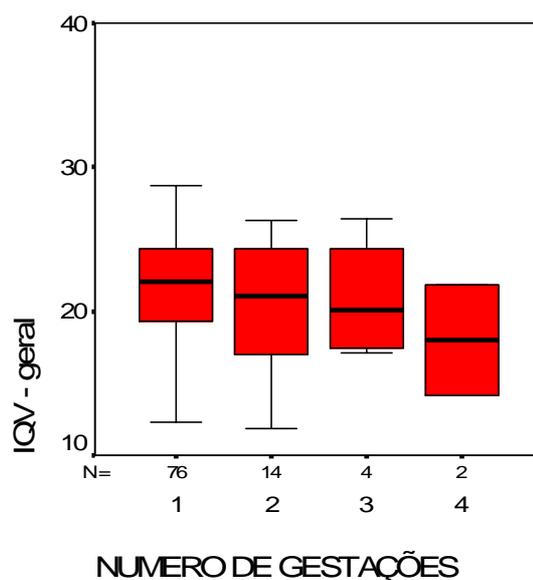


Figura 3. Escore de qualidade de vida geral, por número de gestações. Uberaba (MG), 2011.

No presente estudo, o número de partos das adolescentes coincidiu com o número de filhos vivos porque foram excluídos os casos de óbito neonatal e natimortos. A comparação dos escores de qualidade de vida geral e para os domínios saúde e funcionamento e família com o número de filhos vivos foi estatisticamente significativo (Tabela 16). Os escores foram inferiores para as adolescentes que têm mais de um filho vivo, reforçando que o impacto negativo está mais relacionado à vivência da maternidade do que ao número de gravidezes. Godinho et al. (2000) afirmam que “pior que uma gravidez na adolescência é a sua repetição”, mas os resultados do presente estudo sustentam a hipótese de que o impacto negativo sobre a vida da jovem está relacionado diretamente ao desfecho da gravidez, ou seja, a maternidade ou mais uma gestação interrompida. Além disso, o resultado ressalta a importância do planejamento familiar às jovens mães, para que as gravidezes sucessivas sejam prorrogadas e programadas.

O planejamento familiar é fundamental para o exercício da sexualidade e liberdade sexual com a escolha do momento desejado para a vivência da maternidade, especialmente no caso da reincidência de gravidez na adolescência (BRASIL, 2006c). Mas vale ressaltar que o planejamento familiar não é o único aspecto que deve ser priorizado: é preciso proporcionar condições para que a adolescente seja capaz de ressignificar a sua vida em outros aspectos além da maternidade, ou seja, a adolescente deve visualizar opções de inserção social e interações interpessoais que transcendam o papel materno (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2005).

Tabela 16. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com o número de filhos vivos de mães adolescentes. Uberaba (MG), 2011.

	N de filhos vivos	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	01	88	21,78	22,1	3,71	12,27	28,73	0,009
	02	08	18,14	18,14	3,57	11,89	24,36	
IQV SF	01	88	21,96	22,5	4,25	11,08	28,77	0,004
	02	08	17,34	16,88	3,57	13,5	24,35	
IQV SE	01	88	17,61	17,82	4,79	2,86	28,29	0,058
	02	08	14,30	15,00	2,64	10,36	17,29	
IQV PE	01	88	22,88	23,67	5,01	4,29	30,00	0,305
	02	08	20,91	22,28	6,65	7,57	29,14	
IQV F	01	88	25,64	26,10	3,71	13,30	30,00	0,006
	02	08	21,71	21,65	4,80	15,80	28,30	

* Teste t de Student

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

As diferenças entre os grupos quanto ao número de filhos vivos podem ser mais bem visualizadas nas Figuras 4, 5 e 6.

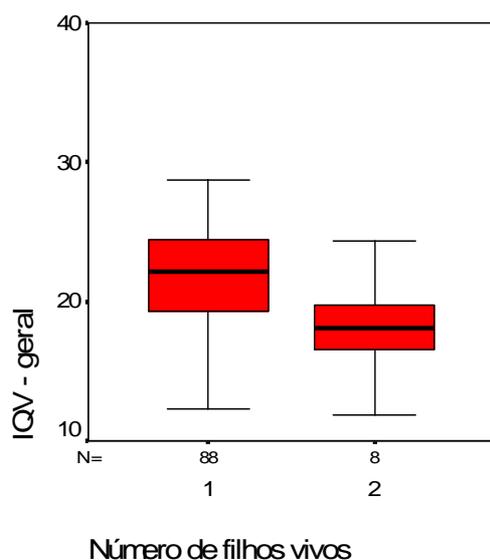


Figura 4. Escore de qualidade de vida geral por número de filhos vivos.

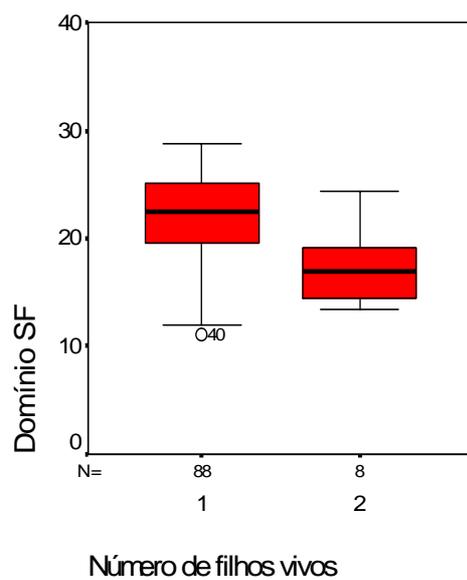


Figura 5. Escore do domínio saúde e funcionamento de qualidade de vida por número de filhos vivos.

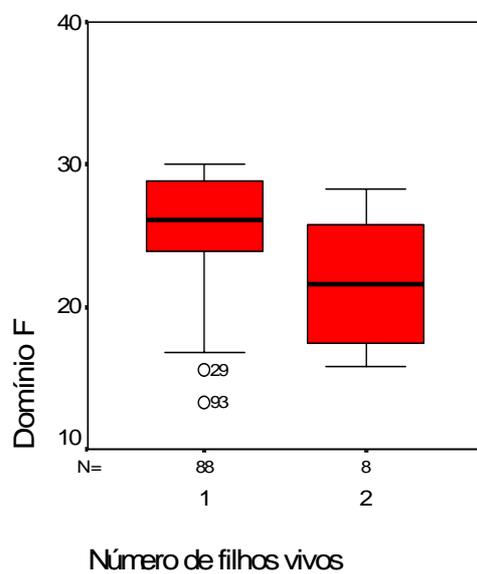


Figura 6. Escore do domínio família de qualidade de vida por número de filhos vivos.

Para Carlos da Silva (2011), o abortamento é a interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal, e é classificado de acordo com as características da ocorrência. No presente estudo, a investigação sobre a vivência do aborto em mães adolescentes não diferenciou sua causa (se espontâneo ou induzido). Segundo Freire e Chatelard (2009), o abortamento, que é uma situação marcante para a mulher, leva ao sentimento de luto narcísico, com efeitos sobre a autoestima. Isso porque o feto era parte do seu corpo e perdê-lo significa perder uma parte de si. As referidas autoras ainda afirmam que, quanto mais abortos a mulher vivenciar, maior será o luto, e os danos emocionais, quase permanentes, fazendo analogia a uma ferida aberta, quase impossível de ser curada (FREIRE; CHATELARD, 2009). Nesse sentido, a vivência de um aborto, mesmo que há muito ocorrido, poderia ter impacto negativo sobre a qualidade de vida, especialmente sobre o domínio psicológico e espiritual.

No presente estudo, a comparação dos escores de qualidade de vida, geral e por domínios, com a vivência de abortamento, independentemente do número de episódios, não foi significativa estatisticamente (Tabela 17). Isso indica que, para as adolescentes mães, essa vivência não trouxe uma influência expressiva sobre o “eu”, como sugerem Freire e Chatelard (2009). Vale destacar que o “eu” pode ser entendido como um espaço subjetivo e íntimo que se relaciona com a realidade (MOREIRA, 2009). A gravidez nessa faixa etária é comumente um evento inesperado, não planejado, além de promover confusão de sentimentos na jovem mulher (GODINHO et al., 2000). Tais características poderiam justificar a vivência menos dolorosa de um aborto.

Tabela 17. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a ocorrência prévia de abortamento. Uberaba (MG), 2011.

	Abortamento	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	Sim	09	21,32	21,85	4,34	14,20	26,39	0,898
	não	87	21,49	21,85	3,79	11,89	28,73	
IQV SF	sim	09	22,44	22,61	4,55	15,46	28,38	0,534
	não	87	21,48	21,84	4,37	11,08	28,77	
IQV SE	sim	09	15,38	14,57	4,07	10,36	23,64	0,318
	não	87	17,49	17,64	4,78	2,86	28,29	
IQV PE	sim	09	22,38	24,57	6,03	11,00	28,07	0,842
	não	87	22,75	23,64	5,09	4,29	30,00	
IQV F	sim	09	24,62	26,60	4,53	16,80	28,80	0,583
	não	87	25,38	25,80	3,90	13,30	30,00	

* **Test t de Student**

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Os resultados do presente estudo apontam que a prematuridade teve impacto negativo no domínio saúde e funcionamento da qualidade de vida das adolescentes ($p = 0,02$), mas não houve diferença estatisticamente significativa para os outros domínios e para o escore de qualidade de vida geral (Tabela 18). O parto prematuro, ocorrido com a interrupção da gravidez antes de 37 semanas gestacionais completas, tem implicação física e mental na jovem mãe (ROCHA et al., 2009). O nascimento pré-termo está relacionado com a mortalidade perinatal e com complicações neonatais (RAMOS et al., 2011).

Tabela 18. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a idade gestacional (em semanas) no momento do último parto de adolescentes. Uberaba (MG), 2011.

	Idade gestacional	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	≤ 36	23	20,40	20,96	3,97	13,52	28,14	0,121
	≥ 37	73	21,82	22,04	3,73	11,89	28,73	
IQV SF	≤ 36	23	19,84	20,23	4,65	11,08	28,42	0,029
	≥ 37	73	22,12	22,61	4,16	11,96	28,77	
IQV SE	≤ 36	23	16,90	16,00	4,01	9,50	26,14	0,612
	≥ 37	73	17,47	17,57	4,95	2,86	28,29	
IQV PE	≤ 36	23	21,71	22,28	5,11	10,93	29,14	0,288
	≥ 37	73	23,03	23,78	5,16	4,19	30,00	
IQV F	≤ 36	23	24,93	25,20	4,12	16,80	30,00	0,596
	≥ 37	73	25,43	26,10	3,90	13,30	30,00	

* **Test t de Student**

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

A escolha do tipo de parto, via vaginal (normal) ou cirúrgico (por cesariana), é tema polêmico com diferentes prevalências segundo o setor, público ou privado (MANDARINO et al., 2009). Embora complicações, em longo prazo, associadas à cesárea sejam pouco frequentes, o parto cirúrgico representa um desafio para a mulher, no que tange ao cuidado com o recém-nascido e à retomada das atividades diárias (BASTON; HALL, 2010). Em função do tempo prolongado de retorno completo às condições fisiológicas, quando comparado ao parto normal, espera-se que as mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico de parto tenham mais impactos negativos nos escores de qualidade de vida, geral e por domínios, especialmente no domínio saúde e funcionamento.

Os resultados do presente estudo mostram que não houve diferença significativa na comparação entre os tipos de parto e os escores de qualidade de vida (Tabela 19). Pode-se supor que esses resultados sejam devidos ao longo tempo decorrido do parto. No entanto, há concordância com os achados de Lara (2008), que investigou mulheres, incluindo adolescentes, em puerpério mediato, refutando a influência do aspecto tempo decorrido do parto.

Um estudo realizado em São Paulo avaliou a expectativa de mulheres em relação ao tipo de parto (OLIVEIRA et al., 2002). Os resultados apresentados pelo referido estudo nos fazem supor que a via de nascimento interferirá na qualidade de vida quando dela decorrer alguma complicação obstétrica ou frustração marcante para a mulher. Se as expectativas, que devem ser interpretadas de acordo com a subjetividade e experiências prévias de cada mulher, forem concretizadas supõe-se que não haverá impacto sobre a qualidade de vida.

Tabela 19. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com o tipo de parto de adolescentes. Uberaba (MG), 2011.

	Tipo de parto	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	normal	65	21,17	21,82	3,96	11,89	28,34	0,243
	cesárea	27	22,46	23,37	3,55	14,33	28,73	
	forceps	04	19,95	19,96	1,7	17,86	22,03	
IQV SF	normal	65	21,27	21,15	4,31	11,08	28,77	0,470
	cesárea	27	22,43	23,07	4,59	11,96	28,42	
	forceps	04	20,67	21,86	3,94	15,15	23,81	
IQV SE	normal	65	16,88	16,85	4,89	2,86	28,29	0,251
	cesárea	27	18,60	19,35	4,38	10,57	27,14	
	forceps	04	16,14	17,32	3,35	11,21	18,71	
IQV PE	normal	65	22,60	23,28	5,50	4,29	30,00	0,353
	cesárea	27	23,45	24,21	4,36	12,14	30,00	
	foreceps	04	19,53	19,50	3,37	16,00	23,14	
IQV F	normal	65	24,88	25,40	4,00	13,30	30,00	0,151
	cesárea	27	26,53	27,60	3,69	15,60	30,00	
	forceps	04	24,00	25,45	3,62	18,70	26,40	

* ANOVA

Fonte: Dados coletados pela autora (2011)

As intercorrências e patologias obstétricas caracterizam complicações que podem colocar em risco a saúde materno-infantil e requerem assistência clínica adequada. Dentre os antecedentes obstétricos ginecológicos relacionados a tais eventos estão a idade materna na faixa etária da adolescência e a prematuridade neonatal (CARLOS DA SILVA, 2011). Os resultados da comparação da ocorrência de complicações gestacionais com os escores de qualidade de vida, geral e por domínios, não apontaram diferença estatisticamente significativa (Tabela 20).

Tabela 20. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a ocorrência de complicação gestacional em adolescentes. Uberaba (MG), 2011.

	Complicação Gestacional	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	sim	37	21,04	21,82	4,11	11,89	27,03	0,373
	não	59	21,76	21,85	3,63	14,20	28,73	
IQV SF	sim	37	21,06	21,61	4,74	11,08	28,38	0,368
	não	59	21,89	22,03	4,13	11,96	28,77	
IQV SE	sim	37	17,02	17,21	4,27	8,21	25,00	0,608
	não	59	17,53	17,35	5,02	2,86	28,29	
IQV PE	sim	37	22,36	23,14	5,27	7,57	29,64	0,602
	não	59	22,93	23,64	5,11	4,29	30,00	
IQV F	sim	37	27,74	25,30	4,35	13,30	30,00	0,264
	não	59	25,67	26,20	3,65	15,60	30,00	

* **Teste t de Student**

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Ter um filho doente ou com qualquer agravo à saúde gera um impacto negativo na qualidade de vida materna porque a saúde da criança é muito valorizada pela mãe (LARA, 2008). Dos resultados para as comparações da qualidade de vida, geral e por domínios, com a presença de má-formação congênita do neonato (Tabela 21), necessidade de assistência hospitalar especializada neonatal (Tabela 22) e presença de agravo à saúde da criança no momento da entrevista (Tabela 23), não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Resultados discordantes de um estudo que encontrou diferença estatisticamente significativa para a relação entre o domínio saúde e funcionamento da qualidade de vida e a saúde atual da criança (LARA, 2008). Pode-se supor que no presente estudo não houve diferença entre os grupos devido à discrepância do tamanho entre eles.

Tabela 21. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a presença de má-formação congênita do neonato de mães adolescentes. Uberaba (MG), 2011.

	Má-formação neonatal	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	sim	02	16,73	16,73	6,31	12,27	21,20	0,203
	não	94	21,58	21,94	3,74	11,89	28,73	
IQV SF	sim	02	17,75	17,75	5,08	14,15	21,35	0,285
	não	94	21,65	22,19	4,35	11,08	28,77	
IQV SE	sim	02	12,10	12,10	5,50	8,21	16,00	0,212
	não	94	17,45	17,46	4,68	2,86	28,29	
IQV PE	sim	02	18,14	18,14	8,58	12,07	24,21	0,395
	não	94	22,81	23,64	5,09	4,29	30,00	
IQV F	sim	02	18,60	18,60	7,49	13,20	23,90	0,074
	não	94	25,45	26,00	3,78	15,60	30,00	

* Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Tabela 22. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a necessidade de assistência hospitalar especializada a neonatos de mães adolescentes. Uberaba (MG), 2011.

	Assistência hospitalar neonatal	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	Sim	18	22,06	22,10	3,22	15,89	27,61	0,478
	Não	78	21,34	21,84	3,95	11,89	28,73	
IQV SF	Sim	18	21,34	21,48	3,95	12,35	26,92	0,806
	Não	78	21,62	22,23	4,48	11,08	28,77	
IQV SE	Sim	18	17,79	17,82	3,62	11,07	25,64	0,651
	Não	78	17,23	17,32	4,96	2,86	28,29	
IQV PE	Sim	18	24,42	25,39	3,80	15,43	29,14	0,121
	não	78	22,32	23,14	5,36	4,29	30,00	
IQV F	sim	18	26,59	27,60	3,34	16,80	30,00	0,127
	não	78	25,01	25,65	4,30	13,30	30,00	

* Teste t de Student

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

Tabela 23. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com a presença de agravos à saúde do neonato no momento da entrevista. Uberaba (MG), 2011.

	Agravo à saúde neonatal	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	sim	26	21,58	22,45	3,83	12,27	27,61	0,873
	não	70	21,44	21,76	3,83	11,89	28,73	
IQV SF	sim	26	21,66	22,69	4,00	11,08	27,19	0,903
	não	70	21,54	21,59	4,53	11,96	28,77	
IQV SE	sim	26	17,13	18,03	4,49	8,21	25,64	0,797
	não	70	17,41	17,28	4,84	2,86	28,29	
IQV PE	sim	26	22,94	24,10	5,86	4,29	29,14	0,792
	não	70	22,63	23,21	4,91	7,57	30,00	
IQV F	sim	26	25,70	26,05	3,76	13,30	30,00	0,554
	não	70	25,16	25,85	4,02	15,60	30,00	

* **Teste t de Student**

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

A avaliação positiva de mulheres para o ato de amamentar, mas sem diferença estatisticamente significativa, foi apontada por Lara (2008). No presente estudo, foi avaliada a qualidade de vida de mães que amamentaram seus filhos, independentemente do tipo de AM (exclusivo ou complementado) e do tempo de aleitamento, bem como daquelas que não experimentaram o aleitamento materno. Não houve diferença estatisticamente significativa para tal comparação (Tabela 24).

Tabela 24. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com o aleitamento materno em adolescentes. Uberaba (MG), 2011.

	Amamentação	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima	p*
IQV geral	sim	89	21,4	21,82	3,92	11,89	28,73	0,491
	não	07	22,44	22,93	2,14	18,02	24,36	
IQV SF	sim	89	21,45	21,34	4,46	11,08	28,77	0,349
	não	07	23,07	24,00	2,74	16,88	24,50	
IQV SE	sim	89	17,39	17,28	4,86	2,86	28,29	0,683
	não	07	16,63	17,35	2,72	11,07	18,71	
IQV PE	sim	89	22,64	23,64	5,25	4,29	30,00	0,632
	não	07	23,62	22,21	3,84	18,93	29,14	
IQV F	sim	89	25,15	25,80	4,03	13,30	30,00	0,168
	não	07	27,30	27,60	1,60	24,60	28,80	

* Teste t de Student

Fonte: Dados coletados pela autora (2011).

7. CONCLUSÕES

O perfil social e demográfico das adolescentes que se tornam mães acompanha o padrão brasileiro e reforça a relação entre as condições do meio em que uma população se insere e a ocorrência de eventos específicos como a maternidade adolescente. É preocupante a questão da escolaridade das adolescentes após a maternidade. É possível que o fortalecimento de uma rede social de apoio e acompanhamento, na qual os profissionais de saúde se inserem e têm papel importante, favorecesse o retorno e a conclusão da formação educacional das jovens mães.

O perfil obstétrico das jovens está relacionado com aspectos culturais, sociais e ambientais da comunidade. A prevalência de reincidência da gravidez entre mães adolescentes de Uberaba (MG) é superior à verificada na região Sudeste do Brasil, em razão, essencialmente, de fatores culturais locais, como o senso comum de normalidade do casamento e da gravidez precoce. O impacto do número de filhos que uma adolescente tem é preocupante, e são necessárias ações efetivas de planejamento familiar e promoção da saúde visando, à ampliação das perspectivas de futuro. Equipes interdisciplinares devem estar capacitadas para prestar um atendimento que transcenda o cuidado técnico de saúde, visualizando resultados duradouros e efetivos.

O índice de qualidade de vida de adolescentes após a maternidade foi inferior ao verificado em outros estudos que avaliaram grávidas e mulheres em puerpério mediato, o que sugere que a rotina doméstica e a vivência da maternagem refletem na qualidade de vida das adolescentes. A valoração do domínio família indica que há uma aceitação cultural da maternidade adolescente nesse grupo, de forma que a família dá suporte à jovem mãe.

Enfim, a avaliação da qualidade de vida das adolescentes no presente estudo aponta que há aspectos relacionados à maternidade influenciando negativamente a qualidade de vida das jovens, mas, ainda assim, a pontuação atribuída à qualidade de vida varia de moderada a elevada.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar os aspectos envolvidos na vida de adolescentes após a maternidade representa um ponto fundamental para que o planejamento das ações gerenciais e assistenciais dos serviços de saúde seja influente na vida da comunidade. Muitos profissionais de saúde ainda apresentam uma visão reducionista e biologista acerca da saúde da população, dificultando a compreensão de processos complexos como a maternidade na adolescência. Estudos que apresentam uma visão ampliada, além de uma abordagem meramente técnica, contribuem para o direcionamento das ações de saúde para os aspectos considerados prioritários e favorecem a percepção de integralidade dos cuidados pelos profissionais de saúde.

Entende-se que é preciso reconhecer todos os aspectos envolvidos no evento para possibilitar aos adolescentes o empoderamento e a escolha consciente e informada sobre seu próprio corpo, projetos e perspectivas de vida.

Com o presente estudo não se pretendeu aceitar ou condenar a maternidade adolescente, mas oferecer uma visão mais completa da questão, de forma a favorecer a formulação e execução de ações de saúde mais adequadas e eficientes para as pessoas envolvidas. Durante o desenvolvimento do estudo foi marcante o fato de como a maternidade exigiu das jovens uma maturidade acelerada, percebida a partir de suas preocupações e alusões sobre a vida. Traços próprios da adolescência foram camuflados pela responsabilização que a maternidade impôs a essas jovens. Apesar das mudanças, os sonhos de um futuro promissor mantiveram-se presentes, ao mesmo tempo em que se percebeu um conformismo (talvez o principal responsável pelos bons valores de qualidade de vida em situações desfavoráveis), certa acomodação e falta de estímulos para concretizar seus planos. Contudo, percebeu-se um contentamento em ser mãe, mesmo que a ocorrência tenha sido antecipada às intenções passadas, o que é carregado pela cultura regional.

Ao final da investigação, parece-me que a maternidade adolescente representa o agravamento de circunstâncias de vida desfavoráveis já instaladas, mas não é sua causa direta. E as adolescentes percebem que, em outra realidade social, econômica e, em alguns casos, familiar, a maternidade teria caráter exclusivamente positivo, independentemente da idade em que ocorra, e não prejudicaria as expectativas que as jovens tinham antes de engravidar (mesmo que elas tivessem que adiá-las por um tempo determinado) porque, em condições privilegiadas, haveria o suporte necessário para conciliar a maternidade e a adolescência.

9. REFERÊNCIAS

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. NBR 14724: informações e documentação: trabalhos acadêmicos, apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

ALEXANDRE, Lourdes Bernadete dos Santos Pito. Políticas públicas de saúde da mulher. In: FERNANDES, Rosa Áurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon (ORG.). **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri-SP: Manole, p. 15-16, 2007.

ALMEIDA, Inez Silva da; RÊGO, Benedita Maria; RODRIGUES, Deusdará; SIMÕES, Sonia Maria Faria. O adolescer...um vir a ser. **Adolescência e saúde**. V. 4, n. 3, 2007.

ALMEIDA, Marco Antonio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luis. Qualidade de vida: discussões contemporâneas. In: VILARTA, Roberto; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MONTEIRO, Maria Inês (ORGS.) **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI**. 1ª ed., Campinas – SP: IPES, p. 151-160, 2010.

AMAZARRAY, Mayte Raya; MACHADO, Paula Sandrine; DE OLIVEIRA, Viviane Ziebell; GOMES, William Barbosa. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre – RS: v. 11, n. 3, 1998.

AMORIM DA SILVA, Luciane; NAKANO, Ana Márcia Spanó; GOMES, Flávia Azevedo; STEFANELLO, Juliana. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto e contexto de Enfermagem**. Florianópolis, SC: v. 18, n. 1, p. 48-56, 2009.

AQUINO, Estela M. L.; HEILBORN, Maria Luiza; KNAUTH, Daniela; BOZON, Michel; ALMEIDA, Maria da Conceição; ARAÚJO, Jenny; MENEZES, Greice. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro – RJ: v. 19, n. 2, p. 377-388, 2003.

ARAÚJO, William Johnny; DE OLIVEIRA, Sandra Regina dos Santos Muri; ARAÚJO Elaine da Silva Pires. Assistência e cuidados gerais com a adolescente puérpera. In: MONTEIRO, Denise Leite Maia; TRAJANO, Alexandre José Baptista; BASTOS, Álvaro da Cunha. **Gravidez e adolescência**. Rio de Janeiro – RJ: Ed. Revinter, p. 268-272, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – ABEn NACIONAL. Projeto Adolescer. Revista Adolescer. Compreender. Atuar. Acolher. Brasília, DF: revista *on-line*, 1999. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/revista/sumario.html>. Acesso em 27 de outubro de 2010.

BANCO MUNDIAL. Departamento do Brasil. Setor de Redução da Pobreza e Manejo Econômico. Região da América Latina e Caribe. Relatório nº 20.475 – BR - O combate à pobreza no Brasil: relatório sobre pobreza, com ênfase nas políticas voltadas para a redução da pobreza urbana. Banco Mundial. Departamento do Brasil. Setor de Redução da Pobreza e Manejo Econômico. Região da América Latina e Caribe. V. 1, 2001. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/>>. Acesso em: 25 ago., 2011.

BARBOSA, Sônia Regina de Cal Seixas. Qualidade de vida e saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar.** São Carlos – SP: v. 7, n. 2, p. 77-87, 1998.

BARROS, Luciana Paes de; GROPO, Luciana Nagali; PETRIBÚ, Kátia; COLARES, Viviane. Avaliação da qualidade de vida em adolescentes: revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** Rio de Janeiro – RJ: v. 57, n. 3, p. 212-217, 2008.

BASSI, Camillo. Exposição à maternidade precoce e estratos sociais das adolescentes brasileiras: justificativas via determinantes próximos das taxas de fecundidade. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).** Brasília – DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2008.

BASTON, Helen; HALL, Jennifer. Cuidado pós-operatório após cesariana. In: _____. **Série Enfermagem Obstétrica Essencial: uma abordagem humanizada**, volume 4 - Pós-Parto. Rio de Janeiro – RJ: Ed. Elsevier, p. 69-84, 2010.

BAY, Guiomar; DEL POPOLO, Fabiana; FERRANDO, Delicia. **Determinantes próximos de la fecundidad: una aplicación a países latino americanos.** Santiago – Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población, 2003. Disponível em: <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/13487/lc11953-P.pdf>>. Acesso em 4 out., 2011.

BEATO, Ana Filipa Gordino. **“Adolescer” entre relações – parentalidade, amizade e amorosidade: que contributos na transição para a idade adulta?** Dissertação de Mestrado. 313f. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2008.

BELO, Márcio Alves Vieira; PINTO E SILVA, João Luiz. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo – SP: v. 38, n. 4, p. 479-487, 2004.

BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Increasing adolescent and youth fertility in Brazil: a new trend a one-time event? In: **Annual Meeting of the population association of America (PAA)**, Philadelphia – Pennsylvania: Annual Meeting of the population association of America, 2005, session 151.

BOCARDI, Maria Inês Brandão. **Gravidez na adolescência: o parto enquanto espaço do medo.** São Paulo – SP: Arte & Ciência, 2003.

BRASIL. Presidência Da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990: Estatuto da Criança e do Adolescente.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa da saúde do adolescente. Bases programáticas. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. 2ª ed. Brasília, DF: [s.n.], 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília, DF: [s.n.], 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução Nº 3, de 3 de agosto de 2005. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Brasília, DF: [s.n.], 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 2ª ed. Atual. e ampl. – Brasília – DF: Ministério da Saúde, p. 7, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à Saúde do adolescente. Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte, MG: [s.n.], 2006a.

BRASIL. Ministério da Educação. Alteração da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei Nº 11.274, de 6 de fevereiro de 2006. Presidência da República. Ministério da Educação. Brasília, DF: [s.n.], 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, DF: [s.n.], 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília – DF: [s.n.], 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS, 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 13 set., 2011.

BURAK, Solum Donas. Adolescência y juventud: viejos y nuevos desafios en los albores del nuevo milenio. In: ____ (Compilador). **Adolescência y juventud en América Latina**. Cartago – Costa Rica: Libro Universitario Regional, p. 23-26, 2001.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro – RJ: v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARLOS DA SILVA, Janize. Intercorrências e patologias obstétricas. In: ____ . **Manual Obstétrico: um guia prático para a enfermagem**. 2ª ed. (revisada e ampliada). São Paulo – SP: Ed. Corpus, p. 80-85, 2011.

CARVALHO de, Geraldo Mota; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; DE JESUS, Maria Cristina Pinto. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. **Texto Contexto de Enfermagem**. Florianópolis – SC: v. 18, n. 1, p. 17-24, 2009.

COLL, Ana. Embarazo en la adolescencia: ¿cuál es el problema? In: BURAK, Solum Donas (Compilador). **Adolescência y juventud en América Latina**. Cartago – Costa Rica: Libro Universitario Regional, p. 425-443, 2001.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção (versão revisada e atualizada). In: CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado (ORG.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro – RJ: Ed. Fiocruz, p. 39-53, 2003.

DADOORIAN, Diana. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília – DF: v. 21, n. 3, p. 84-91, 2003.

DANCEY, Christine P.; REIDY, John. **Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows**. 3ª ed. Porto Alegre – RS: Ed. Artmed, 2006.

FARQUHAR, Morag. Definitions of quality of life: taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**. V. 22, n. 3, p. 502-508, 1995.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Orientação: Aleitamento Materno. FEBRASGO. São Paulo – SP: 2006.

FERNANDES, Rosa Áurea Quintella; VIDO, Milena Butolo. Gravidez e qualidade de vida: avaliação nos trimestres gestacionais. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Rio de Janeiro – RJ: v. 8, n. 1, 2009.

FERRANS, Carol Estwing; POWERS, Marjorie. **Quality of life index**. Disponível em: <<http://www.uic.edu/orgs/qli/index.htm>>. Acesso em: 20 ago., 2011.

FERRANS, Carol Estwing; POWERS, Marjorie. Quality of life index: development and psychometric properties. **Advances in Nursing Science**. V. 8, p. 15-24, 1985.

FERRANS, Carol Estwing. Development of a quality of life index for patients with câncer. **Oncology Nursinf Forum**. V. 17, n. 3, p. 15-19, 1990.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL - 100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ: v. 5, n. 1, 2000.

FOLLE, Emanuele; GEIB, Lorena Teresuna Consalter. Representações sociais das primíparas de adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto – SP: v. 12, n. 2, p. 183-190, 2004.

FONSECA, Adriana Dora da; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira. Manifestações de gênero no processo de adolecer. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá – PR: v. 26; n. 1, p. 231-237, 2004.

FREIRE, Teresa Cristina G.; CHATELARD, Daniela S. O aborto é uma dor narcísica irreparável? **Revista Mal-estar e subjetividade**. Fortaleza – CE: v. 9, n. 3, p. 1.007-1.022, 2009.

FULLER, Norma. Maternidad e identidad femenina: relato de sus desencuentros. In: BURAK, Solum Donas (Compilador). **Adolescencia y juventud en América Latina**. Cartago – Costa Rica: Libro Universitario Regional, p. 225-232, 2001.

GODINHO, Roseli Aparecida; SCHELP, Joselaine Rosália Batista; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; BERTONCELLO, Neide Marina Feijó. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto – SP: v. 8, n. 2, p. 25-32, 2000.

GONÇALVES, Rejane Maria Dias de Abreu; PEDROSA, Leila Aparecida Kauchajke. **Ações dos enfermeiros em saúde mental na estratégia de saúde da família**. Dissertação de Mestrado. Uberaba, MG: p. 43, 2009.

GONTIJO, Daniela Tavares; MEDEIROS, Marcelo. “Tava morta e revivi”: significados de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro – RJ: v. 24, n. 2, p. 469-472, 2008.

GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina; ALVES, Maria Dalva Santos; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa & BARROSO, Grasiela Teixeira. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, RJ: v. 12, n. 4, 2008.

GUZMÁN, José Miguel; CONTRERAS, Juan Manuel; HAKKERT, Ralph. La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y Caribe. In: BURAK, Solum Donas (Compilador). **Adolescencia y juventud en América Latina**. Cartago – Costa Rica: Libro Universitario Regional, p. 391-416, 2001.

HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela M. L.; BOZON, Michel; KNAUTH, Daniela. Gravidez e maternidade na adolescência: novas biografias reprodutivas. In: MONTEIRO, Denise Leite Maia; TRAJANO, Alexandre José Baptista; BASTOS, Álvaro da Cunha. **Gravidez e adolescência**. Rio de Janeiro – RJ: Ed. Revinter, p. 21-25, 2009.

HEINRICH, Jean-Marie. O significado da noção de cultura. **Palavra sem fronteira**. O seminário – psiquiatria, psicoterapia e cultura (s). 2005. Disponível em: <<http://www.psf-port.com/spip.php?article5>> Acesso em: 3 out., 2011.

HOLANDA FERREIRA, Aurélio Buarque de. **Novo Aurélio: o dicionário da língua portuguesa do Século XXI**. 3^a ed. (revista e ampliada), São Paulo – SP: Editora Nova Fronteira, p. 55, 1999.

HOUAISS ELETRÔNICO. Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro – RJ: Ed. Objetiva Ltda., versão monousuário 3.0, 2009.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades@. Brasília-DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 19 ago., 2011.

_____. População: primeiros resultados do Censo 2010. Brasília-DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/populacao_por_municipio.shtm>. Acesso em: 19 ago., 2011.

_____. Indicadores Sócio demográficos e de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro – RJ: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro – RJ: Editora Objetiva Ltda., p. 89; p. 1.868, 2001.

KIMURA, Miako. Tradução para o português e validação do Quality of Life Index de Ferrans e Powers [Tese de Livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

KIMURA, Miako; VITOR DA SILVA, José. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo – SP: v. 43, n. especial, p. 1.098-1.104, 2009.

KLEIN, C.H.; BLOCH, K.V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R.; CARVALHO, D.M.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, p. 125-150, 2006.

LARA, Ana Cláudia de Lima. **Qualidade de vida no puerpério mediato**. Dissertação de mestrado – Universidade de Guarulhos, São Paulo, 2008.

LAURENTI, Ruy. A mensuração da qualidade de vida. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo – SP: v. 49, n. 4, p. 361-362, 2003.

LOPES DE OLIVEIRA, Maria Cláudia Santos. Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. **Psicologia em estudo**. Maringá – PR: v. 11, n. 2, p. 427-436, 2006.

MAGALHÃES, Maria de Lourdes Caltabiano; DOS REIS, João Tadeu Leite. Gravidez na adolescência precoce e tardia – há diferença? In: MONTEIRO, Denise Leite Maia; TRAJANO, Alexandre José Baptista; BASTOS, Álvaro da Cunha. **Gravidez e adolescência**. Rio de Janeiro – RJ: Ed. Revinter, p.64-68, 2009.

MANDARINO, Natália Ribeiro; CHEIN, Maria Bethânia da Costa; MONTEIRO JÚNIOR, Francisco das Chagas; BRITO, Luciane Maira Oliveira; LAMY, Zeni Carvalho; NINA, Vinícius José da Silva; MOCHEL, Elba Gomide; DE FIGUEIREDO NETO, José Albuquerque. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro – RJ: v. 25, n. 7, p.1.587-1.596, 2009.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Adolescência: o cuidar nessa fase do ciclo vital. In: FERNANDES, Rosa Áurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon (ORG.). **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri-SP: Manole, p.190-210, 2007.

MARCELLO, Fabiana de Amorim. Dispositivos da maternidade: mídia e a produção pedagógica de sujeitos, práticas e normas. **Educar**. Curitiba – PR: n. 26, p. 81-98, 2005.

MARGULIS, Mario. Juventud: una aproximación conceptual. In: BURAK, Solum Donas (Compilador). **Adolescencia y juventud en América Latina**. Cartago – Costa Rica: Libro Universitario Regional, p. 41-52, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo & BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ: v. 5, n. 1, 2000.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. Revisitando o conceito de eu em Freud: da identidade à anterioridade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro – RJ: v. 9, n. 1, p. 233-247, 2009.

MORRISON, Keith. Uma introdução aos indicadores de qualidade de vida. **Administração**. Macau: v. 18, n. 68, p. 569-606, 2005.

NOBRE, Moacyr Roberto Cucê. Qualidade de vida. **Revista Brasileira de Pediatria (Editorial)**. São Paulo – SP: v. 64, n. 4, 1995.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. Historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v. 34, n.1, p. 9-15, 2000.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; MIYA, Claudia Fumiko Rosas; VIDOTTO, Paula. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto – SP: v. 10, n. 5, p. 667-674, 2002.

OLIVEIRA JUNIOR, Fernando César. Intercorrências clínicas e obstétricas na gestante adolescente. In: MONTEIRO, Denise Leite Maia; TRAJANO, Alexandre José Baptista; BASTOS, Álvaro da Cunha. **Gravidez e adolescência**. Rio de Janeiro – RJ: Ed. Revinter, p. 114-117, 2009a.

OLIVEIRA JUNIOR, Fernando César. Parto na adolescência. In: MONTEIRO, Denise Leite Maia; TRAJANO, Alexandre José Baptista; BASTOS, Álvaro da Cunha. **Gravidez e adolescência**. Rio de Janeiro – RJ: Ed. Revinter, p. 261-267, 2009b.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Promoción de la salud: glossario. Ginebra – Suíça: OMS, 1998a, p. 10-28.

_____. El embarazo y el aborto en la adolescencia. Ginebra: OMS, 1975 [Série de informes técnicos].

PERSONA, Lia; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; TARALLO, Maria Celina. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto – SP: v. 12, n. 5, p. 745-750, 2004.

PINTO-NETO, Aarão Mendes; CONDE, Délio Marques. Qualidade de vida. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Editorial)**. Campinas – SP: v. 30, n. 11, p. 535-536, 2008.

PMU - PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Localização. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,709>>. Acesso em: 19 ago., 2011.

_____. Órgãos e Secretarias. Secretaria Municipal de Saúde. Unidades e Atendimentos em Saúde. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal>>. Acesso em: 19 ago., 2011.

POPULATION REFERENCE BUREAU. 2011 World population data sheet: the world at 7 billion. Whashington-DC: Population Reference Bureau, 2011. Disponível em: <<http://www.prb.org>>. Acesso em 19 set., 2011.

PROVETTI JUNIOR, José. Maternidade e sociedade. In: MONTEIRO, Denise Leite Maia; TRAJANO, Alexandre José Baptista; BASTOS, Álvaro da Cunha. **Gravidez e adolescência**. Rio de Janeiro – RJ: Ed. Revinter, p. 26-30, 2009.

RAMOS, José Geraldo Lopes; MARTINS-COSTA, Sérgio H.; VALÉRIO, Edimárlei Gonsales; MÜLLER, Ana Lúcia Letti. Nascimento pré-termo. In: FREITAS, Fernando; MARTINS-COSTA, Sérgio H.; RAMOS, José Geraldo Lopes; MAGALHÃES, José Antônio [et al.]. **Rotinas em Obstetrícia**. 6^a ed. Porto Alegre – RS: Ed. Artmed, p. 110-122, 2011.

RANGEL, Débora Luiza de Oliveira & QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. A representação social das adolescentes sobre a gravidez nesta etapa da vida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, RJ: v. 12, n. 4, 2008.

RÊGO BARROS, Romualda Castro do. Fatores envolvidos na adesão das adolescentes aos métodos contraceptivos. In: MONTEIRO, Denise Leite Maia; TRAJANO, Alexandre José Baptista; BASTOS, Álvaro da Cunha. **Gravidez e adolescência**. Rio de Janeiro – RJ: Ed. Revinter, p. 295-300, 2009.

RESSEL, Lucia Beatriz; SEHNEM, Graciela Dutra; JUNGES, Carolina Frescura; HOFFMANN, Izabel Cristina; LANDERDAHL, Maria Celeste. Representações culturais de saúde, doença e vulnerabilidade sob a ótica de mulheres adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.13, n.3, p. 552-557, 2009.

REYES, Yuri Chillán. Políticas públicas de juventud: desafío del nuevo tiempo iberoamericano. In: BURAK, Solum Donas. (Compilador). **Adolescencia y juventud en América Latina**. Cartago – Costa Rica: Libro Universitario Regional, p. 117-20, 2001.

REZENDE, Irina Maria Azenha Alves de. Aleitamento materno: um estudo de representação social. **Caderno Espaço feminino – Revista do Núcleo de Estudos de Gênero e Pesquisa sobre a Mulher**. Uberlândia – MG: v. 4, ns. 4 e 5, p. 211-230, 1998.

ROCHA, Ricardo Cristiano Leal da; GUAZZELLI, Cristina aparecida Falbo; DE SOUZA, Eduardo; CHAMBÔ FILHO, Antônio. Parto pré-termo na adolescência. In: MONTEIRO, Denise Leite Maia; TRAJANO, Alexandre José Baptista; BASTOS, Álvaro da Cunha. **Gravidez e adolescência**. Rio de Janeiro – RJ: Ed. Revinter, p. 123-26, 2009.

RODRIGUES, Dafne Paiva; RODRIGUES, Francisco Rafael de Araújo; SALES DA SILVA, Lucilane Maria; JORGE, Maria Salete Bessa; VASCONCELOS, Léa Dias Gomes Pimentel. O adolescer e ser mãe: representações sociais de puérperas adolescentes. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba – PR: v. 14, n. 3, 2009.

RODRIGUES, Francisco Rafael de Araújo; RODRIGUES, Dafne Paiva; SOUZA, Emanuella Santos; NOGUEIRA, Maria Emanuela Ferreira & FIALHO, Ana Virgínia de Melo. A vivência do ciclo gravídico-puerperal na adolescência: perfil sócio-demográfico e obstétrico. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 12, n. 1, 2008.

ROSA, Alcino José. **Novamente grávida**: Adolescentes com maternidades sucessivas em Rondonópolis – MT. Tese de Doutorado – Faculdade Saúde Pública, USP, São Paulo, 2007.

ROSA, Alcindo José; REIS, Alberto O. A.; TANAKA, Ana C. d'A. Gestações sucessivas na adolescência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v. 17, n. 1, p. 165-172, 2007.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: _____ **Epidemiologia e saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, Cap. 6, 1999.

SABROZA, Adriane Reis; LEAL, Maria do Carmo; SOUZA JR, Paulo Roberto de; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). **Caderno de Saúde Pública**. v. 20, n. 1, p. 130-37, 2004.

SAITO, Maria Ignez. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. **Pediatria (São Paulo)**. v. 22, n. 3, 2000, p. 217-219. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br>>. Acesso em: 11 jan., 2011.

SANTOS, Sílvia Reis dos; SCHOR, Néia. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Revista Saúde Pública**. São Paulo – SP: v. 37, n. 1, p. 15-23, 2003.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro – RJ: v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SÍCOLO, Juliana Lordello; DO NASCIMENTO, Paulo Roberto. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu – SP: v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SILVEIRA DA SILVA, Katia; ROZENBERG, Riva; BONAN, Claudia; CHUVA, Vânia Cristina Costa; COSTA, Simoni Furtado da; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. 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 – RJ: v. 16, n. 5, p. 2485-2493, 2011.

STEVENS-SIMON, Catherine; KELLY, Lisa; SINGER, Dena. Absence of negative attitudes toward childbearing among pregnant teenagers: a risk factor for a rapid repeat pregnancy? **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**. Chicago – USA: v. 150, p. 1.037-1.043, 1996.

SUSIN, Lúlie R. O.; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo; KUMMER, Susane C.; MACIEL, Marileide; BENJAMIN, Ana C. W.; MACHADO, Daniella B.; BARCARO, Marica; DRAGHETTI, Viviane. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. **Revista Chilena de Pediatria**. V. 75, n. 5, 2000.

THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Convention on the rights of the child. UNICEF. New York, NY: [s.n.], 1989.

_____. The progress of nations. UNICEF. New York, NY: [s.n.], 2000. Disponível em <http://www.unicef.org/pon00/pon2000.pdf>. Acesso em: 1º out., 2009.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha A.; PINHEIRO, Verônica de Souza. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicologia & Sociedade**. v. 14, n. 2, p. 133-147, 2002.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha A.; PINHEIRO, Verônica de Souza. Socialização de gênero e adolescência. **Estudos Feministas**. Florianópolis – SC: v. 13, n. 1, p. 147-162, 2005.

VIDO, Milena Butolo. **Qualidade de vida na gravidez** [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Guarulhos. Guarulhos, SP: [s.n.], 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, Switzerland: [s.n.], 2006. Disponível em http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241593784/en/index.html. Acesso em: 25 set., 2009.

_____. Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented as Working Group on Concepts and Principles. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, p. 20, 1984.

_____. Health promotion evaluation: recommendations to policy makers. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, p. 8, 1998b.

_____. Department of Making Pregnancy Safer. Making pregnancy safer – a newsletter of worldwide activity. WHO. Geneva, Switzerland, v. 6, 2008. Disponível em http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/newsletters/mps_newsletters_issue6. Acesso em: 5 out., 2009.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Ribeirão Preto, SP: v. 28, n. 8, 2006.

YAZAKI, Lúcia Mayumi. Maternidades sucessivas em adolescentes no Estado de São Paulo. **XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Caxambu – MG: 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1170.pdf>. Acesso em: 27 set., 2011.

ZERWES, Elizabeth Pereira. Puberdade feminina. **Revista Médica da UCPEL**. Pelotas – RS: v. 2, n. 1, p. 43-47, 2004.

APÊNDICES**APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Nº _____

Data da entrevista: __/__/____

Data de nascimento: __/__/____

Situação conjugal: 1. casada 2. solteira 3. divorciada 4. viúva
5. desquitada/separada 6. tem um companheiro (mora junto)Ocupação: 1. estudante 2. do lar 3. trabalha fora Qual a atividade? _____

Escolaridade: _____ anos de estudo formal

Meio de informação que mais utiliza: 1. Televisão 2. Rádio
3. Internet 4. Jornais e revistas
5. Outros _____

Número de membros da família: _____ (reside na mesma casa)

Renda média mensal da família: _____ (em reais)

Renda própria: 1. Sim 2. Não

Fonte da renda própria: _____

Média do valor mensal: _____ (em reais)

FICHA DE HISTÓRICO OBSTÉTRICO E NEONATAL

Nº ____

Data do parto (atual): __/__/____

Gestações: ____ Partos: ____ Abortos: ____ Curetagem prévia: ____

Idade gestacional no parto (atual): _____ (semanas)

Tipo de parto (atual): 1. normal 2. cesárea 3. fórcepsTeve alguma complicação durante a última gestação? 1. Não 2. Sim

Qual complicação? _____

O bebê nasceu com alguma má-formação? 1. Não 2. Sim

Qual má-formação? _____

O bebê precisou de algum cuidado especial no hospital? 1. Não 2. Sim

Quais cuidados? _____

O bebê tem algum problema de saúde (atual)? 1. Não 2. Sim

Quais problemas de saúde? _____

Número de filhos vivos: ____

Você já fez uso de algum método contraceptivo anterior à gravidez?

1. Não 2. Sim Qual? _____

Você está fazendo uso de algum método contraceptivo hoje?

1. Não 2. Sim Qual? _____Você amamentou seu bebê? 1. Não 2. Sim

Exclusivo, por quanto tempo? _____

Complementado, por quanto tempo? _____

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa-CEP**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA PARTICIPAÇÃO DE MENORES EM PROJETOS DE PESQUISA**

Título do Projeto: ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES APÓS A MATERNIDADE

TERMO DE ESCLARECIMENTO

A menor sob sua responsabilidade teve uma gestação durante a adolescência e está sendo convidada a participar do estudo “Índice de qualidade de vida de adolescentes após a maternidade”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a participação da menor é importante. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida de adolescentes após a maternidade e caso a menor participe, será necessário responder a algumas questões pessoais e a questionários sobre o tema da pesquisa. Não será feito nenhum procedimento que traga qualquer desconforto ou risco à vida da menor.

Você e a menor sob sua responsabilidade poderão obter todas as informações que quiserem; a menor poderá ou não participar da pesquisa e o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela participação da menor no estudo, você nem a menor receberão qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O nome da menor não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ela será identificada por um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES APÓS A MATERNIDADE.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento ao qual a menor sob minha responsabilidade será submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que eu e a menor sob minha responsabilidade somos livres para interromper a participação dela na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não afetará o tratamento dela. Sei que o nome da menor não será divulgado, que não teremos despesas e não receberemos dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação da menor no estudo, desde que ela também concorde. Por isso ela assina (*caso seja possível*) junto comigo este Termo de Consentimento.

Uberaba,//.....

Assinatura do responsável legal

Documento de identidade

Assinatura da menor (caso ele possa assinar)

Documento (se possuir)

Fernanda Marçal
Assinatura do pesquisador

Leila A. K. Pedrosa
Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores (34) 9150-9018/ (34) 9976-2671

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.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES APÓS A MATERNIDADE

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você teve uma gestação durante a adolescência e está sendo convidada a participar do estudo “Índice de qualidade de vida de adolescentes após a maternidade”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida de adolescentes após a maternidade e caso você participe, será necessário responder a algumas questões pessoais e a questionários sobre o tema da pesquisa. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você 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 você será identificada com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO**Título do Projeto: ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES APÓS A MATERNIDADE**

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que 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 concordo em participar do estudo.

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

Assinatura do voluntário

Documento de Identidade

Fernanda Marçal
Assinatura do pesquisador

Leila A. K. Pedrosa
Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 9150-9018/ (34) 9976-2671

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.

APÊNDICE 3 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO E IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDAS POR ITEM DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA.

Variável	N	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
QV1	96	7,98	09	8,54	-15	15
QV2	96	1,38	03	10,16	-15	15
QV3	96	2,33	03	10,81	-15	15
QV4	96	6,23	09	9,78	-15	15
QV5	96	12,1	15	6,14	-15	15
QV6	96	5,52	09	9,18	-15	15
QV7	96	10,79	15	6,71	-15	15
QV8	96	8,14	09	7,42	-15	15
QV9	96	14,87	15	0,86	09	15
QV10	96	12,28	15	6,39	-15	15
QV11	96	5,76	6,75	8,03	-15	15
QV12	96	7,13	09	7,76	-15	15
QV13	96	5,25	7,5	9,08	-15	15
QV14	96	9,13	15	8,66	-15	15
QV15	96	5,42	09	10,41	-15	15
QV16	96	10,13	15	7,02	-15	15
QV17	96	10,18	15	6,52	-15	15
QV18	96	0,78	2,75	9,56	-15	15
QV19	96	5,16	4,75	6,28	-15	15
QV20	96	8,07	15	9,31	-15	15
QV21	17	5,61	09	10,08	-15	15
QV22	79	-10,82	-15	6,82	-15	15
QV23	96	-3,41	-03	10,58	-15	15
QV24	96	3,78	09	11,75	-15	15
QV25	96	2,09	04	11,72	-15	15
QV26	96	10,15	15	7,74	-15	15
QV27	96	8,28	15	9,11	-15	15
QV28	96	13,78	15	4,05	-09	15
QV29	96	5,17	09	9,43	-15	15
QV30	96	9,64	09	5,88	-09	15
QV31	96	6,78	09	7,7	-15	15
QV32	96	2,14	03	10,01	-15	15
QV33	96	8,2	11,25	8,52	-15	15

APÊNDICE 4 – FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS POR ITEM DE SATISFAÇÃO DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA

	1 N (%)	2 N (%)	3 N (%)	4 N (%)	5 N (%)	6 N (%)
SAT1	03 (3,1)	06 (6,3)	10 (10,4)	09 (9,4)	23 (24,0)	45 (46,9)
SAT2	19 (19,8)	07 (7,3)	15 (15,6)	20 (20,8)	12 (12,5)	23 (24,0)
SAT3	17 (17,7)	10 (10,4)	11 (11,5)	14 (14,6)	14 (14,6)	30 (31,3)
SAT4	09 (9,4)	05 (5,2)	08 (8,3)	17 (17,7)	16 (16,7)	41 (42,7)
SAT5	02 (2,1)	00 (0,0)	04 (4,2)	05 (5,2)	10 (10,4)	75 (78,1)
SAT6	08 (8,3)	05 (5,2)	10 (10,4)	21 (21,9)	20 (20,8)	32 (33,3)
SAT7	02 (2,1)	02 (2,1)	05 (5,2)	10 (10,4)	12 (12,5)	65 (67,7)
SAT8	01 (1,0)	04 (4,2)	10 (10,4)	16 (16,7)	26 (27,1)	39 (40,6)
SAT9	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	02 (2,1)	94 (97,9)
SAT10	02 (2,1)	02 (2,1)	02 (2,1)	05 (5,2)	09 (9,4)	76 (79,2)
SAT11	08 (8,3)	04 (4,2)	07 (7,3)	17 (17,7)	18 (18,8)	42 (43,8)
SAT12	07 (7,3)	05 (5,2)	06 (6,3)	13 (13,5)	23 (24,0)	42 (43,8)
SAT13	13 (13,5)	02 (2,1)	08 (8,3)	16 (16,7)	15 (15,6)	42 (43,8)
SAT14	05 (5,2)	02 (2,1)	09 (9,4)	08 (8,3)	16 (16,7)	56 (58,3)
SAT15	16 (16,7)	02 (2,1)	07 (7,3)	12 (12,5)	19 (19,8)	40 (41,7)
SAT16	02 (2,1)	01 (1,0)	05 (5,2)	16 (16,7)	14 (14,6)	58 (60,4)
SAT17	01 (1,0)	01 (1,0)	06 (6,3)	13 (13,5)	19 (19,8)	56 (58,3)
SAT18	22 (22,9)	09 (9,4)	08 (8,3)	16 (16,7)	22 (22,9)	19 (19,8)
SAT19	09 (9,4)	03 (3,1)	10 (10,4)	13 (13,5)	20 (20,8)	41 (42,7)
SAT20	06 (6,3)	06 (6,3)	07 (7,3)	11 (11,5)	11 (11,5)	55 (57,3)
SAT21	02 (11,7)	01 (5,8)	00 (0,0)	04 (23,5)	03 (17,6)	07 (41,1)
SAT22	56 (70,8)	09 (11,4)	08 (10,1)	02 (2,5)	02 (2,5)	02 (2,5)
SAT23	35 (36,5)	11 (11,5)	14 (14,6)	14 (14,6)	08 (8,3)	14 (14,6)
SAT24	19 (19,8)	07 (7,3)	05 (5,2)	14 (14,6)	12 (12,5)	39 (40,6)
SAT25	26 (27,1)	04 (4,2)	07 (7,3)	11 (11,5)	12 (12,5)	36 (37,5)
SAT26	03 (3,1)	02 (2,1)	05 (5,2)	14 (14,6)	10 (10,4)	62 (64,6)
SAT27	05 (5,2)	05 (5,2)	11 (11,5)	10 (10,4)	10 (10,4)	55 (57,3)
SAT28	00 (0,0)	01 (1,0)	02 (2,1)	02 (2,1)	04 (4,2)	87 (90,6)
SAT29	11 (11,5)	02 (2,1)	10 (10,4)	18 (18,8)	28 (29,2)	27 (28,1)
SAT30	00 (0,0)	01 (1,0)	07 (7,3)	14 (14,6)	31 (32,3)	43 (44,8)
SAT31	02 (2,1)	05 (5,2)	08 (8,3)	30 (31,3)	16 (16,7)	35 (36,5)
SAT32	16 (16,7)	08 (8,3)	10 (10,4)	21 (21,9)	20 (20,8)	21 (21,9)
SAT33	06 (6,3)	04 (4,2)	05 (5,2)	13 (13,5)	13 (13,5)	55 (57,3)

APÊNDICE 5 – FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS POR ITEM DE IMPORTÂNCIA DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA

	1 N (%)	2 N (%)	3 N (%)	4 N (%)	5 N (%)	6 N (%)
IMP1	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	02 (2,1)	06 (6,3)	88 (91,7)
IMP2	01 (1,0)	00 (0,0)	01 (1,0)	08 (8,3)	18 (18,8)	68 (70,8)
IMP3	00 (0,0)	00 (0,0)	02 (2,1)	09 (9,4)	11 (11,5)	74 (77,1)
IMP4	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (1,0)	00 (0,0)	10 (10,4)	85 (88,5)
IMP5	00 (0,0)	00 (0,0)	02 (2,1)	01 (1,0)	12 (12,5)	81 (84,4)
IMP6	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	03 (3,1)	09 (9,4)	84 (87,5)
IMP7	02 (2,1)	01 (1,0)	04 (4,2)	05 (5,2)	06 (6,3)	78 (81,3)
IMP8	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (1,0)	00 (0,0)	02 (2,1)	93 (96,9)
IMP9	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	96 (100,0)
IMP10	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	02 (2,1)	02 (2,1)	92 (95,8)
IMP11	10 (10,4)	03 (3,1)	02 (2,1)	18 (18,8)	25 (26,0)	38 (39,6)
IMP12	02 (2,1)	03 (3,1)	05 (5,2)	13 (13,5)	13 (13,5)	60 (62,5)
IMP13	04 (4,2)	03 (3,1)	06 (6,3)	11 (11,5)	23 (24,0)	49 (51,0)
IMP14	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	03 (3,1)	04 (4,2)	88 (92,7)
IMP15	01 (1,0)	01 (1,0)	03 (3,1)	07 (7,3)	06 (6,3)	78 (81,3)
IMP16	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	03 (3,1)	09 (9,4)	84 (87,5)
IMP17	02 (2,1)	00 (0,0)	03 (3,1)	02 (2,1)	11 (11,5)	78 (81,3)
IMP18	05 (5,2)	02 (2,1)	03 (3,1)	17 (17,7)	20 (20,8)	49 (51,0)
IMP19	24 (25,0)	10 (10,4)	12 (12,5)	14 (14,6)	17 (17,7)	19 (19,8)
IMP20	00 (0,0)	01 (1,0)	03 (3,1)	02 (2,1)	09 (9,4)	81 (84,4)
IMP21	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (5,9)	03 (17,6)	13 (76,5)
IMP22	01 (1,3)	01 (1,3)	00 (0,0)	06 (7,6)	05 (6,3)	66 (83,5)
IMP23	00 (0,0)	02 (2,1)	01 (1,0)	05 (5,2)	12 (12,5)	76 (79,2)
IMP24	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (1,0)	07 (7,3)	88 (91,7)
IMP25	00 (0,0)	01 (1,0)	02 (2,1)	10 (10,4)	15 (15,6)	68 (70,8)
IMP26	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (1,0)	01 (1,0)	02 (2,1)	92 (95,8)
IMP27	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (1,0)	03 (3,1)	08 (8,3)	84 (87,5)
IMP28	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (1,0)	03 (3,1)	92 (95,8)
IMP29	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (1,0)	00 (0,0)	05 (5,2)	90 (93,8)
IMP30	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	02 (2,1)	05 (5,2)	89 (92,7)
IMP31	00 (0,0)	00 (0,0)	02 (2,1)	03 (3,1)	09 (9,4)	82 (85,4)
IMP32	00 (0,0)	00 (0,0)	05 (5,2)	06 (6,3)	18 (18,8)	67 (69,8)
IMP33	04 (4,2)	00 (0,0)	04 (4,2)	06 (6,3)	08 (8,3)	74 (77,1)

ANEXOS

ANEXO 1 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS

Ferrans e Powers - Índice de Qualidade de Vida – Versão Genérica III
Tradução para o português e validação por Kimura (1999)

Parte 1. Para cada alternativa, por favor, escolha a resposta que melhor descreva como você está satisfeita com cada área da sua vida. Por favor, marque sua resposta circulando o número. Não há respostas certas ou erradas.

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:	Muito insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Pouco insatisfeita	Pouco satisfeita	Moderadamente satisfeita	Muito satisfeita
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. A intensidade de dor que você sente?	1	2	3	4	5	6
4. A energia que tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. Sua capacidade para cuidar de si mesma sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
6. O controle que você tem sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
7. A possibilidade de viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
8. A saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Seu esposo, namorado ou companheiro?	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
15. O apoio emocional que você recebe das outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
16. Sua capacidade para cuidar das responsabilidades da	1	2	3	4	5	6

família?

17. O quanto você é útil para os outros?	1	2	3	4	5	6
18. A quantidade de preocupações na sua vida?	1	2	3	4	5	6
19. Sua casa (o lugar onde você mora)?	1	2	3	4	5	6
20. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho (se tiver algum trabalho com ou sem remuneração)?	1	2	3	4	5	6
22. O fato de não ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6
23. Seu nível de escolaridade?	1	2	3	4	5	6
24. A maneira como você administra seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
25. Suas atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
26. Suas possibilidades de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
28. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
29. A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
30. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
31. Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
32. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
33. Com você mesmo, de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Parte 2. Para cada alternativa, por favor, escolha a resposta que melhor descreva como é importante cada área da sua vida para você. Por favor, marque sua resposta circulando o número. Não há respostas certas ou erradas.

QUANTO É IMPORTANTE PRA VOCÊ:

1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. Não ter dor?	1	2	3	4	5	6
4. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. Cuidar de si mesmo sem a ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
6. Ter controle sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
7. Viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
8. A saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Seu esposo, namorado ou companheiro?						
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
15. O apoio emocional que você recebe das outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
16. Cuidar das responsabilidades da família?	1	2	3	4	5	6
17. Ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
18. Não ter preocupações?	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20. Sua casa (lugar onde você mora)?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
22. Ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6
23. Seu nível de escolaridade?	1	2	3	4	5	6
24. Ser capaz de administrar seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6

25. Ter atividades de lazer, diversão?	1	2	3	4	5	6
26. Ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
28. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
29. Realizar seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
30. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
31. Estar satisfeita com a vida?	1	2	3	4	5	6
32. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
33. Ser você mesma, de modo geral?	1	2	3	4	5	6

ANEXO 2 – ITENS DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA POR DOMÍNIO

DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA	
Saúde e Funcionamento	
Número do item	Item
1	Sua saúde
2	O cuidado que você tem com a sua saúde
3	A intensidade de dor que você sente
4	A energia que tem para as atividades diárias
5	Sua capacidade para cuidar de si mesma sem ajuda de outra pessoa
6	O controle que você tem sobre sua vida
7	A possibilidade de viver tanto quanto você gostaria
11	Sua vida sexual
16	Sua capacidade para cumprir com as responsabilidades familiares
17	O quanto você é útil para os outros
18	A quantidade de preocupações na sua vida
25	Suas atividades de lazer, de diversão
26	Suas possibilidades de ter um futuro feliz
Família	
8	A saúde da sua família
9	Seus filhos
10	A felicidade da sua família
12	Seu esposo, namorado ou companheiro
14	Apoio emocional que você recebe da sua família
Socioeconômico	
13	Seus amigos
15	O apoio emocional que você recebe das outras pessoas que não são da sua família
19	Sua vizinhança
20	Sua casa (o lugar onde você mora)
21/22	Seu trabalho / O fato de não ter um trabalho
23	Seu nível de escolaridade
24	A maneira como você administra seu dinheiro
Psicológicos/ Espirituais	
27	Sua paz de espírito, sua tranquilidade
28	Sua fé em Deus
29	A realização de seus objetivos pessoais
30	Sua felicidade de modo geral
31	Sua vida de modo geral
32	Sua aparência pessoal
33	Com você mesmo, de modo geral

ANEXO 3 – SINTAXE DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS

/**QLI Scoring Syntax for GENERIC III Version***/

```

COMPUTE AB1= (SAT1-3.5)*IMP1.
COMPUTE AB2= (SAT2-3.5)*IMP2.
COMPUTE AB3= (SAT3-3.5)*IMP3.
COMPUTE AB4= (SAT4-3.5)*IMP4.
COMPUTE AB5= (SAT5-3.5)*IMP5.
COMPUTE AB6= (SAT6-3.5)*IMP6.
COMPUTE AB7= (SAT7-3.5)*IMP7.
COMPUTE AB8= (SAT8-3.5)*IMP8.
COMPUTE AB9= (SAT9-3.5)*IMP9.
COMPUTE AB10= (SAT10-3.5)*IMP10.
COMPUTE AB11= (SAT11-3.5)*IMP11.
COMPUTE AB12= (SAT12-3.5)*IMP12.
COMPUTE AB13= (SAT13-3.5)*IMP13.
COMPUTE AB14= (SAT14-3.5)*IMP14.
COMPUTE AB15= (SAT15-3.5)*IMP15.
COMPUTE AB16= (SAT16-3.5)*IMP16.
COMPUTE AB17= (SAT17-3.5)*IMP17.
COMPUTE AB18= (SAT18-3.5)*IMP18.
COMPUTE AB19= (SAT19-3.5)*IMP19.
COMPUTE AB20= (SAT20-3.5)*IMP20.
COMPUTE AB21= (SAT21-3.5)*IMP21.
COMPUTE AB22= (SAT22-3.5)*IMP22.
COMPUTE AB23= (SAT23-3.5)*IMP23.
COMPUTE AB24= (SAT24-3.5)*IMP24.
COMPUTE AB25= (SAT25-3.5)*IMP25.
COMPUTE AB26= (SAT26-3.5)*IMP26.
COMPUTE AB27= (SAT27-3.5)*IMP27.
COMPUTE AB28= (SAT28-3.5)*IMP28.
COMPUTE AB29= (SAT29-3.5)*IMP29.
COMPUTE AB30= (SAT30-3.5)*IMP30.
COMPUTE AB31= (SAT31-3.5)*IMP31.
COMPUTE AB32= (SAT32-3.5)*IMP32.
COMPUTE AB33= (SAT33-3.5)*IMP33.
COMPUTE QLI= MEAN.1(AB1, AB2, AB3, AB4, AB5, AB6, AB7, AB8, AB9, AB10, AB11,
AB12, AB13, AB14, AB15, AB16, AB17, AB18, AB19, AB20, AB21, AB22, AB23, AB24,
AB25, AB26, AB27, AB28, AB29, AB30, AB31, AB32, AB33)+15.
COMPUTE HFSUBa= MEAN.1(AB1, AB2, AB3, AB4, AB5, AB6, AB7, AB11, AB16, AB17,
AB18, AB25, AB26)+15.
COMPUTE SOCSUBb= MEAN.1(AB13, AB15, AB19, AB20, AB21, AB22, AB23,
AB24)+15.
COMPUTE PSPSUBc= MEAN.1(AB27, AB28, AB29, AB30, AB31, AB32, AB33)+15.
COMPUTE FAMSUBd= MEAN.1(AB8, AB9, AB10, AB12, AB14)+15.

```

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
COM SERES HUMANOS/ UFTM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado

2ª. Via (com alteração do período de coleta de dados e nova ficha de histórico
obstétrico)

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES APÓS A
MATERNIDADE
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 21/03/2011
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1781

SUMÁRIO DO PROJETO

1. OBJETIVOS

Geral

Avaliar o índice de qualidade de vida de adolescentes após a maternidade.

Específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico das mães adolescentes;
- Identificar o índice de qualidade de vida de mães adolescentes utilizando uma adaptação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers;
- Correlacionar os domínios de qualidade de vida com os dados sócio-demográficos e com os dados obstétricos das jovens;
- Relacionar o nível de satisfação e o grau de importância atribuídos ao Índice de qualidade de vida.

2. JUSTIFICATIVA

Em todo o mundo, a cada ano, cerca de 16 milhões de adolescentes, entre 15 e 19 anos, tornam-se mães, representando cerca de 10% dos nascimentos (OMS, 2008). A gravidez, independentemente da idade materna, exige da mulher a adaptação à condição materna, com reajustes interpessoais e intrapsíquicos, mudança na identidade e no papel social, contexto que se torna mais complexo na adolescência, pela própria fase do ciclo vital em que a gestação é vivenciada (AMORIM DA SILVA et al., 2009).

No Brasil, a produção científica acerca da maternidade na adolescência ainda é carente (SANTOS; SCHOR, 2003), especialmente com abordagem que ultrapasse a visão obstétrica da gestante. Nesse sentido, Amorim da Silva et al (2009) constatam que os estudos com abordagem qualitativa acerca da compreensão de adolescentes sobre a vivência da maternidade ainda são poucos. Tal resultado demonstra a necessidade de uma maior exploração dessa temática, enfocando todas as suas faces. Reforçado pela recomendação de Yazlle (2006) de que é preciso haver avaliações quantitativas e qualitativas, especialmente em países em desenvolvimento, para se verificar medidas de direcionamento dessas adolescentes gestantes e mães para grupos vulneráveis.

A saúde deve ser entendida dentro de um contexto amplo envolvendo aspectos biológicos, culturais, históricos e antropológicos para o planejamento de qualquer ação de saúde e organização de serviço, sobretudo no ciclo gravídico-puerperal. Para prover assistência de enfermagem de qualidade, faz-se necessário conhecer a realidade da população, direcionando os cuidados à saúde e mantendo a integralidade como eixo para as propostas de intervenção. Os instrumentos de medição de qualidade de vida nos permitem ter uma visão mais fiel das necessidades percebidas pelas mães adolescentes e assim, melhorar a prática assistencial (VIDO, 2006). São aliados na compreensão dos fenômenos e subsidiam a implementação de ações de promoção à saúde.

Avaliar a percepção das adolescentes sobre os aspectos que envolvam suas vidas após a maternidade representa um ponto fundamental para que o planejamento das ações gerenciais e assistências dos serviços de saúde sejam impactantes na vida da comunidade. Muitos profissionais de saúde ainda apresentam uma visão reducionista e biologicista acerca da saúde da população, dificultando a compreensão de processos complexos como a maternidade na adolescência. Estudos que tragam a vivência das mães adolescentes contribuem para o direcionamento das ações de saúde para os aspectos considerados prioritários e favorecem a ampliação da percepção de integralidade do cuidados pelos profissionais de saúde. Com o presente estudo não se pretende aceitar ou condenar a gestação na adolescência, mas oferecer uma visão



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
 Parecer Consubstanciado

2ª. Via (com alteração do período de coleta de dados e nova ficha de histórico obstétrico)

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES APÓS A MATERNIDADE

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM

DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 21/03/2011

PROTOCOLO CEP/UFTM: 1781

mais completa da questão, de forma a favorecer a formulação e execução de ações de saúde mais adequadas e eficientes para essas pessoas.

3. DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A população será constituída por adolescentes entre dez e 19 anos que vivenciaram a gestação nesse período da vida e que deram à luz no bloco cirúrgico/obstétrico do HC/UFTM, no período de janeiro a dezembro de 2010, residentes no município de Uberaba.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão são: ter entre 10 e 19 anos, ter vivenciado a gestação e a maternidade nesse período da vida, ter dado à luz no bloco cirúrgico/obstétrico do HC/UFTM, no período de janeiro a julho de 2010, independente do tipo de parto, independente da paridade e do tempo gestacional no momento do parto e, ser residente no município de Uberaba/MG na ocasião da entrevista.

Os critérios de exclusão são ser maior de 20 anos de idade completos no período de realização da entrevista mesmo que a vivência da maternidade tenha se iniciado na adolescência, àquelas cujos filhos foram à óbito e não corresponder aos requisitos dos critérios de inclusão.

5. ADEQUAÇÃO DA METODOLOGIA

O presente estudo apresenta uma abordagem quantitativa para a investigação da qualidade de vida na maternidade durante a adolescência.

Tipo de estudo: Estudo seccional. A opção por esse tipo de estudo justifica-se pelo fato de que são capazes de produzir “instantâneos” da situação de saúde da população, baseando-se na avaliação individual e a partir daí, produzindo indicadores de saúde para o grupo investigado (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999). Com essa escolha busca-se, a partir da descrição de características da amostra, fornecer dados para o planejamento e administração de ações voltadas para promoção da saúde, prevenção de novos agravos, tratamentos e reabilitação/ acompanhamento tanto no nível coletivo quanto individual (KLEIN; BLOCH, 2006).

Campo de estudo: O campo da pesquisa será o domicílio da adolescente na comunidade onde ela vive, através de visitas domiciliares às participantes da pesquisa. Os endereços dos domicílios onde serão coletados os dados serão obtidos por meio dos prontuários clínicos arquivados no Serviço de Arquivo Médico Hospitalar (SAME), do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM), após autorização por escrito do responsável por este setor.

Período de coleta de dados: O levantamento dos dados das adolescentes, bem como a busca ativa e a execução do projeto piloto, ocorrerão nos meses de fevereiro e março de 2011. As entrevistas ocorrerão no período de abril a julho de 2011.

Amostra: O bloco cirúrgico/obstétrico do HC/UFTM disponibilizará a grade da população de adolescentes que deram à luz no período de interesse para o estudo. Com intuito de determinar um número amostral e de realizar a validação de conteúdo da adaptação do instrumento de coleta de dados será realizado um estudo piloto com 15 sujeitos da população. O número da amostra será determinado a partir da correlação do escore geral do Índice de Qualidade de Vida com a variável idade do instrumento de dados sócio-demográficos e com a variável complicação neonatal, do instrumento ficha de histórico obstétrico. A correlação vai permitir que, considerando valores de α e β desejados, determine-se um número amostral. As adaptações realizadas nos domínios Saúde e funcionamento, Família e Sócio-econômico do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers para a maternidade na adolescência serão submetidos à avaliação de consistência interna e verificação de aplicabilidade durante o estudo piloto com a utilização do Coeficiente de Alfa de Cronbach. A

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar, Sala H – Abadia

38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado

2ª. Via (com alteração do período de coleta de dados e nova ficha de histórico obstétrico)

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES APÓS A MATERNIDADE

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM

DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 21/03/2011

PROTOCOLO CEP/UFTM: 1781

análise será realizada por domínios e geral e o critério para exclusão de itens será a correlação negativa. Vale ressaltar que as 15 adolescentes participantes do estudo piloto serão excluídas do estudo principal.

O registro geral (RG) hospitalar de cada uma dessas adolescentes que compõem a grade de população será digitado em uma planilha do programa Microsoft Excel e posteriormente transportado ao programa de software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 11.5. Com o banco de dados da grade da população formado, será definida uma amostra por amostragem aleatória simples, utilizando o comando "Random sample of cases". A partir daí, um novo banco de dados será criado contendo apenas o RG hospitalar daquelas adolescentes componentes da amostra. O cálculo da amostra considerará uma perda de amostragem de 15% e serão consideradas perdas aquelas adolescentes que se recusarem a participar do estudo e/ou cujo responsável legal, quando se aplicar, não autorize a participação e aquelas que não puderem ser contactadas por meio de ligação telefônica devido à inconsistência de dados do prontuário clínico ou após três tentativas de contato sem sucesso. Os pesquisadores fazem uma previsão de que a amostra será constituída por cerca de 150 indivíduos.

Coleta de dados: Será realizada busca ativa de adolescentes que foram atendidas em trabalho de parto e que deram à luz no serviço referido e no período descrito. Os dados para localização dos prontuários serão fornecidos pela secretária do bloco cirúrgico do HC/UFTM, após autorização por escrito do responsável pelo setor. Os dados fornecidos pelo bloco cirúrgico são estratificados por faixa etária, enquanto os dados enviados para o serviço de estatística do HC/UFTM são gerais, justificando-se a escolha por obter as informações necessárias ao projeto de pesquisa no bloco cirúrgico do hospital, onde as adolescentes dão à luz.

Serão sorteadas 15 adolescentes para comporem o estudo piloto. Os resultados obtidos no estudo piloto possibilitarão o cálculo da amostra e verificação da aplicabilidade do instrumento adaptado, conforme descrito anteriormente no item "amostra". As participantes do estudo piloto serão excluídas da amostra.

O convite inicial para participação na pesquisa será realizado por ligação telefônica, momento em que será agendada uma visita domiciliar. Durante o contato pessoal serão prestados os esclarecimentos sobre a pesquisa, apresentado o termo de esclarecimento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como solicitada a assinatura da adolescente, e responsável legal quando necessário, mediante concordância em participar do estudo.

Num primeiro momento será aplicada a ficha de coleta de dados sócio-demográficos, contendo as seguintes informações: data da entrevista, data de nascimento da adolescente, situação marital, ocupação, escolaridade em anos completos de estudo formal, meio de informação que mais utiliza, número de membros da família, renda familiar, fonte de renda, valor médio da renda, baseada no critério de avaliação econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2010; e a ficha obstétrica que conterá as seguintes informações: data do parto, número de gestações, abortos e curetagem prévia, paridade, idade gestacional no parto, tipo de parto, complicações obstétricas, intercorrências com o recém-nascido, número de filhos vivos; e será preenchida pelo pesquisador a partir dos dados de prontuário clínico. Após será aplicada uma versão adaptada para adolescentes mães do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (FERRANS; POWERS, 1984), em versão validada e traduzida para o português por Kimura (2009). O instrumento é composto pelos domínios de qualidade de vida: saúde e funcionamento, psicológico e espiritual, sócio-econômico e família. A escolha do instrumento deve-se ao fato de que foi construído para possibilitar a mensuração da qualidade de vida de pessoas sadias, e a maternidade na adolescência não é uma morbidade. A adaptação do instrumento para a situação de interesse será avaliada no estudo piloto quanto à aplicabilidade e verificação interna utilizando o Coeficiente Alfa de Cronbach, conforme descrito no item "amostra" desta metodologia.

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar, Sala H – Abadia
 38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854
 E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
 Parecer Consubstanciado

2ª. Via (com alteração do período de coleta de dados e nova ficha de histórico obstétrico)

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES APÓS A MATERNIDADE
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 21/03/2011
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1781

O índice de qualidade de vida aborda a satisfação do sujeito e posteriormente, a importância que é dada para cada um dos itens sugeridos. O instrumento original possui 33 questões de múltipla escolha em cada uma das partes do instrumento. Com os itens acrescidos na adaptação para a maternidade na adolescência o instrumento apresenta 45 questões de múltipla escolha em cada uma das partes do instrumento. As respostas para todas as questões do Índice de Qualidade de Vida são obtidas através de uma pontuação que varia de 1 a 6. Sendo que o escore mais alto denota maior satisfação e importância possível enquanto o menor escore denota a pior satisfação e importância possível para o item em questão. O escore máximo geral que denota melhor qualidade de vida possível é igual a 30.

Tratamento dos dados: Os dados quantitativos, tanto da ficha sócio-demográfica e da ficha obstétrica quanto do instrumento de qualidade de vida, serão digitados em planilhas do programa Microsoft Excel para formação de um banco de dados e a validação do mesmo será possibilitada pela digitação de dupla entrada. O banco de dados será transportado para o programa de software *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Para o cálculo dos escores dos domínios de qualidade de vida, será utilizado a sintaxe computadorizada fornecida pelos autores do instrumento para ser usada no SPSS, disponível na Internet no endereço eletrônico da University of Illinois at Chicago. Com ele, o programa pode checar, recodificar e estabelecer os escores dos domínios e das questões de qualidade de vida geral. Para análise desses dados serão utilizados a estatística descritiva (frequência, proporção, medidas de posição e dispersão) e o teste de correlação de Pearson para associar os escores de qualidade de vida com variáveis quantitativas e teste T para comparar escores de qualidade de vida com variáveis categóricas.

6. ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES

O Hospital de Clínicas da UFTM mantém em seus registros a identificação necessária à localização das pacientes, sendo necessário apenas consultá-los e copiar as informações; a localização, por telefone, das adolescentes que deram à luz no hospital, que é referência para o atendimento de gestantes adolescentes, e as visitas domiciliares, serão realizadas com recursos das pesquisadoras envolvidas. Serão necessários computadores, impressoras e folhas de papel A4 disponíveis pelas cotas da pesquisadora responsável no Curso de Pós Graduação em Atenção à Saúde (CPG-AS) do Centro de Graduação de Enfermagem (CGE), onde esta se insere. Outras despesas serão custeadas também pela pesquisadora.

7. ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

O risco previsto é a perda de confiabilidade dos dados, o que será assegurado pelo uso de números na identificação do instrumento de coleta de dados, e o benefício será a aquisição de conhecimentos sobre a percepção das mães adolescentes sobre sua qualidade de vida, com finalidade de contribuir para estratégias de promoção da saúde e organização dos serviços de saúde que atendem o grupo.

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

Informado no item anterior.

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

10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.

11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA

Material de consumo

PRODUTO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (RS)	VALOR TOTAL (RS)

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar, Sala H – Abadia
 38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854
 E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado

2ª. Via (com alteração do período de coleta de dados e nova ficha de histórico obstétrico)

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES APÓS A MATERNIDADE
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 21/03/2011
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1781

Caneta esferográfica	10	1,50	15,00
Cd regravável	5	2,30	11,50
Fotocópias	1000	0,15	150,00
Ligações telefônicas	250	-	100,00
Encadernação	5	3,00	15,00
Folhas de Papel Sulfite A4	2000	-	40,00
Subtotal	-	-	331,50

Transporte

PRODUTO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Viagens interbairros (ida-volta)	400	2,20	880,00
Subtotal	400	-	880,00

O custo da pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores, não requerendo financiamento externo

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

Salário de professor adjunto IV 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.

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 (versão apresentada em março/2011 em 11/03/2011)

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar, Sala H – Abadia
 38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854
 E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado

2ª. Via (com alteração do período de coleta de dados e nova ficha de histórico
obstétrico)

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES APÓS A
MATERNIDADE
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 21/03/2011
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1781

Em 12/08/2011 foi aprovada a alteração do período de coleta e a nova ficha de histórico obstétrico
(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

Prof. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora