

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

JULIANA BAPTISTA SIMOURA

**MORBIDADES MATERNAS E NEONATAIS: UM ESTUDO A LUZ DAS POLÍTICAS
DE SAÚDE NA ATENÇÃO A ADOLESCENTES GRÁVIDAS**

VITÓRIA

2016

JULIANA BAPTISTA SIMOURA

**MORBIDADES MATERNAS E NEONATAIS: UM ESTUDO A LUZ DAS POLÍTICAS
DE SAÚDE NA ATENÇÃO A ADOLESCENTES GRÁVIDAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Carrupt Machado Sogame

VITÓRIA

2016

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S593m Simoura, Juliana Baptista.
Morbidades maternas e neonatais: um estudo a luz das políticas de saúde na atenção a adolescentes grávidas. / Juliana Baptista Simoura. - 2016.
95f.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2016.

1. Saúde pública. 2. Adolescência. 3. Gravidez. 4. Morbidades. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 614

JULIANA BAPTISTA SIMOURA

**MORBIDADES MATERNAS E NEONATAIS: UM ESTUDO A LUZ DAS POLÍTICAS
DE SAÚDE NA ATENÇÃO A ADOLESCENTES GRÁVIDAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 20 de Abril de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Doutora. Luciana Carrupt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora.

Doutor. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Doutora. Gilsa Helena Barcelos
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

*A Rodrigo de Melo Souza e toda a
minha Família Baptista Simoura e
Souza.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que é quem direciona a minha vida, dedico o meu maior agradecimento. Sem Ele seria impossível tudo se realizar, é Dele que vem a paz em minha vida e a força para continuar a lutar dia após dia. O meu ser e todo o meu louvor é teu, Senhor.

Ao meu marido e amigo Rodrigo, agradeço por todo amor, paciência, compreensão e apoio dedicados a mim. A sua presença e participação foram muito importantes para realizar esse sonho. Eu amo você!

Quando era criança sonhava em ser uma mulher dedicada e “crescer na vida”, queria alcançar metas que por muitas vezes pareciam impossíveis de serem atingidas, mas eram nesses momentos que minha família (José, Eliana e Felipe) estava ali para me dar o suporte e apoio que eu precisava. Sempre ouvia as palavras: “Você quer, Juliana? Então você vai conseguir”, e em situações mais complicadas tinha o conforto da frase “Deus proverá”. Como agradeço a Deus por ter vocês como família! Obrigada por todo amor e cuidado comigo, e mãe, obrigada por suas constantes orações.

E Deus ainda me presenteou com a Família Souza, que eu gostaria de agradecer por ter acrescentado tanto na minha vida. Tenho aprendido muito com vocês, amo vocês.

Professora Doutora Luciana Sogame, Lu, minha orientadora, esse agradecimento é muito pouco para poder expressar todo o meu afeto e admiração pela senhora. Conheci na Luciana uma profissional de excelência, onde tudo é feito com extrema seriedade, mas conheci na Lu uma pessoa amorosa, sentimental e acolhedora. Obrigada por toda paciência, dedicação e ajuda nessa jornada. Você é uma pessoa incrível.

Roberta, como te agradecer por tamanha confiança?! Muito obrigada por toda a ajuda e conselhos que foram enriquecedores nessa caminhada. Você é um referencial como profissional e eu tenho o privilégio de aprender um pouquinho com você. Gratidão!

Graci, só tenho que agradecer por sua amizade e seu companheirismo, você foi um presente de Deus na minha vida. Obrigada pelo apoio durante esses anos, a sua ajuda e amizade foram indispensáveis para chegar até aqui. Muito Obrigada.

Obrigada a Família ADK, Família IEP e a célula Teen + por todo carinho e oração.

Às pacientes desta pesquisa, pois sem as mesmas o estudo não poderia se realizar.

À FAPES por ter me proporcionado a oportunidade, através de bolsa, de fazer o tão sonhado mestrado.

À instituição EMESCAM, a todos os professores pelo imenso aprendizado, a Yára pelo seu belíssimo e eficiente trabalho. Eu sou sangue verde EMESCAM.

*“Porém, como dizem as Escrituras
Sagradas: O que ninguém nunca
viu nem ouviu, e o que jamais
alguém pensou que podia
acontecer, foi isso que Deus
preparou para aqueles que o
amam” 1 co. 2:9.*

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (2007b) conceitua a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos). A adolescência é um período da vida em que ocorre um importante desenvolvimento que torna o indivíduo apto à perpetuação e reprodução da espécie. E a falta do planejamento familiar nessa fase contribui como um importante fator para ocorrência de uma gravidez indesejada. A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública devido às suas consequências de alto impacto individual e social. A presente pesquisa foi realizada no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória através de um estudo de caso controle aninhado com coleta de dados retrospectiva, cujo o objetivo foi discutir a influência da gravidez na adolescência no desenvolvimento de morbidades maternas e neonatais. Como resultado do estudo foi possível encontrar que das 400 gestantes 202 (50,5%) eram adultas e 198 eram adolescentes (49,5%). Ao avaliar o perfil das mesmas e dos seus recém-nascidos, observou-se que ambos eram semelhantes. As mães em sua maioria apresentaram-se como pardas, estado civil solteira, não frequentavam escola, profissão/ocupação do lar, hábitos saudáveis, realização de pré-natal adequada. Os recém-nascidos mostraram-se saudáveis, pois ocorreram poucos partos prematuros, e apresentaram o peso adequado para sua idade gestacional. Quanto às morbidades verificou-se que 54,5% das mulheres e 13,5% dos recém-nascidos complicaram, mas não houve associação significativa ao comparar as morbidades maternas ($p=0,482$) e neonatais ($p=0,275$) com a idade das mulheres. Diante desses achados conclui-se que não foi possível encontrar resultados significantes no presente estudo pelo perfil da amostra ser muito semelhante em vários aspectos.

Palavras-Chave: *Saúde Pública, adolescência, gravidez, morbidades.*

ABSTRACT

The World Health Organization (2007b) defines adolescence as the second decade of life (10-19 years). Adolescence is a period of life in which there is an important development that makes the individual fit to the perpetuation and reproduction of the species. And the lack of family planning at this stage contributes as an important factor for the occurrence of an unwanted pregnancy. Teenage pregnancy is considered a public health problem due to its serious consequences for mother, child and the society. This research was conducted at Santa Casa de Misericórdia de Vitória Hospital through a nested case-control study with retrospective data collection, and aims to discuss the influence of teenage pregnancy in the development of maternal and neonatal morbidity. The study found that of the 400 pregnant women 202 (50.5%) were adults and 198 were teenagers (49.5%). When evaluating the profile of the mothers and their newborns, it was observed that both were similar. Most of mothers were brown, single, housewives, did not attend school, had healthy habits and did appropriate prenatal care. The newborns were healthy, because there were few premature births, and had the appropriate weight for gestational age. Concerning the occurrence of morbidity, it was found that 54.5% of women and 13.5% of newborns complicated, but there was no significant association when comparing maternal ($p = 0.482$) and neonatal ($p = 0.275$) morbidity to the age of women. Given these findings it is concluded that it was not possible to find significant results in this study because the sample profile was very similar.

Keywords: *Health Policy, adolescence, pregnancy, morbidity.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de gestantes quanto à média de idade.....	57
Tabela 2	Distribuição de gestantes quanto ao local de moradia.....	57
Tabela 3	Distribuição de gestantes quanto à raça.....	58
Tabela 4	Distribuição de gestantes quanto ao estado civil.....	59
Tabela 5	Distribuição de gestantes quanto à frequência na escola e profissão/ocupação.....	60
Tabela 6	Distribuição de gestantes quanto aos hábitos de vida.....	62
Tabela 7	Distribuição de gestantes quanto à realização de pré-natal e nº de consultas realizadas.....	63
Tabela 8	Distribuição de gestantes quanto ao tipo de gravidez e tipo de parto.....	65
Tabela 9	Distribuição dos recém-nascidos quanto ao sexo e apresentação cefálica.....	66
Tabela 10	Distribuição dos recém-nascidos quanto à idade gestacional.....	67
Tabela 11	Distribuição dos recém-nascidos quanto ao peso ao nascimento e adequação peso/idade.....	68
Tabela 12	Distribuição de gestantes quanto à presença de morbidades maternas.....	70
Tabela 13	Distribuição de gestantes quanto à presença de morbidades maternas associadas.....	72
Tabela 14	Distribuição dos recém-nascidos quanto à presença de morbidades neonatais.....	73
Tabela 15	Distribuição dos recém-nascidos quanto à presença de	

morbidades neonatais associadas.....74

Tabela 16 Desfechos das morbidades maternas e neonatais.....74

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Aebes	Associação Evangélica Beneficente Espírito-santense
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIG	Adequado para Idade Gestacional
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
CIVD	Coagulação intravascular disseminada
CPMI	Coordenação de Proteção Materno Infantil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCP	Desproporção Cefalopélvica
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DIU	Dispositivo Intrauterino
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DPMI	Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância
DST	Doença sexualmente transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Equipe de Saúde da Família
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
GIG	Grande para Idade Gestacional
HEJSN	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICr/FMUSP	Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de

	Medicina da Universidade de São Paulo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ITU	Infecção do Trato Urinário
LAM	Lactação e amenorreia
MS	Mistério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PNPM	Programa Nacional de Políticas para Mulheres
PNS/INAN	Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional Alimentação e Nutrição
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
RPM	Ruptura Prematura de Placenta
RPMP	Ruptura Prematura de Placenta Pré-termo
RPMT	Ruptura Prematura de Placenta Termo
SEADH	Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos
SEAE	Secretaria de Estado de Ações Estratégicas
SEDU	Secretaria de Estado da Educação do Espírito Santo
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SHG	Síndrome Hipertensiva da Gravidez
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNFA	Fundo de População das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	15
1.1 JUSTIFICATIVA	18
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Objetivo Primário	19
1.2.2 Objetivos Secundários.....	19
2 MÉTODOS	21
2.1 TIPO DE ESTUDO	21
2.2 LOCAL.....	21
2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	21
2.3.1 Critério de inclusão	22
2.3.2 Critério de exclusão	22
2.4 PROTOCOLO DE ESTUDO.....	23
2.4.1 Análise de Prontuários	23
2.4.1.1 Variáveis Maternas.....	23
2.4.1.2 Variáveis Neonatais.....	24
2.5 ANÁLISE DOS DADOS	24
2.5.1 Análise Univariada	24
2.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	25
3 POLÍTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE.....	26
3.1 ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS.....	37
4 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: COMPARANDO O PERFIL E A OCORRÊNCIA DE MORBIDADES EM GESTANTES ADULTAS E ADOLESCENTES DE UMA MATERNIDADE DE VITÓRIA.....	45
4.1 O IMPACTO DA GRAVIDEZ NO CORPO DA MULHER E IMPLICAÇÕES BIOPSISSOCIAIS EM GESTANTES ADOLESCENTES	45
4.2 PERFIL DE GESTANTES QUE REALIZARAM PARTO NA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA	55

4.3 PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA.....	66
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
6 REFERÊNCIAS.....	79
ANEXOS	91
ANEXO – Carta de Anuência	92
APÊNDICES	93
APÊNDICE A – Ficha de Coleta de Dados Variáveis Maternas	94
APÊNDICE B – Ficha de Coleta de Dados Variáveis Neonatais	95

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescentes as pessoas com idade entre 10 e 19 anos (WHO, 2014). A adolescência é uma fase do desenvolvimento muito importante para que o ser humano atinja a maturidade biopsicossocial, e em que a sexualidade se manifesta em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais. (BRASIL, 2005a)

As alterações físicas acontecem rapidamente na adolescência. O amadurecimento sexual ocorre com o desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias. As características primárias são alterações físicas e hormonais necessárias à reprodução, e as secundárias diferenciam externamente o sexo masculino do feminino (MOREIRA, et al. 2008).

A sexualidade é um dos importantes aspectos da adolescência, muito enfatizado não apenas pelos dados encontrados na literatura, mas também por que é nessa fase da vida do ser humano que a identidade sexual está se formando (CANO, FERRIANI, GOMES, 2000).

Nesse contexto observa-se que o exercício da sexualidade está começando cada vez mais cedo. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) em seu relatório nomeado de “Situação da População Mundial 2013”, mostrou que a cada ano verifica-se no mundo que 7,3 milhões de meninas menores de 18 anos dão à luz em países em desenvolvimento. No Brasil 26,8% da população sexualmente ativa iniciou sua vida sexual antes dos 15 anos. Esse mesmo estudo descreve que 12% das adolescentes de 15 a 19 anos possuem pelo menos um filho (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013).

A gravidez na adolescência vem sendo motivo de discussões controvertidas. Enquanto está acontecendo uma diminuição da taxa de fecundidade total, a fecundidade nessa fase de 15 a 19 anos de idade vem aumentando. Esse aumento se verifica mais nas regiões mais pobres, áreas rurais e na população com menor escolaridade. (BRASIL, 2011a)

A respeito dos achados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Silva e Ferrari (2008) comentam que a média nacional dissimula a realidade desigual entre as regiões brasileiras, pois o percentual de partos em mulheres com

menos de 20 anos chega quase a dobrar em alguns estados, revelando mais uma situação de desigualdade regional. Nos últimos dez anos, o índice de partos em adolescentes caiu em três regiões, Sudeste, Sul e Centro-Oeste e aumentou em duas, Norte e Nordeste. Enquanto o Maranhão o índice foi de 27,6% e no mesmo período, de 15,3% no Distrito Federal.

No Espírito Santo, Torati (2011), em seu estudo onde descreveu o perfil das gestantes, realizado em um hospital do município da Serra, especializado em atendimento de gravidez de risco, encontrou uma porcentagem de 29,7% de adolescentes. Entretanto Valandro et al. (2013) em um estudo observacional de coorte retrospectiva, realizado em um hospital filantrópico do município de Vitória – ES, onde avaliaram as complicações neurológicas de recém-nascidos pré-termo foi encontrado que 19% das mães eram adolescentes. Anastácio (2013) relata em sua pesquisa, realizada em uma maternidade do município de Vitória, que a prevalência de adolescentes foi de 13,8% de todos os partos realizados.

O aumento da incidência de gravidez na adolescência pode ser associado a alguns fatores, dentre eles: a não adoção dos métodos contraceptivos ou o uso incorreto e o desconhecimento da fisiologia reprodutiva; todavia, o início cada vez mais precoce da puberdade, provoca a redução da idade da primeira menstruação nas adolescentes e favorece a instalação precoce da capacidade de reprodução desse grupo. (BRASIL, 2005a).

A maternidade quando ocorre nesse cenário torna-se então um problema de saúde pública, visto que os riscos de complicações e morte são consideráveis tanto para a mãe como para o neonato. (KURAUCHI; ROTELI-MARTINS; AQUINO, 2003).

Há evidências de que gestantes adolescentes podem sofrer mais intercorrências médicas durante a gravidez, algumas complicações como abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão, (pré) eclampsia, desproporção céfalo-pélvica, hipertensão e depressão pós-parto estão associada à experiência de gravidez na adolescência. (BELARMINO et al., 2009; FREITAS, BOTEAGA, 2002; FURLAN et al, 2003; MICHELAZZO et al, 2004; SILVEIRA, OLIVEIRA, FERNANDES, 2004; YAZLLE et al, 2002).

Souza et al. (2001) relatam que em relação à repercussão para a saúde da adolescente, a gravidez representa uma das principais causas de morte de mulheres entre 15 a 19 anos, sejam por complicações na própria gravidez, no parto ou pela prática clandestina de aborto.

Anualmente o mundo assiste a pelo menos 60 mil mortes de adolescentes, em decorrência de complicações da gravidez e do parto, tendo em vista que a maternidade precoce está correlacionada com o pior prognóstico materno fetal, sendo responsável por altos índices de partos prematuros. (SECUNDO et al, 2009)

Além das alterações biológicas inerentes a uma gestação, a gravidez na adolescência acarreta também complicações familiares, emocionais, econômicas, jurídico-sociais, que atingem a gestante isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade (VITALLE, 2001).

Um estudo que avaliou a ocorrência de gravidez na adolescência mundialmente relata que as meninas que permanecem mais tempo na escola são menos propensas a engravidar, além disso, descreve que Brasil teria um aumento de produtividade equivalente a mais de US\$3,5 bilhões, ou seja, mais de 7 bilhões de reais se as adolescentes tivessem adiado a gravidez até os seus vinte e poucos anos (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013).

Segundo Moreira et al. (2008) a gestação na adolescência é, de modo geral, enfrentada com dificuldade porque a gravidez nessas condições significa uma rápida passagem da situação de filha para mãe, do querer colo para dar colo. Nessa transição abrupta do seu papel de mulher, ainda em formação, para o de mulher-mãe, a adolescente vive uma situação conflituosa e, em muitos casos, penosa. A grande maioria despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer o novo papel materno, o que compromete as condições para assumi-lo adequadamente e, associado à repressão familiar, contribui para que muitas fujam de casa e abandonem os estudos. Sem contar com as que são abandonadas pelo parceiro que, muitas vezes, também é adolescente.

Diante desse contexto podemos observar que nas últimas duas décadas, a gravidez na adolescência se tornou um importante tema de debate e alvo de políticas públicas em praticamente todo o mundo. Diante desse cenário o Ministério da Saúde realiza Políticas e ações voltadas para a saúde do adolescente, que são elas: a implantação da política de direitos sexuais e direitos reprodutivos como uma prioridade de governo de cunho intersetorial, Elaboração das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, planejamento familiar, Distribuição da caderneta do adolescente, Disponibilização de métodos contraceptivos, Produção de preservativos masculinos, Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, Produção de materiais educativos e cursos a distância para os profissionais de saúde e educação sobre sexualidade de adolescentes, realização da III Mostra de Saúde e Prevenção nas escolas e fortalecimento da participação juvenil entre pares nacionalmente, Implementação de políticas para adolescentes vivendo com HIV, Implantação do Plano Nacional de Enfrentamento da Feminização da AIDS e outras DST, Capacitação de profissionais de saúde e educação e jovens nas temáticas de saúde sexual e saúde reprodutiva, Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2014a).

Mesmo com esforços do governo para sanar as esses problemas no setor da saúde, ainda há necessidade de se aprofundar na discussão em torno desse assunto, visando fortalecer as ações e políticas que enfrentam essa situação.

Diante do exposto esse estudo visa responder a seguinte pergunta: Existe diferença no desenvolvimento morbidades maternas e neonatais comparando as gestantes adultas e adolescentes de uma maternidade filantrópica de Vitória?

1.1 JUSTIFICATIVA

A temática desenvolvida nessa dissertação “Morbidades Maternas e Neonatais: Um Estudo a Luz das Políticas de Saúde na Atenção a Adolescentes Grávidas”, fundamentou-se nas minhas experiências, estudos e prática profissional, sendo escolhida como objeto de estudo devido à minha afinidade na área da saúde da mulher, onde atuo profissionalmente, e a dois trabalhos desenvolvidos durante a graduação em Fisioterapia, o primeiro como participante do programa PIVIC (Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica), cujo título foi “Estudo Entre o Uso de Ventilação Por Pressão Positiva Intermitente e Pressão Positiva

Contínua em Vias Aéreas de Recém-Nascidos Pré-Termo após a Extubação Traqueal” e outro a título de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), “Estratégias de Desmame em Recém-nascidos Pré-termo” .

Neste contexto houve um interesse de trabalhar esses dois temas que são de grande relevância, uma vez que a gestação na adolescência tem sido considerada um importante assunto de saúde pública, visto que as morbidades para as mães e crianças são reais, havendo uma clara necessidade de se aprofundar nas discussões em torno da questão, visando o fortalecimento das políticas de enfrentamento desse fenômeno.

Espera-se como resultado desse trabalho comparar o perfil das gestantes adultas e adolescentes quanto o desenvolvimento de morbidades maternas e neonatais. E através deste estudo será possível viabilizar atividades que promovam melhorias na prevenção e tratamento dessas complicações.

Além disto, o estudo também servirá de base para fundamentação científica e os dados encontrados serão relevantes para a Secretaria Estadual de Saúde, uma vez que será possível identificar necessidades específicas das mães adolescentes e possíveis pontos de aperfeiçoamento das políticas de assistência ao adolescente e materno-infantil.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Primário

Discutir a influência da gravidez na adolescência no desenvolvimento de Morbidades maternas e neonatais.

1.2.2 Objetivos Secundários

- a) Comparar o perfil materno entre gestantes adultas e adolescentes;
- b) Identificar a incidência de morbidades maternas e neonatais entre as gestantes adolescentes e adultas;
- c) Verificar a associação entre a gravidez na adolescência e o desenvolvimento das morbidades maternas e neonatais;
- d) Contextualizar as políticas de saúde para atenção de adolescentes grávidas.

A seguir, os resultados deste estudo serão apresentados em três itens, a saber:

No item 3 - *Políticas de Saúde na Atenção a Adolescentes Grávidas* traz o resultado do levantamento bibliográfico apresentando um breve histórico de como foram sendo desenvolvidas as políticas voltadas para as adolescentes bem como as voltadas para a saúde das mulheres de uma forma geral. E a influência destas políticas nas mudanças da morbidade e mortalidade materno-infantil.

No item 4 - *Gravidez na Adolescência: Comparando o Perfil e ocorrência de morbidades em Gestantes Adultas e Adolescentes de uma Maternidade de Vitória*, nesse capítulo a discussão baseou-se em torno das questões referentes às mudanças fisiológicas na gravidez, as possíveis complicações que podem ocorrer na gestação e a repercussão da gravidez na adolescência nas implicações biopsicossociais envolvidas nesse processo. Ainda neste capítulo realizou-se uma análise descritiva do perfil das gestantes estudadas e dos seus recém-nascidos.

O item 5 são as considerações finais da presente dissertação, seguido das Referências bibliográficas utilizadas e dos Apêndices e Anexos pertinentes a este estudo.

2 MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Para alcançar os presentes objetivos foi realizada esta pesquisa, que ocorreu em dois momentos: o primeiro momento caracterizou-se por uma pesquisa bibliográfica utilizando-se de publicações catalogadas com as palavras chaves: *Health Policy, Adolescence, Pregnancy, morbidities*, publicadas em inglês e português nas bases de dados Scielo, PubMed e MedLine no período de 1970 a 2016. Também foi conduzida uma classificação dos documentos sobre leis, decretos, portarias e normas relacionadas aos programas voltados para atenção ao adolescente, bem como uma abordagem histórica sobre o surgimento e evolução das políticas nacionais e políticas de saúde que abrangem essa população, culminando com as legislações atuais.

O segundo momento correspondeu a uma pesquisa de campo caracterizada por um estudo observacional caso-controle aninhado que é um delineamento no qual casos e controles são selecionados no decorrer de uma coorte pré-definida, na qual algumas informações sobre exposições e fatores de risco já encontram-se disponíveis.

2.2 LOCAL

Os dados utilizados na pesquisa foram coletados da maternidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES.

2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A coorte foi composta por mulheres grávidas que procuraram o serviço de ginecologia e obstetrícia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, no período de julho de 2013 a junho de 2014. Dessa amostra foram selecionadas como o grupo de casos, todas as grávidas adolescentes, e o controle as grávidas adultas.

No período da pesquisa verificou-se 1265 grávidas que realizaram o parto no referido hospital; destas, 258 eram adolescentes. O grupo controle, grávidas adultas, foi determinado realizando o cálculo de amostra com confiança de 95% e margem

de erro de no máximo 5%, definindo assim que o número de prontuários de grávidas adultas a ser coletado seria 258. A seleção dos prontuários aconteceu de forma aleatória sendo que do total dos prontuários encontrados a cada 5 foi selecionado 1. Optou-se por não realizar o cálculo amostral no grupo caso uma vez que a população é pequena, em torno de 20% do total de mulheres atendidas.

No entanto 116 prontuários foram excluídos, sendo que 104 foram devido ao acesso impossibilitado aos mesmos e 12 pela existência de transferência da mãe e/ou do recém-nascido para outro serviço durante o período de internação (Figura 1).

2.3.1 Critério de inclusão

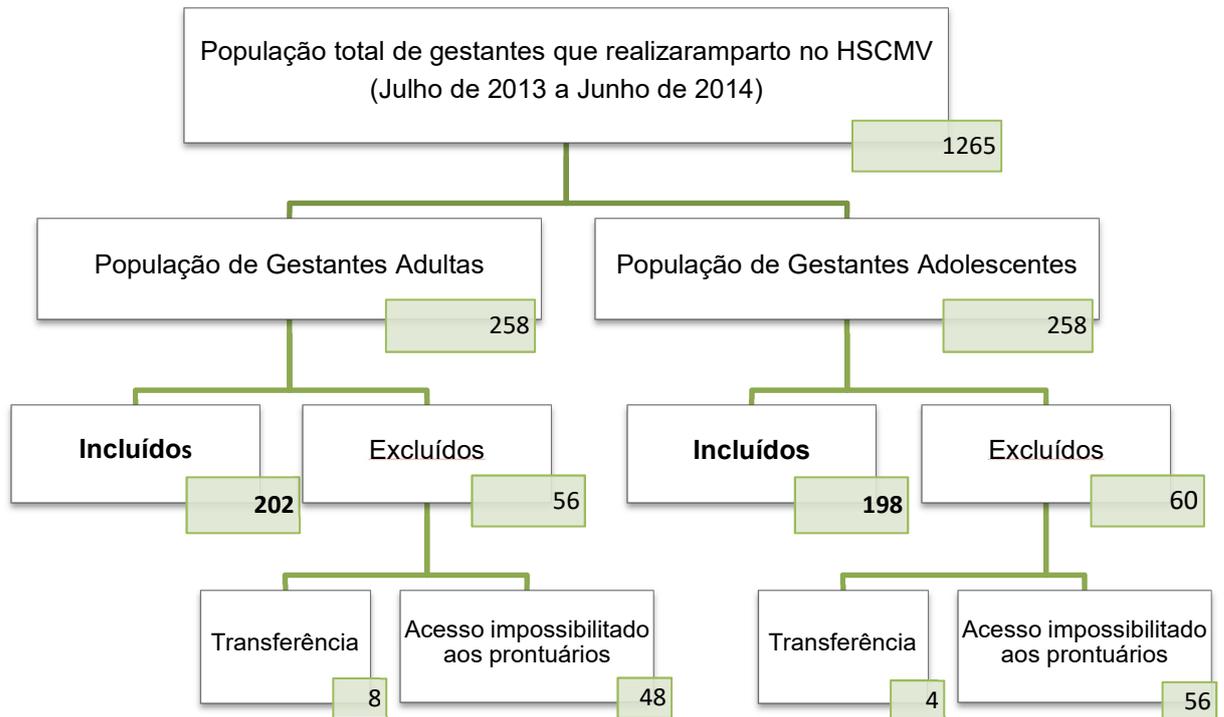
- a) Gestantes com idade superior ou igual a 10 anos;
- b) Internadas no hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória para realizarem o parto, no período de Julho de 2013 a Junho de 2014.

2.3.2 Critério de exclusão

- a) As que por questões administrativas o acesso aos prontuários esteja impossibilitado;
- b) A existência de transferência da mãe e/ou do recém-nascido para outro serviço durante o período de internação.

A Figura 1 apresenta um organograma da representação da seleção da amostra.

Figura 1 – Organograma de representação da seleção da amostra



Fonte: Produzido pelo autor

2.4 PROTOCOLO DE ESTUDO

Os dados foram coletados no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, mediante a análise de prontuários. Onde utilizou-se uma ficha para a coleta dos dados (Apêndice A e B), preenchida pelo pesquisador, contendo itens referentes à mãe e o recém-nascido (RN).

2.4.1 Análise de Prontuários

As Variáveis maternas e neonatais e morbidades foram identificadas de acordo com o registro no prontuário seguindo critérios definidos pelo serviço do hospital.

2.4.1.1 Variáveis Maternas

Identificação, idade, estado civil, raça, profissão/ocupação, frequenta a escola, gestações, partos, abortos, tipo de gravidez (única, múltipla), tipo de parto, cuidado pré-natal, número de consultas pré-natal. As morbidades serão identificadas de acordo com o registro no prontuário seguindo critérios definidos pelo serviço do

hospital, na fase pré-natal, perinatal e puerperal (natimorto prévio, prematuro prévio, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, Oligodramnia, desproporção céfalo-pélvica, doença hipertensiva específica da gravidez, diabetes gestacional, infecção do trato urinário, vulvovaginite, abortamento, hemorragia, ruptura prematura de membrana) e uso de corticoide pré-natal. (APÊNDICE A).

2.4.1.2 Variáveis Neonatais

Data de nascimento, data da alta ou óbito hospitalar, tipo de apresentação (cefálica ou pélvica), sexo, peso de nascimento, peso na alta, idade gestacional, índice de Apgar no primeiro e quinto minutos de vida, adequação peso/idade, reanimação na sala de parto e manobras utilizadas, utilização de surfactante exógeno, diagnóstico inicial para internação hospitalar, tempo de oxigenioterapia, tipo de assistência ventilatória utilizada, tempo de internação hospitalar, presença de sepse neonatal, morbidades neonatais: morbidades respiratórias (Displasia broncopulmonar, Apnéia da prematuridade, Pneumonia, Atelectasia, Hemorragia pulmonar, Pneumotórax, Derrame pleural, Hipertensão pulmonar, Síndrome da aspiração meconial) e morbidades neurológicas (Hemorragia periintraventricular, Meningite Neonatal, Leucomalácia periventricular, Asfixia Perinatal), icterícia. (APÊNDICE B).

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

As análises descritivas foram obtidas através de tabelas de frequência e resumidas em média e desvio padrão.

2.5.1 Análise Univariada

- a) Teste quiquadrado para tabelas 2 x 2;
- b) Teste Exato de Fisher, para tabelas 2 x 2, quando uma ou mais das frequências esperadas foram inferiores a cinco;

Em todos os Testes, será fixado o nível de significância de 5% ($p = <0,05$) e o programa a ser utilizado será o *SPSS Statistic*

2.6 QUESTÕES ÉTICAS

O presente estudo denominado “Morbidades Maternas E Neonatais: Um Estudo A Luz Das Políticas De Saúde Na Atenção A Adolescentes Grávidas” foi aprovado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), através do parecer: 1.040.775, no dia 28 de abril de 2015. Está assegurado o sigilo das informações extraídas dos prontuários mediante a não identificação nominal das gestantes da presente pesquisa. A guarda das informações ficará sob responsabilidade da pesquisadora responsável durante o período de cinco anos. O estudo baseou-se nas Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos da resolução 466/12. A pesquisa obteve a carta de anuência da direção técnica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES, autorizando a utilização dos dados (ANEXO A).

3 POLÍTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE

A Organização Mundial da Saúde (2007b) conceitua a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos).

A adolescência é um período da vida em que ocorre um importante desenvolvimento que torna o indivíduo apto à perpetuação e reprodução da espécie. Além disso, devido ao estilo de vida moderno e aos estímulos ambientais, cada vez maiores, a iniciação sexual tem-se mostrado ocorrer de forma mais precoce. E a falta do planejamento familiar nessa fase contribui como um importante fator para ocorrência de uma gravidez indesejada (BERLOFI, 2006).

A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública devido suas consequências de alto impacto individual e social. No presente capítulo será apresentado um breve histórico de como foram sendo desenvolvidas as políticas voltadas para as adolescentes bem como as voltadas para a saúde das mulheres de uma forma geral.

A primeira Constituição Brasileira, a Constituição Imperialista de 1824, assim como a primeira Constituição Republicana de 1891 tinham uma posição omissa quanto à proteção da criança e do adolescente. Na realidade, as primeiras leis nacionais que fazem referência à criança e ao adolescente estão intimamente ligadas ao sistema escravista do Brasil Imperial, assegurando em lei o trabalho infantil através da escravidão (VERONESE, 1999).

É em 1920, com reforma Carlos Chagas, que dá-se início à atenção a infância. Neste período deu-se início as ações voltadas para a proteção materno infantil que foram viabilizadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) com a criação da Inspetoria de Higiene Infantil (PARATA; MEDEIROS, 2010).

Neste período havia muita preocupação com a mortalidade infantil em todo o país, com a taxa estimada de 168/1000 de morte infantil, e em setembro de 1933, foi realizada a Conferência Nacional de Proteção à Infância, no Rio de Janeiro, dois meses antes do início dos trabalhos da Constituinte, que teve como foco, o arranjo entre a atuação federal, a estadual e a dos grupos privados na montagem de um

programa de proteção materno-infantil que trariam como objetivos principais: em curto prazo, garantir o acesso das crianças de baixa renda a alimentos de boa qualidade através da redução de custo, melhorar o saneamento básico oferecendo conforto mínimo, distribuição de roupas e agasalhos e incentivar a frequência regular da criança e da mãe aos postos de higiene (ALMEIDA FILHO, LOURENÇO, PORTO, 2007; IBGE, 1999).

Ainda dessa Conferência, nasceu à ideia de se criar um órgão federal que gerenciasse essas atuações, porém, não houve consenso quanto ao seu papel. Esse órgão foi criado em 22 de maio de 1934 pelo decreto nº 24.278 e foi denominado de Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (DPMI) (PARATA, MEDEIROS, 2010).

Diante disso, nota-se que preocupação do governo na redução da mortalidade infantil tinha interesse específico na criança, como estratégia para aumentar a população, sem se preocupar com a qualidade da reprodução humana ou com as condições de saúde da mulher, que era vista apenas como reprodutora e com função voltada exclusivamente para a criação de braços fortes para servir o país, sem direitos pessoais, sociais e econômicos. Não havia um acompanhamento nem mesmo durante a gravidez. O governo apenas incentivava a procriação em massa, sem fornecer as condições mínimas necessárias para um bom desenvolvimento gestacional (CASSIANO et al, 2014).

A saúde materno-infantil na década de 50 reproduziu os anos 30, a mortalidade infantil obteve um declínio totalizando 135/1000, mas ainda traduzia uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe, doméstica e procriadora, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado da saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004; IBGE, 1999).

É possível verificar o início da mudança a partir da década de 1960, através dos movimentos feministas que contribuíram para trazer a público os impasses até então tratados no âmbito privado. O slogan *Nosso Corpo Nos Pertence*, refletia a luta das mulheres pela autonomia individual em detrimento das formas de subordinação feminina, com enfoque especial no direito à escolha e o direito ao prazer. E esta palavra de ordem percorreu o mundo na década de 1970, capturando a imaginação

das mulheres nos mais diversos continentes e motivando "pequenas rebeliões e demandas públicas" (MORI, COELHO, ESTRELLA, 2006; ATHAYDE, 2010).

Desta forma em 1970, foi criada a Coordenação de Proteção Materno Infantil (CPMI). Essa coordenação vinculava-se à Secretaria de Assistência Médica e tinha como objetivo planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, conforme Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Observa-se que a partir dessa década a velocidade da queda da mortalidade aumenta, aparentando estar fortemente dependente do modelo de intervenção da área das políticas públicas (BRASIL, 2011e; IBGE, 1999).

Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo propósito era auxiliar na redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. O programa tinha como objetivo:

[...] concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos. Entre suas diretrizes básicas destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil (BRASIL, 2011a, p. 12).

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil compreendia seis subprogramas (BRASIL, 2011a):

a) Assistência Materna: baseava-se na assistência contínua e periódica durante a gestação (pré-natal, supervisão dentária, suplementação alimentar, promoção de hábitos higiênicos), parto (suporte no parto hospitalar quanto no parto domiciliar) e puerpério (supervisão ginecológica à mulher e favorecer o início precoce da assistência e proteção ao recém-nascido), prevenindo assim a saúde da mulher e do conceito.

b) Assistência à Criança e ao Adolescente: apresentava como objetivo primordial o acompanhamento do processo de crescimento a desenvolvimento, prevenindo os

seus desvios, assim como diagnosticar e tratar as possíveis intercorrências patológicas.

c) Expansão da Assistência Materno-Infantil: aborda à integração de grupos comunitários, para as ações voltadas a saúde materno-infantil, aproveitando a capacidade e o potencial da comunidade.

d) Suplementação Alimentar: ocorrendo por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN) objetivando a prevenção da desnutrição no período gestacional e no período da lactação, propiciando condições satisfatórias de crescimento e desenvolvimento às crianças menores de 6 anos.

e) Educação para a Saúde: baseia-se no serviço de informação sobre a saúde e seus fatores agravantes, com o objetivo de oferecer a orientação necessária sobre comportamentos que resultem em proteção à saúde.

f) Capacitação de Recursos Humanos: para a implantação do Programa torna-se necessário a formação e treinamento de equipes multiprofissionais para produzir as ações especificadas ao público em questão

O movimento feminista brasileiro ainda era rigorosamente crítico a esses programas, pois apresentavam características reducionistas em relação ao cuidado a mulher, que tinha acesso a alguns tratamentos de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. O desempenho do movimento de mulheres no campo da saúde contribuiu para que essa questão fosse discutida, que até naquele momento, era colocada em segundo plano. As discussões tratavam-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas com a anticoncepção e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis ainda pelo trabalho doméstico e pela criação dos filhos (BRASIL, 2004).

As reivindicações do movimento feminista se integram às discussões mais amplas, originando em 1983 o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) lançado pelo Ministério da Saúde, propondo-se a realizar novos investimentos,

destinados a dotar de capacidade resolutive a rede básica de serviços de saúde, concentrando esforços nos problemas de mais significação sócios sanitários e que incidem, principalmente, sobre o grupo materno infantil (BRASIL, 1984).

Tornando-se então, voltadas ao atendimento de demandas e à garantia de direitos para a população feminina, abrangem desde aquelas de caráter essencialmente reprodutivo, nucleadas em torno da concepção/anticoncepção, até aquelas mais abrangentes, destinadas a assegurar melhores condições de vida e saúde (COSTA, BAHIA, CONTE 2007).

O novo programa para a saúde da mulher incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. E incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama e em planejamento familiar, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mesmas. (BRASIL, 1984).

No mesmo período com intuito de mudar os parâmetros da saúde pública do país foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Na constituição de 1988 o artigo 196 determina que a saúde seja direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Essa nova constituição foi um grande marco de amparo à saúde da mulher e da criança, impedindo qualquer forma de discriminação à mulher trabalhadora e amparando, garantindo a independência financeira da mulher no momento reprodutivo e provê o mecanismo básico de sobrevivência da mãe e do recém-nascido, a renda. É válido salientar também que a garantia dos direitos sociais e reprodutivos constados na legislação brasileira rompe, no âmbito legal, com concepções acerca do papel exclusivamente reprodutor da mulher, ampliando o entendimento sobre a cidadania feminina (NETO et al, 2008).

Com a Constituição Brasileira de 1988 e com o desenvolvimento do setor de saúde nesse período, os direitos da criança e o adolescente foram tomando nova forma, como descreve o artigo 227 que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Diante disso em 1989 cria-se o PROSAD (Programa Saúde do Adolescente), com intuito de melhorias dos direitos dos adolescentes, tendo como princípio básico a atenção integral com abordagem multiprofissional ao adolescente, através de um sistema hierarquizado que possa garantir a referência e contra referência nos diferentes níveis de complexidade da assistência. O Programa elegeu como áreas prioritárias o crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente e a prevenção de acidentes. As iniciativas do PROSAD baseiam-se numa política de promoção da saúde, desenvolvimento de práticas educativas, identificação de grupos de riscos, detecção precoce dos agravos, tratamento e reabilitação. (BRASIL, 1993).

Um ano depois, em 1990, é criado o Estatuto da Criança e do adolescente (ECA) para aprimorar a atenção ao adolescente e a criança, enfatizando que os mesmos devem receber atenção prioritária, sendo considerados sujeitos de direitos, a serem garantidos pela família, comunidade, sociedade em geral e pelo Estado (EDUARDO; EGRY, 2010).

Segundo Pirotta e Pirotta (1999), o ECA traduz a adequação da legislação infraconstitucional ao texto da Constituição Federal de 1988, representando um importante documento no tratamento da criança e do adolescente, de acordo com as diretrizes internacionais de direitos humanos.

Na década de 1990, com base na legislação de saúde vigente, o estado brasileiro, no intuito de pôr em prática as regulamentações legais de promoção da saúde e controle social, projeta a execução de diversos programas e estratégias,

direcionados especificamente aos cuidados materno-infantis, como por exemplo, mortalidades materna e infantil (OLIVEIRA; ROCHA, 2001).

Neste contexto, em 1991, foi fundado o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), que tratava a respeito dos cuidados à mãe e feto e ao recém-nascido. Esta proposta possibilitou a organização da assistência perinatal de forma hierarquizada e regionalizada; melhor qualidade da assistência ao parto; o incremento da qualidade da assistência ao recém-nascido, promovendo o alojamento conjunto e reservando os berçários para os recém-nascidos de risco; o incentivo ao aleitamento materno; orientações voltadas para o planejamento familiar e a supervisão e avaliação do atendimento, através de um sistema de informação perinatal (BRASIL, 1991).

Em 1996, um projeto de lei regulamentou o planejamento familiar que foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção, como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. (BRASIL, 2002b).

Vale ressaltar que o Planejamento Familiar não deve estar focado apenas nos aspectos da anticoncepção ou do controle da fecundidade, mas também na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e riscos à vida da mulher ou do futuro conceito (BRASIL, 2002b).

Este programa também garante a liberdade de opção, a utilização voluntária e responsável de métodos anticonceptivos por parte do casal, conforme orientações do Ministério da Saúde. Neste inclui também a estratégia de acolhimento, educação em saúde, acompanhamento dos usuários e o relacionamento interpessoal, consultas médicas e de enfermagem e a prescrição do método anticonceptivo (BRASIL, 2002b).

Os métodos anticonceptivos propostos pelo Ministério da Saúde (MS) compreendem: os de barreira, que inclui a camisa-de-vênus ou condon masculino, preservativo feminino, diafragma, espermicida, dispositivo intra-uterino (DIU); hormonais que são as pílulas combinadas, pílulas de progestágenos puro, oral de

emergência, injetável bimestral e trimestral; - comportamentais, como o calendário a tabelinha (Ogino Knaus), muco cervical (Billings), lactação e amenorréia (LAM), temperatura corporal basal, coito interrompido e sintotérmicos; definitivos, que são as laqueaduras tubárias e a vasectomia. Estes métodos devem ser disponibilizados para a comunidade nas unidades de saúde (BRASIL, 2011a).

No ano 2000, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) através da Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e no puerpério. O principal objetivo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi garantir melhor acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002a).

No sentido de minorar dúvidas e inseguranças que podem comprometer a atenção integral à saúde dos adolescentes, a Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr HC/FMUSP), São Paulo, SP, organizou, em novembro de 2002, um Fórum de Debates sobre Contracepção, Adolescência e Ética. O documento final aprovado traz a questão que privacidade é o direito que o adolescente possui, independentemente da idade, de ser atendido sozinho, em um espaço privado de consulta, onde são reconhecidas sua autonomia e individualidade, sendo estimulada sua responsabilidade crescente com a saúde e/ou cuidado frente a eventuais processos patológicos de gravidade e limitação variáveis. A privacidade não está obrigatoriamente ligada à confidencialidade (SAITO; LEAL, 2002).

Um importante marco no desenvolvimento de políticas voltadas ao adolescente foi o lançamento oficial do projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”, em 2003. A escola é um palco ideal para atingir os adolescentes e jovens, por ter um acolhimento cotidiano e continuado. E esse projeto teve como elementos inovadores a disponibilização de preservativos nas escolas, a integração entre as escolas e as unidades básicas de saúde, respeitando a autonomia dos sistemas educacionais e das escolas, bem como a participação da comunidade no processo (BRASIL, 2006a).

Outro aspecto fundamental do projeto é a aproximação entre os setores governamentais e as organizações da sociedade civil, observando e reconhecendo o sujeito integral como foco das diversas políticas públicas. Essa conexão intersetorial e com a sociedade civil é quesito básico para o seu sucesso (BRASIL, 2006a).

No mesmo ano iniciou-se a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, que foi aprovado pelo Ministério da Saúde. Mas foi em 2004, que o Ministério da Saúde publicou os princípios norteadores da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que compôs um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde. Os objetivos dessa nova Política incluíam: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos; ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

No dia 8 de março de 2004, dia em que é comemorado o Dia Internacional da Mulher, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que tem a função de articular os atores sociais, historicamente empenhados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na lutando contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil (BRASIL, 2007a).

Neste contexto, no decorrer dos anos da implantação do SUS, houve uma evolução em relação à taxa de mortalidade, uma vez que os programas propostos surtiram efeito, como nos mostra os dados do ministério da saúde através dos “Indicadores de Dados Básicos 2012”. Enquanto em 1990 a taxa de mortalidade materna era de 143,2/1000 e a infantil 47,1/1000 no ano de 2011 diminuiu para 64,8/1000 e 15,3/1000 respectivamente (BRASIL, 2012).

Em 22 de março de 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Entre as diretrizes e ações propostas por essa política estão: a ampliação da oferta de métodos contraceptivos reversíveis no SUS, incentivo de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva

para usuários do SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; crescimento dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e de qualidade às mulheres em situação de abortamento (BRASIL, 2005b).

Neste mesmo período, outro evento promovido pelo ICr HC/FMUSP destaca-se na discussão de políticas de saúde para o adolescente. No fórum "Adolescência e Contracepção de Emergência", realizado em agosto de 2005, discutiu-se que a Contracepção de emergência deve fazer parte de uma educação sexual, destacando o autocuidado e o cuidado do outro (SAITO; LEAL, 2007).

Em 2007 é aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, baseando-se nos princípios do SUS e fortificada num processo coletivo estabelecido entre o governo federal, profissionais, gestores, organizações da sociedade civil e movimentos de juventude. A política firma-se no reconhecimento de que adolescentes e jovens são pessoas em desenvolvimento, demandando atenção especial ao conjunto integrado de suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais. Os pressupostos dessa política são a integralidade da atenção, a universalização, a efetividade, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a participação juvenil. Enfatiza o fortalecimento da Atenção Básica como um espaço privilegiado para se trabalhar a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a intersetorialidade (BRASIL, 2010a).

A partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, o Ministério da Saúde propõe em 2010 as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, sensibilizando gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população. Essas diretrizes, integradas às outras políticas sanitárias, norteiam ações e programas já existentes no SUS, buscando, ainda, apontar para a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais que contribuam para a

modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional (BRASIL, 2010b).

As diretrizes apresentam os instrumentos legais de proteção aos direitos de adolescentes e de jovens que garantem o pleno exercício do direito fundamental à saúde. Além disso, subsidiam gestores, profissionais de saúde, órgãos e instituições, que atuam na área de saúde do adolescente e do jovem, com elementos essenciais para o atendimento nos serviços de saúde, de modo que os direitos de adolescentes e de jovens sejam divulgados e discutidos pela sociedade (BRASIL, 2010b).

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo, por meio da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, iniciativas integradas com a Área Técnica de Saúde da Mulher, com o intuito de garantir que a atenção à mulher adolescente ocorra segundo os parâmetros dos direitos sexuais e reprodutivos e reforçar a corresponsabilidade masculina na reprodução e na contracepção, bem como no planejamento familiar (BRASIL, 2011a).

No ano de 2011 o Programa Nacional de Controle do câncer do Colo do Útero e o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama foram reafirmados como plano de prioridade no plano de fortalecimento da rede prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, a fim de obter um padrão de alta qualidade na cobertura da população (BRASIL, 2011d).

Em 2013 aconteceu o lançamento do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) 2013-2015 que é uma ferramenta que reforça o princípio de que em um Estado democrático a condição da participação social, principalmente das mulheres, é constitutiva de todas as fases do ciclo das políticas públicas. Como um plano nacional, reafirma os princípios orientadores da Política Nacional para as Mulheres:

[...] autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida; busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos; respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação; caráter laico do Estado; universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado; participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas; e transversalidade como princípio orientador de todas as políticas públicas (BRASIL, 2013, p. 9-10).

Visando a saúde integral da mulher, ainda no ano de 2013, outra estratégia implantada foi o apoio na Implementação das ações no campo da Saúde no Programa Mulher Viver sem Violência, programa também lançado em 2013: com objetivo contribuir com atendimento Humanizado pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS a vítimas de violência sexual (BRASIL, 2014a).

Ainda com o objetivo de garantir a prevenção do Papiloma Vírus Humano (HPV) que atinge a cada ano 270 mil mulheres no mundo, o Ministério da Saúde em 2014 apresentou as estratégias para a incorporação da vacina contra o HPV no Sistema Único de Saúde, que abrange meninas de 11 a 13 anos de idade (BRASIL, 2014b).

O Ministério da Saúde em 2015 promoveu um conjunto de ações para melhorar a saúde das mulheres do campo, para tanto utilizaram o mês de novembro para cuidar da saúde das mesmas, atuando na prevenção do câncer do colo do útero e de mama, diabetes, hipertensão e esquema vacinal. O plano também vai reforçar o enfrentando da mortalidade materna. Para alcançar esse objetivo investiu na capacitação de 200 parteiras tradicionais da população do campo e de áreas distantes e entregou um conjunto de instrumentos para auxiliá-las neste ofício (BRASIL, 2015).

Observamos, portanto, no decorrer dos anos, uma evolução no cuidado público da saúde materno-infantil, à medida que novos estudos e programas foram desenvolvidos. A seguir serão discutidas as necessidades específicas dos adolescentes e jovens, bem como as principais políticas de atenção à saúde dessa população implementadas no contexto nacional, estadual e municipal.

3.1 ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS

Tendo em vista a complexidade das transformações fisiológicas e psicológicas próprias da adolescência, indivíduos nesta fase da vida possuem necessidades específicas no que tange à sua saúde. O Ministério da Saúde (2005b) observa que por não serem reconhecidos em sua especificidade etária, adolescentes e jovens passam pelo SUS “invisibilizados”. Dessa forma, o serviço público de saúde encontra grande dificuldade em atender esta população.

A atenção do setor saúde demanda novas sintomatologias que estão entre os problemas de vida e as morbidades, como aquelas trazidas pela violência em geral, pela exploração sexual, pelas síndromes de confinamento, a gravidez na adolescência, dentre outras, que atingem sobremaneira as pessoas jovens, e que desafiam a maneira de trabalhar com a ortodoxia da medicina, demandando investigação e alteração nos cuidados em saúde (BRASIL, 2005b).

Diante disso, faz-se necessário compreender os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde do sujeito, inserido em contextos social, cultural e familiar e em um território, para que seja garantida atenção integral às pessoas jovens. Daí a necessidade de criação de políticas e estratégias voltadas especificamente para este grupo populacional, a fim de direcionar as ações dos setores da saúde no aperfeiçoamento do atendimento ao adolescente (BRASIL, 2010b).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Saúde do Adolescente e Jovem, preconiza a atenção integral, considerando as necessidades singulares dos adolescentes e jovens. Essa política evidencia a integralidade da atenção, corroborando com um dos princípios do SUS, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, e a organização de serviços para a execução dessas práticas de saúde, com foco na importância da promoção da saúde e na necessidade de estabelecer processos de trabalho intersetoriais e interdisciplinares (RAPOSO, 2009; VIANA, 2015).

Para Lamare (2005), qualificar os serviços para que ofereçam uma atenção adequada às pessoas jovens, respeitando as suas características biopsicossociais, é desafiador para os gestores e profissionais de saúde. Essa qualificação resume-se em adotar um olhar diferenciado para com a população jovem, buscando acolhê-los de forma mais humanizada, com foco em suas demandas e necessidades, podendo estabelecer desse modo um vínculo de confiança e respeito, fundamental para a continuidade do acompanhamento e para o êxito do tratamento, bem como para engajá-los em outras ações e serviços de saúde.

Neste contexto é possível observar que o Ministério da Saúde vem criando estratégias para atender a essa população, e uma delas foi o caderno Direitos

Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma Prioridade Do Governo, que incorpora a política de planejamento familiar apresentando como propostas e diretrizes:

- a) a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS;
- b) elaboração e distribuição de manuais técnicos e de cartilhas educativas;
- c) capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar;
- d) atenção em reprodução humana assistida na rede SUS;
- e) ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS;
- f) ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas;
- g) termo de cooperação com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres;
- h) elaboração de documento sobre saúde sexual e reprodutiva para os países do Mercosul;
- i) apoio e desenvolvimento de pesquisas, atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão;
- j) implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento;
- l) atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.

Diante do reconhecimento das questões de maior relevância na atenção à saúde de adolescentes e jovens, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde elaborada em 2010, estabelecem três linhas prioritárias de ação (BRASIL, 2010b).

Entre estas linhas tem-se a Atenção integral à saúde sexual e a saúde reprodutiva: essas ações devem considerar a saúde desse indivíduo, o seu contexto social, assim como o emocional. Proporcionando aos mesmos, ações de educação sexual voltadas para o seu contexto de vida.

As outras linhas também devem ser levadas em consideração, sendo elas:

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento - através da investigação do crescimento físico com a identificação das variáveis da puberdade fisiológica normal ou patológica e suas repercussões verificar o acesso às vacinas; instruir para padrão alimentar saudável e para identificar possíveis distúrbios nutricionais, atentar-se a problemas emocionais e causas sociais de privação emocional; desenvolver políticas integradas que retirem e protejam a criança e o adolescente do trabalho precoce e desprotegido; potencializar ações preventivas na interação família – escola – comunidade.

A atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas - visa capacitar os profissionais da rede CAPS, hospitais gerais para melhor acolhimento e atenção aos adolescentes e as pessoas jovens no uso abusivo de álcool e outras drogas; desenvolver ações intersetoriais com os órgãos de trânsito, segurança pública, para a realização de ações educativas; articular políticas sociais por meio dos serviços dos CRAS e CREAS garantindo acesso e assistência às famílias, aos adolescentes e aos jovens que vivenciam situações de uso abusivo de álcool e outras drogas.

Ainda acerca da atenção integral à saúde sexual e a saúde reprodutiva, é fundamental que sejam feitas novas perguntas sobre a realidade destes sujeitos, a fim de que adolescentes e jovens sejam inseridos nas políticas de saúde voltadas para esta área. Também há uma necessidade de que tais perguntas sejam feitas a estes sujeitos, respeitando e considerando seus olhares, opiniões e propostas (BRASIL, 2007c).

O Ministério da Saúde (2007c) observa que as políticas e os programas de saúde voltados para adolescentes e jovens desenvolvidas até o momento frequentemente ignoram que a sexualidade é parte do desenvolvimento humano e excluem das suas intervenções os conceitos de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo.

Além disso, a maternidade ou paternidade nessa faixa etária pode acarretar consequências indesejáveis para os adolescentes, sua família e seus filhos. Sendo assim, é necessário dar prioridade aos adolescentes e jovens nas ações de prevenção, promoção e assistência na área da saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2005b).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem buscado estabelecer programas, projetos e políticas específicas. Essas ações político-programáticas, necessariamente, apontam para a necessidade de um diálogo e uma interface com outras áreas da gestão pública, a exemplo da educação, da cultura e do trabalho, na medida em que remetem à construção de seus projetos de vida (BRASIL, 2013b).

Um exemplo é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, que enfatiza o fortalecimento da Atenção Básica, ao invés de preconizar a criação de "centros de referência" especializados na assistência a adolescentes e jovens, nesse nível se pode trabalhar de forma universalizada e efetivar a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a intersetorialidade. Também na Atenção Básica é viabilizada a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, garantindo a atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva, incluindo o acesso a métodos contraceptivos, articulação de ações para redução da morbimortalidade por causas externas, e desenvolvimento de ações educativas com grupos. (LAMARE, 2005)

Outro foco da Política está em estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, ampliando e diversificando as práticas sanitárias, influenciando na gestão e no trabalho das equipes de saúde para a construção complementar e de intercâmbio entre os campos da atenção à saúde (BRASIL, 2010b).

Dentre as ações intersetoriais destaca-se a publicação de informativos como o "Caderno de atenção básica: Saúde na Escola" e a "Caderneta de saúde do adolescente" que foram lançados em 2009, nos modelos femininos e masculinos, ação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação. Sem dúvida a atuação conjunta dos diversos setores, aumenta a eficácia no uso de recursos e otimiza os resultados das ações, à medida que possibilita analisar as relações entre os programas existentes. (BRASIL, 2009).

A Caderneta de Saúde do Adolescente torna-se então um mecanismo para apoiar os profissionais no atendimento a essa população, favorecendo a atenção integral à saúde e valorizando o adolescente como sujeito de direitos (BRASIL, 2013c).

Com a criação da caderneta e buscando aprimorar a interação adolescente–Unidade Básica de Saúde o Ministério da Saúde lança em 2013 o caderno Orientações

Básicas para as Ações nas Escolas e nas Unidades Básicas de Saúde, que tem por objetivo orientar todos os profissionais de saúde que atuam nas Equipes de Saúde da Família (ESF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) contribuindo para resolução e efetividade das ações de saúde, articuladas com as escolas, junto à população adolescente de 10 a 19 anos de idade.

Mesmo diante de tantos incentivos Penso et al. (2013) identificou em seu estudo um desconforto por parte dos profissionais da saúde com a pouca integração entre eles e os profissionais da educação, causando uma situação de paralisia. Os relatos dos participantes da pesquisa evidenciaram o quanto as ações em saúde e em educação precisam melhorar em relação às diretrizes do Programa Saúde na Escola (PSE).

Ao analisar o estado do Espírito Santo, nota-se um fortalecimento das ações para prevenção da gravidez na adolescência a partir de 2007, através do projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)”, que teve por objetivo utilizar o espaço físico e os profissionais da rede pública de educação para conscientizar os estudantes sobre saúde sexual e reprodutiva, gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis (DST), AIDS e o uso abusivo de drogas. Uma das ações do projeto foi levar alunos de uma determinada comunidade a transformar as salas de aula no “Labirinto da Prevenção”, onde foram tratados os temas ligados à vulnerabilidade, autoestima e preservativos como auxílio à prevenção (ESPÍRITO SANTO, 2007).

Ainda em 2007, ocorreu a VII Conferência Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, cujo tema foi “Concretizar Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes: Investimentos Obrigatórios”, realizada para comemorar o Dia Mundial de Prevenção à Gravidez na Adolescência, que é celebrado no dia 26 de setembro (ESPÍRITO SANTO, 2007).

Para reforçar as ações de prevenção da gravidez na adolescência foi criado em 2007 o Projeto “Na Real, gravidez na adolescência não é legal” com intuito de ensinar aos adolescentes da rede pública estadual os princípios de educação sexual sadia, objetivando a redução da ocorrência de gravidez nessa população (ESPÍRITO SANTO, 2007).

No ano de 2013 foi implantado nas escolas da rede estadual do Espírito Santo o Programa Saúde na Escola, buscando melhor interação dos alunos com as unidades de saúde, sendo mais uma importante ferramenta na promoção da saúde dos estudantes (ESPÍRITO SANTO, 2013).

Pensando nesse público, a Associação Evangélica Beneficente Espírito Santense (Aebes), organização social que administra o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves (HEJSN), junto a Secretaria de Saúde, promoveu o Jayme Itinerante, evento que ocorre desde 2010. Tendo como objetivo conversar com crianças e adolescentes em idade escolar sobre gravidez na adolescência (ESPÍRITO SANTO, 2014a).

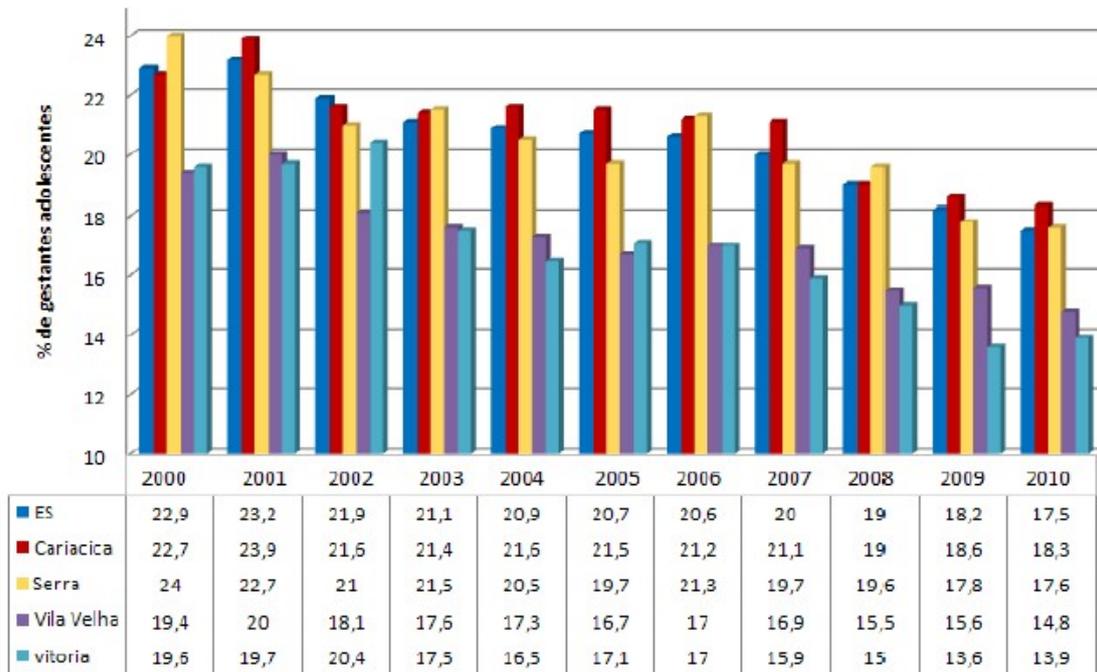
Em 2014 ocorreu o “Seminário Estadual sobre Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência” envolvendo as secretarias de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEADH), Educação (SEDU), Saúde (SESA) e de Ações Estratégicas (SEAE), que discutiu como os gestores estaduais e municipais a necessidade de implementar as ações para diminuição do índice de gravidez na adolescência e do abandono escolar (ESPÍRITO SANTO, 2014b).

A Secretaria de Saúde no ano de 2014, visando atender essa população, buscou capacitar as unidades básicas de saúde para atuarem como espaço de informação e orientação aos adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva, através de oficinas com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde para ações que ajudem a reduzir os índices de gravidez na adolescência, da mortalidade materno-infantil, além dos riscos das doenças sexualmente transmissíveis (ESPÍRITO SANTO, 2015).

No ano de 2016 a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) repassou aos municípios capixabas um total de 1,3 milhão de preservativos entre 15 de dezembro 2015 e 20 de janeiro 2016. Grande parte desse material, que representa o dobro do que é repassado mensalmente para os municípios, foi distribuído para a população durante os festejos pré-carnaval e ao longo do período carnavalesco (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Todas essas ações levaram a diminuição da taxa de gravidez na adolescência, como pode ser observado no gráfico elaborado por Anastásio (2013), onde podemos analisar e perceber que no ano de 2010 todos os municípios da Grande Vitória tiveram suas taxas reduzidas (Figura 2).

Figura 2 - Percentual de gestantes adolescentes em relação ao total de gestantes no Estado do Espírito Santo e municípios entre 2000 e 2010.



Fonte: Anastásio, 2013.

Por fim, o Ministério da Saúde (2010b) destaca a importância de incentivar a participação ativa do adolescente nas questões que afetam o seu bem-estar, por meio de estratégias capazes de contextualizar a sua atuação na comunidade e de envolver seus familiares e pares. Tal participação deve ser efetivada no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, reforçando o princípio de que ouvir o adolescente e jovem é primordial para o aperfeiçoamento do atendimento a este grupo.

4 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: COMPARANDO O PERFIL E A OCORRÊNCIA DE MORBIDADES EM GESTANTES ADULTAS E ADOLESCENTES DE UMA MATERNIDADE DE VITÓRIA

A seguir serão apresentadas as mudanças que ocorrem em uma gestação e qual a sua repercussão no corpo da mulher e as possíveis complicações que podem ocorrer nesse período. Além dos aspectos físicos, veremos também como as questões psicossociais podem interferir na vida das mulheres e principalmente na vida das adolescentes. Ainda neste capítulo realizou-se uma análise descritiva do perfil das gestantes estudadas e dos seus recém-nascidos.

4.1 O IMPACTO DA GRAVIDEZ NO CORPO DA MULHER E IMPLICAÇÕES BIOPSISSOCIAIS EM GESTANTES ADOLESCENTES

A gravidez é uma etapa da vida em que os sistemas do corpo humano sofrem intensas alterações, tais como: musculoesqueléticas, hormonais, cardiovasculares, respiratórias, tegumentares, nervosas, gastrointestinais e urogenitais. E o organismo se adapta às modificações gerais e locais que ocorrem ao longo de sua evolução (SANT'ANNA et al. 2006).

Carrara e Duarte (1996) conceituam as modificações e adaptações decorrentes da gravidez como dois processos dinâmicos, que estabelecem entre si uma relação de dependência. O aumento abdominal, por exemplo, que é causado pela presença do feto, da placenta e do líquido amniótico, tem por objetivo a perfeita acomodação dessas novas estruturas e fluídos, caracterizando uma adaptação. Por sua vez, o aparecimento da linha “nigrans” e das estrias, são modificações decorrentes da gestação.

Tais modificações e adaptações são percebidas em cada sistema do organismo da gestante. No sistema musculoesquelético, por exemplo, destacam-se o aumento do peso corporal, a frouxidão ligamentar e as alterações posturais comuns nas grávidas, tais como hiperlordose da coluna lombar e hipercifose torácica. Em decorrência dessas alterações, é comum também o comprometimento do equilíbrio estático e dinâmico (MOREIRA, et al. 2011).

Abaixar-se, subir escadas, levantar e alcançar objetos se tornam atividades mais difíceis para a gestante, que precisa também alargar a base de suporte para caminhar. O alargamento do útero e das mamas desvia o centro de gravidade para cima e para frente, demandando compensações posturais para equilíbrio e estabilidade (BIM, PEREGO, 2002).

Quanto ao sistema cardiovascular, há um declínio na pressão arterial durante a gestação, além de distúrbios do ritmo cardíaco. Ocorre também a chamada “anemia fisiológica”, provocada pelo aumento do volume plasmático devido à estimulação hormonal. O coração é elevado devido ao movimento do diafragma e o tamanho do órgão aumenta. Quando se fica em pé, ocorre ainda um aumento da pressão venosa nos membros inferiores, ocasionado pelo aumento na distensibilidade venosa e no tamanho do útero (BIM, PEREGO, 2002).

A capacidade pulmonar total permanece inalterada ou é levemente diminuída, embora haja outras alterações importantes no sistema, como a ocorrência de edemas, além de congestão tissular e hipersecreção, devido a alterações hormonais. Quanto à respiração, ocorre um aumento na profundidade, sem interferir na frequência. Há também um aumento de 15 a 20% no consumo de oxigênio, provocando hiperventilação (BIM, PEREGO, 2002).

Neste contexto de significativas modificações e adaptações no organismo, Carrara e Duarte (1996) analisam a gestação como uma prova de aptidão física para o organismo feminino, visto que a maioria de seus sistemas e aparelhos apresenta incremento de suas atividades.

Além de todas as alterações vividas durante a gestação, ela ainda pode acarretar algumas complicações maternas e neonatais e algumas características individuais e condições sociodemográficas da gestante são consideradas fatores de risco para a ocorrência de complicações durante a gestação, como por exemplo: Idade menor que 17 e maior que 35 anos, situação conjugal insegura, baixa escolaridade, altura menor que 1,45 m, peso menor que 45 kg e maior que 75 kg, dependência de drogas lícitas ou ilícitas, condições ambientais e habitacionais desfavoráveis, como falta de saneamento básico e a ocupação (esforço físico, carga horária, rotatividade

de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, nocivos, estresse) (BRASIL, 2010a).

O estado gravídico pode provocar, também, hiperinsulinemia, o que caracteriza o aumento progressivo da necessidade e da resistência à insulina. As mulheres que tem a deficiência parcial ou completa da função das ilhotas de Langerhans apresentam intolerância aos carboidratos de qualquer gravidade, quando diagnosticada durante a gravidez é denominada Diabetes Mellitus Gestacional (COSTA et al.,2015).

O diabetes pré-gestacional inquestionavelmente tem uma repercussão importante sobre o desfecho da gravidez. O embrião, o feto e a mãe podem apresentar complicações sérias diretamente ligadas à doença, por exemplo, as mulheres com diabetes gestacional tem alto risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia (LEVENO et al., 2014).

A Doença Hipertensiva é a complicação clínica mais comum, ocorrendo em 10 a 22% das gestações. Nessa patologia a apresentação clínica é variável, podendo manifestar-se com leves aumentos na pressão arterial, outras vezes como doença suficientemente grave para envolver vários órgãos ou sistemas. Sendo responsável de modo substancial pelo aumento da morbimortalidade em gestantes (TEIXEIRA, VASCONCELOS, RIBEIRO, 2015; ALVES et al. 2014).

Outra complicação que podemos encontrar durante o período gestacional é o descolamento prematuro de placenta, caracterizado como um afastamento prematuro da placenta antes do parto. Além disso, é uma das principais causas de morbimortalidade materna, as consequências dessa complicação incluem hemorragia, necessidade de transfusão, realização de histerectomias de emergência, coagulação intravascular disseminada (CIVD) e falência renal (TIKKANEN, 2011).

Uma das formas mais comum de infecção do trato urinário (ITU) é infecção bacteriana. As complicações maternas associadas à ITU na gravidez podem ser citadas como “bacteremia, choque séptico, anemia, complicações locais como obstrução renal e abscesso renal ou perineal e até insuficiência renal” (FERNANDES et al., 2015, p. 55-56). Quanto as complicações perinatais decorrente a infecção,

merecem destaque a ruptura prematura de membranas amnióticas, restrição de crescimento intra-útero, trabalho de parto prematuro, baixo peso do recém-nascido ao nascimento, paralisia cerebral, óbito perinatal e mortalidade fetal (FERNANDES et al., 2015).

O aborto, outra complicação que podemos encontrar, é definido como a interrupção da gravidez, antes das 20 semanas, de maneira espontânea ou não. A frequência de abortamento clinicamente identificado aumenta de 12% para 26% em mulheres acima de 40 anos. Já na gravidez na adolescência o aborto espontâneo está apontado como um dos maiores riscos (LEVENO et al., 2014; NUNES, 2013).

Podemos destacar também como morbidades maternas no pré-natal:

a) A desproporção cefalopélvica (DCP) representa uma das mais frequentes indicações de cesariana. Ela ocorre quando há uma desarmonia entre o tamanho da cabeça fetal e o canal de parto. A desproporção pode levar ao trabalho de parto bloqueado, ocasionando prejuízos maternos, como isquemia de tecidos da pelve e rotura uterina, e fetal, como hipóxia (HADDAD, CECECATTI, 2011).

b) O crescimento intrauterino restrito (CIUR) é definido com a disfunção no crescimento que não permite ao feto atingir, em massa corporal, seu alvo genético. Podendo ser de etiologia variada: desordens genéticas, infecções e insuficiência placentária. As alterações no crescimento do concepto vão variar de acordo com a fase em que ocorre o agravo fetal, permitindo que ele seja classificado em três grupos distintos que guardam associação com os fatores etiológicos e com a intensidade da lesão fetal provocada: simétrico, assimétrico e misto (SÁ et al.; 2009).

c) A rotura prematura de membranas ovulares (RPM) ou amniorrexe prematura ou rotura da bolsa de águas é o quadro determinado pela rotura espontânea das mesmas antes do começo do trabalho de parto. Quando ocorre antes do termo, ou seja, antes de 37 semanas, denomina-se rotura prematura de membranas pré-termo (RPMPT) e no termo denomina-se rotura prematura de membranas no termo (RPMT). Constitui causa importante de partos pré-termo, o que contribui para aumento da mortalidade perinatal (BRASIL, 2012).

Observa-se, portanto, que os aspectos biológicos por si só já constituem a gravidez como um acontecimento marcante e especial na vida da mulher. As alterações fisiológicas durante a gestação, sejam elas sutis ou marcantes, estão entre as mais acentuadas que o organismo pode sofrer, gerando medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade em relação às transformações ocorridas no corpo (COSTA et. al, 2010).

É neste contexto que surge a necessidade de estender a análise aos aspectos psicossociais da gestação. Desde o do descobrimento da gravidez existe uma insegurança, necessidade de amparo para dúvidas e ansiedades, ambivalência (querer e não querer), alteração do desejo e do desempenho sexual e ajustamento conjugal (SARMENTO, SETÚBAL, 2003; HERNANDEZ, 2008).

A experiência da gestação leva a uma exacerbação da sensibilidade da mulher, tornando-a vulnerável a vários distúrbios emocionais. O estado gestacional pode tanto desencadear uma crise emocional para as gestantes como inaugurar um potencial de adaptação e resolução de conflitos até então desconhecido (PICCININI, et. al, 2008).

Estudos indicam que os distúrbios de humor estão entre os problemas relacionados à gravidez, incluindo desde quadros transitórios inofensivos até situações críticas capazes de causar prejuízos irreversíveis à gestante, ao feto e à família (FALCONE et. al, 2005).

Maldonado (1997) acrescenta que os períodos pré e pós-natal são as fases nas quais é registrada a maior incidência de transtornos psíquicos na mulher e a intensidade desses transtornos dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante. Os transtornos mais frequentes são os transtornos somatoformes, que é caracterizado pela ansiedade e a depressão, que apresenta como sintomas: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Nos fatores agravantes para o transtorno mental podemos encontrar as seguintes situações: não trabalhar nem estudar, não ter companheiro, ter dois ou mais filhos, sofrer internações durante a gestação e usar drogas (KASSADA et al., 2015)

A literatura destaca ainda que prejuízos na saúde mental da gestante podem inclusive interferir na relação mãe-feto e futuramente provocar distúrbios afetivos na idade adulta (FALCONE et. al, 2005).

A todas estas alterações fisiológicas e psicológicas observadas no período gravídico-puerperal, somam-se também importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis que esta exerce, como por exemplo, reajuste em seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica e suas atividades profissionais (MALDONADO, 1997).

Vê-se, portanto, que o período gestacional em qualquer época da vida é uma situação que gera alterações marcantes no corpo, na mente e no papel social da mulher. Sendo assim, quando esse fenômeno ocorre na adolescência, as alterações assumem um risco ainda maior, pois é um período da vida em que há uma superposição de crises vitais (FONSECA, ARAUJO, 2004).

É na adolescência que ocorre a maturação sexual, o acirramento dos conflitos familiares e a formação e cristalização de atitudes, valores e comportamentos que determinarão sua vida e na qual se inicia a cobrança de maiores responsabilidades e definição do campo profissional (VIEIRA et al., 2008).

Nos estudos sobre as intercorrências da adolescência, especialmente a gestação, o adolescente é considerado um indivíduo vulnerável, por ser parte de um grupo social que se encontra em fase de importantes transformações biológicas e mentais articuladas a um redimensionamento de identidades e de papéis sociais (PARIZ, MENGARDA, FRIZZO, 2012).

Diante dessa situação de vulnerabilidade, a gravidez na adolescência é considerada de alto risco pela complexidade de fatores que permeiam esse período da vida, como por exemplo, a realidade socioeconômica, violência, risco/uso de drogas, cuidado com a saúde, tornando-se um problema de saúde pública devido às consequências que impõe à sociedade como um todo (RIOS et al. 2007; REIS et. al.; 2013).

Ainda assim, a cada ano cerca de 15 milhões de adolescentes no mundo experimentam a maternidade. Em países em desenvolvimento, estudos revelam

que, das gestações e nascimentos ocorridos em mulheres com idade menor que 20 anos, entre 20% e 60% não são planejados (BARROSO, et al., 2007).

No Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) demonstra que os índices internações para atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos cresceram nos últimos anos. As internações por gravidez, parto e puerpério correspondem a 37% das internações no SUS entre mulheres de 10 a 19 anos (BRASIL, 2006b).

Em 2011 tivemos 2.913.160 nascimentos; destes, 533.103 eram de adolescentes entre 15 e 19 anos, e 27.785 de 10 a 14 anos, representando 18% e 0,9%, respectivamente, de adolescentes grávidas (BRASIL, 2013).

Apesar do evento, gravidez na adolescência, alcançar e crescer em todas as classes sociais, ainda há uma forte relação entre pobreza, baixa escolaridade e a baixa idade para gravidez (CERQUEIRA-SANTOS et al, 2010).

Certamente, nas camadas mais populares há uma valorização cultural da gravidez, pois esta pode garantir prestígio social, posto que também funciona como uma estratégia de aliança no relacionamento. A criança pode dar sentido para a vida dessas meninas, podendo ser percebida como um objetivo a ser alcançado e não um problema a ser resolvido (DIAS et al. 2011).

Entretanto das muitas dificuldades enfrentadas pelos jovens e por suas famílias, a gestação provoca também o receio, por parte da sociedade e das autoridades de saúde e da educação, quanto às consequências deste fenômeno para as jovens e seus filhos. Tal problemática é, em geral, relacionada a comprometimentos na vida das jovens mães e de seus bebês, principalmente no que se refere ao abandono escolar e a consequente dificuldade de inserção no mercado de trabalho (FONSECA; ARAÚJO, 2004).

Nesse seguimento observa-se que a expectativa da sociedade sobre a vida da mulher frequentemente sugere como padrão normal a sequência estudos-profissão-casamento-maternidade, a Rede Feminista de Saúde (2004) afirma que a experiência da gravidez e a vivência da maternidade na adolescência rompem essa

trajetória, aflorando, assim, como problema social (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004).

Fávero e Mello (1997) constataram que uma das primeiras coisas que muda na vida das garotas que engravidam é a saída da escola, seja por vergonha ou por terem que assumir um novo papel, o de mulher e mãe. Assim, elas não são estimuladas a estudar e, muitas vezes, não se sentem atraídas para essa função, principalmente nas camadas sociais de baixa renda, onde a expectativa de inclusão social através do estudo é, pelo menos, ambígua.

Dados apontam que o abandono escolar é mais frequente entre as meninas que engravidaram em comparação às que não engravidaram. Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizado em 2009 diz que o percentual do abandono escolar foi de 6,1% entre meninas de 10-17 anos sem filhos. Já para meninas na mesma faixa etária com filhos, esse percentual saltou para 75,6% (BRASIL, 2013).

De acordo com Rios et al. (2007):

[...] As mães adolescentes, ao se compararem às mães adultas, interagem quantitativamente menos com seus filhos, são menos sensíveis às necessidades do bebê, oferecem poucas oportunidades de estimulação, verbalizam menos durante as interações com a criança, tendem a olhar e a variar as expressões faciais com menor frequência, respondem menos contingentemente ao comportamento de seus filhos, mantêm laços afetivos mais tênues, são quase sempre mais inexatas em suas estimativas acerca das idades em que um bebê típico atinge os estágios comuns de desenvolvimento, enfrentam maior estresse, são menos sensíveis, menos pacientes, menos comunicativas e frequentemente não interpretam bem as necessidades de seus filhos. (RIOS, 2007, p. 8-9)

Com relação às consequências para a saúde da adolescente, a gravidez representa uma das principais causas de morte de mulheres entre 15 a 19 anos, sejam por complicações na própria gravidez, no parto ou pela prática clandestina de aborto (SOUZA, 2001). Em 2011, 15% de todas as mortes maternas foram das adolescentes abaixo dos 19 anos (BRASIL, 2013).

Do ponto de vista biológico, dentre as consequências da gravidez para a adolescente, citam-se maiores incidências de síndrome hipertensiva da gravidez (SHG), anemia, diabetes gestacional, complicações no parto, determinando aumento da mortalidade materna e infantil. É importante notar que alguns estudos têm

demonstrado aumento na incidência de intercorrências pré-natais, intraparto e pós-parto entre gestantes adolescentes (AZEVEDO et al. 2015).

Anastácio (2013), ao pesquisar complicações maternas em 144 gestantes adolescentes, observou que 64,6% dessa amostra desenvolveram algum tipo de complicação, sendo que 90,5% das implicações ocorreram no período de pré-natal e 9,5 % no período puerperal. A complicação mais recorrente foi a infecção do trato urinário verificada em cerca de 28% dos casos.

Como a vida das adolescentes é ligada a várias carências, observa-se que seus recém-nascidos apresentam maior frequência de baixo peso ao nascer (por prematuridade), bem como atraso no desenvolvimento, maior proporção de problemas psicológicos, deficiência de crescimento e maior morbidade e mortalidade infantil, ao serem comparados aos filhos de mulheres adultas (ROMERO et al., 1984; BELITZKY et al., 1986; VALENZUELA et al., 1987; ESPERIDIÃO et al., 1992; VIEIRA et al., 2007).

No tocante aos problemas com o recém-nascido, a gravidez na adolescência está associada a taxas mais elevadas de parto pré-termo, doenças respiratórias e toracotraumatismo, além de maior frequência de complicações neonatais e mortalidade infantil (MENEGATTI, OLIVEIRA, GAMA, 2014).

Em estudo realizado no Estados Unidos onde avaliaram o fator sócio econômico, foi observado que as adolescentes que viviam em comunidades pobres 68% apresentaram complicação na gravidez e parto, enquanto as que viviam em melhores condições apresentaram apenas 37% de intercorrências (VITAL AND HEALTH STATISTICS, 2000)

Markovitz (2005) associou a idade materna precoce com os fatores socioeconômicos, como, da escolaridade materna, ocupação do pai, renda, tipo de habitação e concluiu que houve um aumento da mortalidade neonatal, mas não no índice de mortalidade pós-neonatal.

Entre outros elementos que influenciariam na mortalidade neonatal atuando com situações geradoras de estresse, podendo afetar as condições da gestação, temos:

ausência de companheiro, presença de violência doméstica, hábito de fumar e consumo de drogas (SCHOEPS et al.; 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), a gravidez na adolescência representa um dos principais riscos de mortalidade de mãe e de criança. Assim a redução no índice de gravidez em adolescentes deve ser prioridade nos países que desejam atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio. As meninas grávidas precisam de atendimento físico e psicológico especial durante os nove meses de gestação, para preservar sua própria saúde e a de seus bebês (DOMINGOS, 2010).

Diante de todo esse cenário, a gravidez na adolescência acontece por desejo ou subversão? Talvez não se trate nem de subversão nem de desejo. Todavia, a resposta das adolescentes refere-se vigorosamente ao desejo de ter um filho (a), acreditando na valorização social diante da aquisição do status de mãe. Mas ao analisarmos a história as mulheres tinham seus filhos cedo, a faixa etária entre 12 e 18 anos não tinha o caráter de passagem da infância para a vida adulta, mas sim aptas para casar-se e ter filhos. Com o passar dos anos a sociedade atribuiu à faixa dos 12 aos 20 anos a atividade escolar e a preparação profissional, em um contexto de dependência econômico-familiar (CAVASIN, ARRUDA; 1999).

O que era culturalmente considerado normal no passado passou a ser um problema de saúde pública na medida em que os valores e condições mudaram. Os adolescentes estavam prontos para serem mãe/pai, tinham a família como principal objetivo. E o que diferencia dos dias de hoje é que o crescimento profissional e econômico passou a ser prioridade o que conseqüentemente retarda a vida reprodutiva da atual população, visto que um dos princípios atual é estabilidade financeira e depois filhos.

Diante disso as formas e a importância que o adolescente será inserido na sociedade ao longo do tempo acontecerão de várias maneiras, uma vez que a sociedade muda de uma para outra, muda de cultura para cultura e tudo acontece de acordo com o contexto econômico de cada época (CAVASIN, ARRUDA; 1999).

4.2 PERFIL DE GESTANTES QUE REALIZARAM PARTO NA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA

O Hospital em estudo se localiza no município de Vitória e foi fundado no século XVI, por Vasco Fernandes Coutinho, no ano de 1545. Com o nome de Irmandade da Misericórdia do Espírito Santo, o mesmo foi a segunda instituição deste tipo instalada no Brasil (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, 2013).

A princípio a instituição foi instalada em Vila Velha, junto à Igreja Nossa Senhora do Rosário, a sua vinda para o município de Vitória ocorreu em 1605 com a instalação do Hospital da Caridade de Nossa Senhora da Misericórdia localizado no Largo Pedro Palácios. O atual terreno onde está localizada a Santa Casa de Misericórdia de Vitória foi doado à Irmandade em 1881 e o prédio atual do hospital foi inaugurado em 1912 (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, 2013).

“Observa-se que, os atendidos da Santa Casa, de fato podem ser intitulados de excluídos sociais, visto que em inúmeros documentos, como relatórios apresentados à Assembleia Provincial ou ofícios encaminhados ao presidente da Província, os administradores do estabelecimento reafirmam sua preocupação em atender aos pobres e necessitados de socorros médicos, mas sem recursos para pagá-los, entre eles índios, brancos pobres, meretrizes, anciãos, loucos e outros condenados ao ostracismo social ou mesmo a morrer pelas ruas sem o devido cuidado necessário.” (PIVA, SIQUEIRA, 2005, p. 3).

Atualmente o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) é um hospital geral, de caráter filantrópico, que agrega atividades de ensino, pesquisa e assistência (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, 2013).

O HSCMV presta atendimento ambulatorial na maternidade e internação/UTIN a gestante ou com suspeita de gravidez, oferecendo à população atendimento durante 24 horas e todos os dias da semana. A instituição dispõe de uma estrutura física adequada e de recursos materiais.

Segundo os dados fornecidos pela Santa Casa o hospital dispõe para atendimento da maternidade: 17 (dezesete) leitos do SUS; 04 (quatro) leitos particulares; 07 (sete) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Infantil; 06 (seis) leitos semi-intensivo; 07 (sete) salas de centro cirúrgico disponibilizado para todo o hospital; 02 (duas) salas de parto; 01 (uma) sala de vacina disponibilizada para todo o hospital.

O corpo clínico do serviço de ginecologia e obstetrícia é constituído por: 01 (um) médico e 02 (dois) residentes no período de 24 horas, 01 (um) assistente social, 01 (um) enfermeira, 10 (dez) técnicos de enfermagem, farmacêutico disponibilizado para todo o hospital. O mesmo ainda conta com o programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia onde o corpo clínico é acrescido com professores acadêmicos, oferecendo assim um melhor atendimento às pacientes e para o serviço visto que a realização de pesquisas levam a um grande crescimento.

O Hospital ainda disponibiliza serviço de urgência e emergência em obstetrícia e ginecologia. Nos anos de 2011 a 2013 foram realizados 41.426 atendimentos no setor de obstetrícia e ginecologia, sendo o setor que mais realizou atendimento.

No período da pesquisa verificou-se 1265 grávidas que realizaram o parto no referido hospital; destas, 258 eram adolescentes, caracterizando uma prevalência de 20,4% de adolescentes grávidas neste período. O grupo controle foi determinado realizando o cálculo de amostra com confiança de 95%, margem de erro de no máximo 5%, definindo assim que o número de prontuários de grávidas adultas a ser coletado seria 258. No entanto 116 prontuários foram excluídos devido ao acesso impossibilitado aos mesmos (48 prontuários gestantes adultas e 56 prontuários gestantes adolescentes) e a existência de transferência da mãe e/ou do recém-nascido para outro serviço durante o período de internação (8 prontuários gestantes adultas e 4 prontuários gestantes adolescentes).

Dos 400 prontuários inclusos na pesquisa 202 (50,5%) gestantes eram adultas e 198 (49,5%) adolescentes.

A seguir serão apresentados os resultados quanto às variáveis materno da presente pesquisa:

A tabela 1 apresenta a média de idade de 27,5 e 17,4 para mulheres adultas e adolescentes, respectivamente. O estudo Silva et al. (2013) corrobora com a presente pesquisa, os mesmos realizaram um estudo de caso-controle no período de fevereiro a agosto de 2011 em Recife-PE, cujo o objetivo foi identificar fatores associados à recorrência de gravidez em adolescentes, participaram da pesquisa 90 adolescentes com mais de uma gravidez (caso) e 90 adultas, mulheres que tiveram uma gestação na adolescência, mas que não recorreram (controle). A média de

idade encontrada no grupo no grupo controle foi de 28,1 no grupo de casos foi de 17,9.

Tabela 1 - Distribuição das Gestantes quanto a média de idade

Variável	Amostra Total		Adultas		Adolescentes	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade	22,5	6,54	27,5	5,64	17,4	1,44
	Mediana	Min-Max	Mediana	Min-Max	Mediana	Min-Max
	20	13 – 43	27	20 - 43	18	13 – 19

Fonte: Elaborado pelo autor

Destaca-se nessa amostra estudada que entre as mulheres adultas a porcentagem de gestante com idade igual ou superior a 35 anos (gravidez tardia) é de 13,9% e a gravidez precoce (10-14 anos) na adolescência foi observada em 1,8%.

Em relação ao local de moradia (Tabela 2), o município predominante nos dois grupos estudados, adultas e adolescentes, foi Cariacica, com um total de 44,8% (40,6% e 49% respectivamente).

Tabela 2 – Distribuição das Gestantes quanto ao local de moradia

Variável	Amostra Total n= 400		Adultas n= 202		Adolescentes n= 198		P
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Vitória	95	(23,8)	52	(25,7)	43	(21,7)	0.828
Cariacica	179	(44,8)	82	(40,6)	97	(49)	
Serra	26	(6,5)	15	(7,4)	11	(5,6)	
Viana	37	(9,3)	21	(10,4)	16	(8,0)	
Vila Velha	61	(15,3)	31	(15,3)	30	(15,1)	
Guarapari	2	(0,5)	1	(0,5)	1	(0,5)	

Fonte: Elaborado pelo autor

Ao analisar outros dois bancos de dados de pesquisas realizadas no mesmo nosocômio, com acompanhamento de gestante no período de 2007-2008 e 2009-2011, dos quais tenho acesso, foi possível observar que a maioria da população estudada também era proveniente do município de Cariacica, 52,2% e 48,1% respectivamente. Os prováveis motivos desse número elevado de gestantes de outro município são a proximidade das duas cidades (Vitória - Cariacica) e o fácil acesso ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória por meio do transporte público intermunicipal.

Destaca-se também que esse hospital é de referência em atendimento de gravidez de alto risco.

Na tabela 3 observamos que 82,5% das gestantes se auto declararam pardas. Corroborando com o resultado desse estudo, Almeida et al. (2014) ao realizarem um estudo epidemiológico transversal na região nordeste do Brasil, no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, cujo objetivo foi analisar as condições de assistência à gestação, ao parto e seus principais desfechos. Também encontraram que a maioria dessa população declarou-se parda (73,4%).

Tabela 3 - Distribuição das Gestantes quanto à raça

Variável		Amostra Total n= 400		Adultas n= 202		Adolescentes n= 198		p
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Raça	Branca	49	(12,3)	23	(11,4)	26	(13,1)	0.733
	Parda	330	(82,5)	167	(82,7)	163	(82,3)	
	Negra	21	(5,3)	12	(5,9)	9	(4,5)	

Fonte: Elaborado pelo autor

Terci (2008) ao realizar um levantamento bibliográfico observou uma correlação existente entre a ocorrência da gravidez na adolescência a raça negra e parda (a maioria encontrada) e com a menor renda familiar per capita, corroborando com a realidade do país onde a maior população abaixo da linha da pobreza é parda ou negra. Diante disso podemos notar semelhança com a população deste estudo, uma vez que a maioria das usuárias do sistema em questão declarou-se parda e fez uso do SUS, o que reconhecemos que ainda a maioria da população que o utiliza pertence à família com renda per capita baixa.

Entretanto Dias et al. (2011) também relata que a gravidez na adolescência nas camadas populares possui uma tradicional e forte conexão com os papel da mulher na família, bem como a representação da maternidade nesse contexto.

Da população estudada 78,3% das mulheres são solteiras, sendo essa condição encontrada com maior frequência entre as adolescentes 89,9% ($p= 0,000$) (Tabela 4).

Tabela 4- Distribuição das Gestantes quanto ao estado civil

Variável	Amostra Total n= 400		Adultas n= 202		Adolescentes n= 198		p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Estado Civil							0,000
	313	(78,3)	135	(66,8)	178	(89,9)	
	73	(18,3)	58	(28,7)	15	(7,6)	
	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	
	11	(2,8)	8	(3,96)	3	(1,5)	
	3	(0,8)	1	(0,5)	2	(1,0)	

Fonte: Elaborado pelo autor

Santos et al. (2014) em sua pesquisa analisou o banco de dados do DATASUS, o SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) de Feira de Santana, no período entre 2006 e 2012, onde encontrou um registro de 19.869 nascidos vivos de mães adolescentes, representando 19,5% do total de nascimentos; e sua maioria era solteira (90,1%).

A gestação em mães solteiras gera o sentimento de solidão e medo, bem como o sentimento de vergonha e de segredo, fazendo com que muitas delas relatem uma gravidez não desejada e como um episódio trágico em suas vidas. Diante disso, pode ocorrer uma possível decepção ou ressentimento em relação ao antigo companheiro, sobrecarga nas tarefas de cuidado, maior vulnerabilidade para ocorrer dificuldades financeiras e de inserir-se no mercado de trabalho (GOMES et al, 2015).

Neste contexto ainda, a adolescente ser mãe solteira ainda é visto pela sociedade como alguém que é vítima do seu comportamento sexual, da sua ingenuidade (BRÁS, PERREIRA; 2011)

Em sua maioria a gestação na adolescência é inicialmente vista como um acontecimento problemático, gerador de frustrações e insegurança para muitas jovens, suas famílias e seus companheiros. De forma que, quando não há a aceitação da gravidez pelos indivíduos que convivem com a jovem, torna-se comum o abandono do parceiro ou à imposição do abortamento sob condições muitas vezes precárias (MARANHÃO, GOMES, SILVA; 2014).

A ausência do companheiro na vivência da gravidez é percebida como fator prejudicial, podendo causar detrimento no campo físico, psíquico e social,

principalmente entre adolescentes, por não encontrar o apoio necessário durante esta fase, o que poderia levar a situações de risco entre mãe/filho (GRADIM, FERREIRA, MORAES; 2010).

Acredita-se também no fato de que a condição solteira ter sido evidenciada nos dois grupos na presente pesquisa se dá pelo fato de uma convenção do status do estado civil. Essa afirmação se justifica tendo em vista que durante a coleta de dados verificou-se que muitas das gestantes vinham acompanhadas do parceiro mesmo relatando o estado de solteira. O que era esperado nas gestantes adolescentes, pois devido a mudanças culturais as adolescentes em sua maioria não são obrigadas a casar com o pai do seu filho como era no passado. O que surpreendeu foi o fato do grupo controle também ter uma taxa elevada, mostrando que cresce o número de mães solteiras.

Quanto à frequência na escola nota-se um número elevado de mulheres que não frequentam a escola ($p= 0,000$) tanto entre as adolescentes (66,8%), quanto nas adultas (95,4%). Com relação às mães adultas esse resultado era esperado uma vez que as mesmas já ultrapassaram o período escolar, momento onde se dedicam a sua profissão ou ao cuidado do lar (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das Gestantes quanto à frequência na escola e profissão/ocupação

Variáveis		Amostra Total n= 400		Adultas n= 202		Adolescentes n= 198		p
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Frequenta Escola	Não	325	(81,3)	193	(95,5)	132	(66,7)	0,000
	Sim	61	(15,3)	3	(1,5)	58	(29,3)	
	Sem informação	14	(3,5)	6	(2,97)	8	(4,0)	
Profissão/Ocupação	Do Lar	192	(48,0)	90	(44,5)	102	(51,5)	0,000
	Estudante	61	(15,3)	4	(1,98)	57	(28,8)	
	Vendedora	17	(4,3)	11	(5,4)	6	(3,0)	
	Autônoma	13	(3,3)	9	(4,5)	4	(2,0)	
	Outros	100	(25)	79	(39,1)	21	(10,6)	
	Sem informação	17	(4,3)	9	(4,5)	8	(4,0)	

Fonte: Elaborado pelo autor

Outras pesquisas têm apontado frequências de 48% a 60,9% no que se tange a respeito do abandono escolar na adolescência (ANASTÁCIO, 2013; ALMEIDA, 2014).

As jovens quando se encontram grávidas possuem a tendência de buscar apoio junto aos seus amigos. Todavia, não é sempre que recebe apoio, e muitas vezes podem padecer com o preconceito na escola e nos demais ambientes que costumava frequentar. Ao se tornar mãe, a relação com os amigos pode passar por súbitas mudanças, tendo em vista que passa a existir uma oposição entre as suas prioridades, seu modo de viver em relação a suas amigas (MARANHÃO, GOMES, SILVA; 2014).

O abandono escolar da adolescente por condição de gravidez agrava a situação social desfavorável que elas estão vivendo, pois a escola seria o meio disponível de inserção no mercado de trabalho e favoreceria a elevação social (GRADIM, FERREIRA, MORAES; 2010).

Mônico (2010) em sua pesquisa explica que a dedicação a um recém-nascido leva muitas adolescentes a evadirem da escola. Ainda que existam leis e respaldos legais que garantam o direito à amamentação, há uma ineficiência da escola em relação a esse novo ritmo de vida dessa adolescente. Muitas não se sentem à vontade e motivadas a continuar os estudos. Além disso, o abandono escolar influencia diretamente na qualidade de vida das mães adolescentes que precisam sustentar seus filhos. Sendo assim, sem escolaridade e qualificação profissional, são submetidas a empregos informais com menores salários.

Diante disso podemos verificar ainda na tabela 5 que em ambos os grupos a profissão e/ou ocupação ($p= 0,000$) mais referida foi a “Do lar” (44,5% adultas e 51,5% adolescentes), muitas dessas adolescentes não frequentam a escola e não possuem um emprego fixo.

Esse fato também foi constatado no estudo de Michelazzo et al. (2004), onde verificou que 85% das adolescentes estavam desempregadas, sendo a maioria pertencente à categoria “do lar”. Um dos fatores determinantes para a exclusão das adolescentes do mercado de trabalho é a idade, pois essa seria a fase para a capacitação profissional.

No que se refere aos hábitos de vida (uso de álcool, uso de tabaco e outros tipos de drogas) a maior parte das gestantes mostraram-se saudáveis, colaborando para uma gestação adequada. Sabemos que por ser um dado que é questionado a gestantes logo que a mesma chega ao hospital, existe a possibilidade de haver omissão dessa informação.

Tabela 6- Distribuição das Gestantes quanto aos hábitos de vida

Variáveis	Amostra Total n= 400		Adultas n= 202		Adolescentes n= 198		p	
	N	(%)	N	(%)	(%)	N		
Uso de álcool	Sim	17	(4,3)	9	(4,5)	8	(4,0)	0,845
	Não	382	(95,5)	193	(95,5)	189	(95,5)	
	Sem informação	1	(0,3)	0	(0,0)	1	(0,5)	
Uso de tabaco	Sim	23	(5,8)	13	(6,4)	10	(5,0)	0,560
	Não	376	(94)	189	(93,6)	187	(94,4)	
	Sem informação	1	(0,3)	0	(0,0)	1	(0,5)	
Uso de outras drogas	Sim	9	(2,3)	4	(1,98)	5	(2,5)	0,748
	Não	390	(97,5)	198	(98)	192	(96,97)	
	Sem informação	1	(0,3)	0	(0,0)	1	(0,5)	

Fonte: Elaborado pelo autor

Apesar de o número ser pequeno nota-se que 7,8% (31/400) da população total apresenta hábitos não saudáveis. E a associação de drogas mais comum foi o álcool acompanhado do tabaco 4% (16/400). Quando analisado os grupos separadamente observa-se que o grupo das gestantes adultas apresenta maior índice de hábitos não saudáveis 8,4% (17/202) enquanto as adolescentes 7,1% (14/198).

Em pesquisa realizada por Anastásio (2013), onde também estudou os hábitos de vida das gestantes, observaram-se hábitos saudáveis, onde apenas 2,1% se declararam tabagistas, 0,7% e etilistas e 0,7% usuárias de drogas ilícitas, o mesmo também levantou a hipótese de omissão das pacientes ao responderem o questionamento, uma vez que esses hábitos não são adequados na gestação, visto que pode afetar o concepto.

Quanto à realização de pré-natal, a porcentagem maior de não realização do pré-natal está entre as adolescentes (7,1%), e as adultas apresentam um valor aproximado (6,4%). Em relação aos números de consultas efetuadas verifica-se que

22,8% das adultas e 29,8% das adolescentes não realizaram o mínimo de consultas exigida pelo Ministério da Saúde que é ≥ 6 consultas (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das Gestantes quanto à realização de pré-natal e nº de consultas realizadas

Variáveis	Amostra Total n= 400		Adultas n= 202		Adolescentes n= 198		p	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Realização de Pré-natal	Não	27	(5,3)	13	(6,4)	14	(7,1)	0,778
	Completo	258	(65)	138	(68,3)	120	(60,6)	
	Incompleto	105	(26,3)	46	(22,8)	59	(29,8)	
	Sem informação	10	(2,5)	5	(2,5)	5	(2,5)	

Fonte: Elaborado pelo autor

Essa não é uma realidade apenas do serviço em questão, Torati (2011) estudou as gestantes de um hospital no município da Serra - ES e observou que a maioria realizou pré-natal (81,4%), porém com número insuficiente de consultas (66,3%).

Corroborando com esses achados, Anastásio (2013), ao estudar uma maternidade de referência no município de Vitória – ES, verificou que 62,5% das gestantes realizaram pré-natal, no entanto 37,5% não realizaram pré-natal ou o fizeram de forma inadequada (≤ 6 consultas).

Após observar três maternidades da grande Vitória pode-se perceber que a realização do pré-natal de forma incompleta é muito frequente, apontando para uma tendência de um comportamento comum nessa região. Podendo esse comportamento ser prejudicial tanto para mãe como para a criança uma vez que a realização do pré-natal ajuda na prevenção e tratamento de possíveis doenças da gestação.

Neto e Segre (2012) relatam que em um estudo de coorte comparativo, envolvendo 703 gestantes internadas em hospital público da cidade de São Paulo e seus recém-nascidos, o número de consultas pré-natal <6 consultas entre as adultas foi de 36,7% e entre as adolescentes 45,1%.

A gestação em adolescentes encontra-se associada à baixa adesão ao pré-natal, sendo os motivos por vergonha ou até mesmo esconder a gestação da família, o

que pode ocasionar maior prevalência de recém-nascido de baixo peso, parto pré-termo e aumentar a necessidade de suporte psicossocial ocasionado pelo estresse da gravidez nessa fase da vida. E nas situações em que ocorre uma gestação sem planejamento, os fatores de risco para sua recorrência devem ser reconhecidos imediatamente, e os cuidados preventivos para uma nova gestação devem ser trabalhados com a adolescente desde o seu pré-natal. É neste contexto que deve haver uma assistência multidisciplinar a essas adolescentes, principalmente com uma atenção especial no pré-natal. (SILVA et al.; 2013).

Queiroz (2014) observou em sua pesquisa que 51,06% dos bebês nasceram com alguma complicação, constatando que a assistência pré-natal mais precoce gera melhores repercussões para esse período da vida da mulher. O que reafirma relevância das consultas de pré-natal adequada para decrescer as ocorrências clínico-obstétricas, tanto para as mães como para os recém-nascidos.

O Hospital em questão atende em sua maioria pacientes do SUS e a literatura nos mostra que os indicadores de saúde materna são considerados muito vulneráveis às desigualdades sociais, refletindo condições diferenciadas de vida e de acesso a recursos sociais, como a saúde, o que muitas vezes faz com que essa mulher não atinja o número adequado de consultas pré-natais (XAVIÉR et al.; 2013). Segundo Leite et al. (2013) no SUS, a universalidade é garantida pela gratuidade no uso de serviços, evitando-se que barreiras econômicas restrinjam o consumo, mas sabemos que a realidade de muitas regiões do nosso estado Espírito Santo e do Brasil existe essa barreira por precariedade no serviço fornecido.

No estudo de Leite et al. (2013) outra barreira encontrada foi a escolaridade, aquelas que apresentaram ensino fundamental incompleto não realizaram o pré-natal adequadamente. O que nos leva a criar a hipótese que instrução e a educação podem melhorar a adesão do pré-natal.

No que concerne à gestação, o tipo de gravidez foi única para toda a população, adulta e adolescente (100%). O tipo de parto mais realizado foi à cesárea, 67,3% nas adultas e 60,1% nas adolescentes (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das Gestantes quanto ao tipo de gravidez e tipo de parto

Variáveis	Amostra Total n= 400		Adultas n= 202		Adolescentes n= 198		p	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Tipo de Gravidez	Única	400	(100)	202	(100)	198	(100)	-
	Múltipla	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	
Tipo de Parto	Vaginal	125	(31,3)	56	(27,7)	69	(34,8)	0,118
	Cesárea	255	(63,8)	136	(67,3)	119	(60,1)	
	Abortamento	20	(5,0)	10	(4,9)	10	(5,1)	

Fonte: Elaborado pelo autor

VALANDRO et.al (2013) descrevem em seu estudo realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória o perfil das mães de recém-nascidos encaminhados para UTIN, onde encontram que 86% das gestantes apresentaram uma gravidez única. Quanto ao tipo de parto a mesma pesquisa mostra que o índice de cesárea também foi maior 66,6%.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a taxa de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no princípio de que os partos que apresentam indicação real de cesariana são de apenas 15% do total de partos realizados, ou seja, existe uma situação verídica onde é fundamental para preservação da saúde da mãe e do bebê que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996).

Os índices elevados de cesariana não é só uma realidade do hospital estudado, esses achados são comum em todo o Brasil, visto que encontra-se no país uma cultura cesarista, cultura da dor, “não quero sentir dor” e onde não procuram programar-se para tudo até mesmo para o momento do parto, o que deveria acontecer de forma natural torna-se mecânico e não saudável.

O procedimento da cesárea envolve risco de morte materna dez vezes maior ao ser relacionado ao parto normal, alguns riscos são: hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas e morte. Ao observar as consequências da cesariana para os recém-nascidos, podemos encontrar: problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anoxia,

mortalidade neonatal, além de aumentar o risco de internação em Unidade de Terapia Intensiva (ANJOS, WESTPHAL, GOLDMAN; 2014).

Santos et. al (2014) constatou em seu estudo uma interação estatística entre realização de pré-natal e a cesariana, assim sendo, as mulheres que realizaram pré-natal inadequado (< 6 consultas) realizaram em maior número a cesárea.

Considerando que a não realização de pré-natal adequado pode ter como consequência maior quantidade de complicações, podemos assim justificar o número elevado de cesarianas no presente hospital. É importante ressaltar mais uma vez que o hospital em questão é referência em atendimento de alto risco.

4.3 PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA

Em relação às variáveis neonatais nota-se que os recém-nascidos das mães adultas foram na sua maioria do sexo masculino (49,5%) e os das adolescentes do sexo feminino (51,5%).

A apresentação cefálica foi a mais encontrada nos dois grupos, com incidência de 92,1% no grupo controle e 91,9% no caso, o que ocorreu dentro da normalidade (Tabela 9).

As variáveis mostraram-se parecidas, mas não houve associação significativa.

Tabela 9 - Distribuição dos recém-nascidos quanto ao sexo e apresentação fetal

Variáveis	Amostra Total n= 400		Adultas n= 202		Adolescentes n= 198		p	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Sexo	Masculino	186	(46,5)	100	(49,5)	86	(43,4)	0,182
	Feminino	192	(48,0)	90	(44,6)	102	(51,5)	
	Sem informação	22	(5,5)	12	(5,9)	10	(5,1)	
Apresentação	Cefálica	368	(92,0)	186	(92,1)	182	(91,9)	0,746
	Pélvica	11	(2,8)	5	(2,5)	6	(3,0)	
	Sem informação	21	(5,3)	11	(5,4)	10	(5,1)	

Fonte: Elaborado pelo autor

A grande maioria das crianças nasceu a termo¹ (≥ 37 semanas), com a porcentagem de 90,1% para filhos de mães adultas e 92,4% para filhos de mães adolescentes, não foi observado nenhum recém-nascido pós-termo. Apesar de a literatura apontar maior incidência de recém-nascido pré-termo nas adolescentes não foi o observado na presente pesquisa, os valores encontrados nas duas populações mostraram-se próximos (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos recém-nascidos quanto à idade gestacional

Variável	Amostra Total n= 400		Adultas n= 202		Adolescentes n= 198		p	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Idade Gestacional	<37 semanas	13	(3,3)	7	(3,5)	6	(3,0)	0,816
	≥ 37 semanas	365	(91,3)	182	(90,1)	183	(92,4)	
	>42 semanas	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	
	Sem informação	22	(5,5)	13	(6,4)	9	(4,5)	

Fonte: Elaborado pelo autor

Ao analisar a prematuridade no âmbito mundial é possível observar que há uma maior incidência de recém-nascido pré-termo (< 37 semanas) no grupo de gestantes adolescentes (14%), principalmente nas faixas muito precoces, quando comparadas às adolescentes da faixa de 17 a 19 anos e adultas jovens (20 a 24 anos), especialmente quando fazem parte de grupos populacionais vulneráveis (KLEIN, 2005).

No Brasil no ano de 2013 o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) corrigiu e publicou a prevalência de nascimentos pré-termo, onde foi possível verificar uma porcentagem de 11,7 a 11,8%, no triênio 2009-2011.

Metello et al. (2008) ao estudar o desfecho da gravidez na adolescência verificou que as adolescentes com menos de 16 anos tiveram 1,6 vezes chance de evoluir para parto prematuro.

¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a duração da gestação é medida a partir do primeiro dia do último período menstrual normal. A idade gestacional é expressa em dias ou semanas completas. É considerado recém-nascido pré-termo aqueles que nasceram com menos de 37 semanas completas (menos de 259 dias) de gestação, a termo os que apresentam entre 37 e 42 semanas completas (259 a 293 dias) de gestação, para o pós-termo é considerado o nascimento a partir de 42 semanas completas ou mais (294 dias ou mais) de gestação.

Outros estudos relacionam a condição de adolescência com maior índice de prematuridade a fatores socioeconômicos, como podemos ver no trabalho de Santos et al. (2009), onde observou-se maior número de partos prematuros nas adolescentes, no estado do Maranhão, verificou-se também que as mesmas apresentavam baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudo) representando um valor de 26,4 % (ALMEIDA, et al, 2012; KLEIN, 2005).

Todavia em pesquisa que teve como objetivo principal avaliar a possível influência da idade materna no nascimento de prematuros e recém-nascidos de baixo peso observou-se que a idade gestacional dos RN's dos dois grupos apresentaram em sua maioria idade ≥ 37 semanas 93,1% adulta e 91,3% adolescente, corroborando com esse estudo (NETO, SEGRE, 2012).

Os estudos são conflitantes quanto a este aspecto, contudo é possível verificar que os mesmo em sua maioria apontam para maior índice de nascimento prematuro nas mães adolescentes. Destaca-se na presente pesquisa que a adolescência precoce (10-14 anos) não se mostrou frequente apresentando uma porcentagem de 1,8%, faixa apontada, por alguns estudos, com maior incidência de prematuridade.

Quanto ao peso ao nascimento (Tabela 11) os recém-nascidos da presente pesquisa apresentaram em sua maioria peso $\geq 2500g$, nas adultas 87,1% e adolescente 87,4%. Resultado esse que difere do encontrado na literatura, onde é encontrado que a população adolescente apresenta mais chances dar a luz a um recém-nascido de baixo peso ($<2500g$).

Tabela 11 - Distribuição dos recém-nascidos quanto à peso ao nascimento e adequação peso/idade

Variáveis	Amostra Total n= 400		Adultas n= 202		Adolescentes n= 198		P
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Peso ao nascimento	< 2500g	30 (7,5)	14 (6,9)	16 (8,1)	0,692		
	$\geq 2500g$	349 (87,3)	176 (87,1)	173 (87,4)			
	Sem informação	21 (5,3)	12 (5,9)	9 (4,5)			
Adequação Peso/idade	AIG	299 (74,8)	144 (71,3)	155 (78,3)	0,017*		
	PIG	47 (11,8)	21 (10,4)	26 (13,1)			
	GIG	31 (7,8)	23 (11,4)	8 (4,0)			
	Sem informação	23 (5,8)	14 (6,9)	9 (4,5)			

Fonte: Elaborado pelo autor

Santos et al. (2014) ao estudarem o baixo peso ao nascer nos recém-nascidos de mães adolescentes encontrou uma incidência 12,2% de baixo peso. Nesta amostra houve uma associação significativa com a faixa etária materna <16 anos (OR 1,21).

Metello et al. (2008) ao comparar taxa de recém-nascido de baixo peso nos grupos de adolescentes e não-adolescentes foi possível verificar que não houve diferença. Todavia ao comparar os dois grupos de adolescentes, foi possível observar que o grupo com idade inferior a 16 anos teve 1,7 vezes chance de conceber recém-nascido com baixo peso. Ainda no presente estudo é afirmado pelos autores que o baixo peso ao nascer na adolescência tem sido atribuído, sobretudo, ao baixo número de consultas no pré-natal, início tardio da vigilância e baixa escolaridade.

Já no estudo de Neto e Segre (2012) descreve que 91,4% das adultas e 89,9% adolescentes tiveram seus recém-nascidos com peso ao nascimento $\geq 2500g$.

Ainda na tabela 12, no item adequação peso/idade é possível perceber que os recém-nascidos em sua maioria apresentaram-se adequados para idade gestacional (AIG) 71,3% nas adultas e 78,3% nas adolescentes, contudo é possível observar que essa variável mostrou-se significativa ($p=0,017$) para o item grande para idade gestacional (GIG). Tornando verídico o achado encontrado na pesquisa, as mulheres adultas conceberam filhos maiores, podendo ser justificado pelo fato das mães adultas apresentarem maior índice de diabetes gestacional, fator que justifica o tamanho o recém-nascido, uma vez que é mais comum na fase adulta.

Amaral et al (2015) relatam em seu estudo que nas mulheres que apresentavam diabetes gestacional foi encontrado um aumento de aproximadamente 60% no risco de conceberam recém-nascidos grandes para idade gestacional com 1,6 vezes chance.

Diante do exposto é possível observar que não houve diferença significativa no perfil dos recém-nascidos das mães adultas e adolescentes. Os mesmos nasceram em sua maioria saudáveis, pois ocorreram poucos partos prematuros, e em sua maioria apresentaram o peso adequado para sua idade gestacional, o que nos faz pensar que os hábitos de vida saudáveis das gestantes contribuíram para esse achado.

4.4 COMPARAÇÕES DAS MORBIDADES MATERNAS E NEONATAIS DE MÃES ADULTAS E ADOLESCENTES

Ao se considerar a amostra estudada verificou-se que 218 mulheres apresentaram algum tipo de morbidades, representando uma incidência de 54,5% da população total, sendo que entre as adultas a incidência foi de 56,4% e nas adolescentes foi de 52,5%. Não existindo diferença significativa ($p=0,482$) na ocorrência de complicação ao comparar os dois grupos.

Podemos associar esse fato às características da amostra estudada, uma vez que as idades abaixo 14 anos (1,8%) e acima 35 anos (13,9%), são representada pela minoria dessa população, esses limites à literatura descreve como críticos para que a gestação aconteça, aumentando as chances de complicação para mulher e para o seu bebê.

Destaca-se como complicações mais frequentes nessa população (Tabela 12) a infecção do trato urinário (53,5%), doença hipertensiva específica da gestação (16,4%) e o abortamento (9,3).

Tabela 12 - Distribuição das gestantes quanto à presença de morbidade materna

Variável	Amostra Total n= 400		Adultas n= 202		Adolescentes n= 198	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Total Morbidade Materna	218	(54,5)	114	(56,4)	104	(52,5)
Infecção do Trato Urinário	114	(52,3)	61	(53,5)	53	(51,0)
DHEG	35	(16,0)	25	(21,9)	10	(9,6)
Abortamento	20	(9,2)	10	(8,8)	10	(9,6)
Oligodramnia	17	(7,8)	5	(4,4)	12	(11,5)
Prematuro Prévio	13	(6,0)	7	(6,1)	6	(5,8)
Diabetes Gestacional	11	(5,0)	10	(8,8)	1	(1,0)
Ruptura Prematura de Membrana	11	(5,0)	5	(4,4)	6	(5,8)
Deslocamento Prematuro de Placenta	5	(2,3)	1	(0,9)	4	(3,8)
Uso de Corticoide no pré-natal	5	(2,3)	2	(1,7)	3	(2,9)
Outras Morbidades	39	(17,9)	18	(15,8)	21	(20,1)

Fonte: Elaborado pelo autor

Entendem-se como outros: natimorto prévio, placenta prévia, vulvovaginite, desproporção cefalopélvica, hemorragia, histerectomia, infecção generalizada, anemia.

Segundo Silva e Surita (2009) as mulheres que apresentam idades muito jovens ou muito idosas são classificadas como grupo de risco para resultados adversos e complicações de gravidez (SILVA, SURITA; 2009). Podendo ser observado nesta pesquisa que esses grupos foram minorias.

Anastácio (2013) ao avaliar as complicações na gravidez em adolescentes de uma maternidade de referência no município de Vitória-ES encontrou uma incidência de 64,6%. Resultado superior ao encontrado na presente pesquisa (51,5%), o que pode ser justificado pelo fato do autor ter estudado mais tipos morbididades, como: crescimento intrauterino restrito, vaginose bacteriana, parada na progressão, anemia, pós-datismo, toxoplasmose, sífilis, cefaleia pós-raquioanestesia.

No Brasil podemos observar uma oscilação quanto às taxas de complicação na gestação e parto, uma vez que é guiada conforme as regiões do país e a condição social local, dependendo do nível de pobreza e educacional. Podemos observar nas mais jovens, que as taxas mostram-se maiores nas regiões Norte e Nordeste (maior que 20%, às vezes superiores a 30%) e as menores nas regiões Sul e Sudeste, em torno de 15% (SILVA, SURITA; 2009).

Através dessa informação podemos observar que nas regiões mais desenvolvidas o adiamento da gestação tem acontecido de forma consciente devido mudanças na sociedade e nos hábitos de vida, diferente das regiões pouco desenvolvidas, uma vez que as expectativas para mudança de vida podem ser reprimidas com a falta da informação, conhecimento e a falta de acesso.

Alguns estudos ao investigar as principais complicações maternas na sua amostra, encontraram: trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia, pós-datismo, ruptura prematura de membranas, doença hipertensiva específica da gestação, pielonefrite, sangramento transvaginal e infecção do trato urinário (ANDRADE et al, 2014; ALMEIDA et al, 2012). Das complicações relatadas com mais frequência apenas a doença hipertensiva específica da gestação e a infecção do trato urinário foram observadas na população estudada com certa frequência.

Carvalho et al. (2015) ao descrever seus resultados observou que a atenção pré-natal deficiente é a principal causa da ocorrência de mortes por doenças hipertensivas, hemorragias e sepsis. Neste sentido destaca-se que 64,5% das

gestantes realizaram o pré-natal completo (≥ 6 consultas) o que pode justificar a ausência de óbito na presente pesquisa, apesar de se ter 16,4% das gestantes com doença hipertensiva da gestação.

Já para Santos et al. (2014), além da assistência pré-natal inadequada a ausência do parceiro e a não aceitação da gestação pela família, podem interferir na saúde e bem estar da gestante adolescente, favorecendo condições adversas ao crescimento e desenvolvimento fetal.

É importante ressaltar que algumas morbidades não se apresentam isoladamente, mas aparecem de forma associada totalizando 270 morbidades desenvolvidas por essa população, como podemos observar na tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição das gestantes quanto à presença de morbidade maternas associadas

Variável	Amostra Total n= 218		Adultas n= 114		Adolescentes n= 104		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Morbidades associadas	1 Morbidade	178	(81,6)	91	(79,8)	87	(83,6)
	2 Morbidades	31	(14,2)	17	(14,9)	13	(12,5)
	3 Morbidades	6	(2,7)	5	(4,4)	2	(1,9)
	≥ 4 Morbidades	3	(1,4)	1	(0,9)	2	(1,0)

Fonte: Elaborado pelo autor

Destas morbidades associadas as duas mais frequentes na população total foram infecção do trato urinário com a doença hipertensiva da gestação e a infecção do trato urinário com a oligodramnia. Sendo a associação da infecção do trato urinário com a doença hipertensiva da gestação mais comum nas adultas e a infecção do trato urinário com a oligodramnia nas adolescentes.

Em comum acordo com a presente pesquisa Almeida et al. (2012) encontraram que a associação mais comum foi a doença hipertensiva da gestação com infecção do trato urinário, o que teve como consequência o parto prematuro. Este achado também é percebido nesse estudo, na população de mães adultas onde o índice dessas mesmas morbidades foi maior, observaram-se mais partos prematuros (3,5%).

Em decorrência da gestação pode-se além das morbidades maternas observa-se complicações neonatais. No presente estudo a população dos recém-nascidos foi

possível observar uma incidência de morbidades de 13,5%. Quando analisados os grupos observou-se que nos bebês das mães adultas 15,3% apresentaram morbidades e os bebês das mães adolescentes 11,6%, mas esta variável não se mostrou significativa. É possível perceber ao avaliar a tabela 14 que a complicação que se deu em maior quantidade nos dois grupos foi a icterícia, seguida de Taquipneia transitória.

Tabela 14 - Distribuição dos recém-nascidos quanto à presença de morbidade neonatais

Variável	Amostra Total n= 400		Adultas n= 202		Adolescentes n= 198	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Total Morbidade Neonatal	54	(13,5)	31	(15,3)	23	(11,6)
Icterícia	40	(74,1)	22	(71,0)	18	(78,3)
Taquipneia transitória	12	(22,2)	5	(16,1)	7	(30,4)
Síndrome da aspiração do mecônio	2	(3,7)	1	(3,2)	1	(4,3)
Atelectasia	1	(1,9)	1	(3,2)	0	(0,0)
Hemorragia Periventricular	1	(1,9)	1	(3,2)	0	(0,0)
Outras morbidades	10	(18,5)	7	(22,6)	3	(13,0)

Fonte: Elaborado pelo autor

Em pesquisa realizada por Anastácio (2013) no município de Vitória-ES dentre os neonatos de mães adolescentes avaliados, 21,58% tiveram algum tipo de complicação. As morbidades mais frequentes neste estudo foi o baixo peso ao nascer, prematuridade e Bossa serosanguinolenta. Valor superior ao encontrado nesse estudo, tal diferença se deve pelo conjunto de complicações considerados pelo autor, como por exemplo: lesão de plexo braquial, infecção, fratura de clavícula, hipóxia, cefalohematoma.

Malveira et al. (2006) observou em seu estudo que as complicações mais frequentes nos recém-nascidos foram: infecção hospitalar, síndrome do desconforto respiratório, anóxia perinatal, tocotraumatismo, hipoglicemia, hemorragia pulmonar e persistência do canal arterial.

Os valores de incidência encontrados na literatura foram superiores em relação ao observado na presente pesquisa, o que pode justificar-se pela idade materna, que encontra-se dentro da faixa etária em que há menos relatos de complicação para os

recém-nascidos, pelos hábitos de vida saudáveis e devidos aos tipos de morbidades que foram estudadas em cada pesquisa.

Ao avaliar a quantidade de morbidades entre os recém-nascidos foi possível verificar que a maioria dos recém-nascidos apresentou uma única morbidade, todavia ao analisar as morbidades associadas observou-se que a Taquipneia transitória com a icterícia apareceu com mais frequência. Não sendo observada diferença nos grupos adulta e adolescente (Tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição dos recém-nascidos quanto à presença de morbidade neonatais associadas

Variável	Amostra Total n= 214		Adultas n= 112		Adolescentes n= 102		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Morbidades Associadas	1 Morbidade	42	(19,6)	25	(22,3)	17	(16,7)
	2 Morbidades	12	(5,6)	6	(5,4)	6	(5,9)

Fonte: Elaborado pelo autor

Em síntese ao se buscar a associação de complicações com a idade das gestantes não se verificou diferença significativa entre os grupos adulta e adolescente no diz respeito tanto a presença de morbidades maternas quanto as neonatais (Tabela 16).

Tabela 16 – Desfecho Morbidades maternas e neonatais

Variável	Amostra Total n= 400		Adultas n= 202		Adolescentes n= 198		P
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Morbidades Maternas	218	(54,5)	114	(56,4)	104	(52,5)	0,482
Morbidades Neonatais	54	(13,5)	31	(15,3)	23	(11,6)	0,275

Fonte: Elaborado pelo autor

Sendo assim na presente pesquisa não foi observado que as mães adolescentes e seus recém-nascidos complicaram em maior quantidade do que as adultas como confirmado pelos trabalhos de Klein et al. 2005, Metello et al. 2008, Silva e Surita 2009 e Almeida et al. 2012. Uma vez que o perfil da amostra tanto das mães quanto dos recém-nascidos se mostrou semelhante.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto é possível observar que o adolescente é um indivíduo em constantes mudanças, mudanças físicas, emocionais e sociais. E esse fato faz com que o mesmo queira sentir todas essas alterações intensamente, e é muitas vezes nessa fase da vida que o mesmo pode envolver-se com as drogas lícitas e ilícitas, começar ter suas experiências sexuais e pode levar esses adolescentes a ser mãe ou pai nessa fase de constantes mudanças e desequilíbrios. Podendo gerar conflitos familiares (por vergonha, medo da rejeição), sociais (mudança de hábitos e muitas vezes abandono escolar) e físicos visto que a condição da gravidez precoce pode levar a complicações para própria adolescente e para seu filho.

É neste contexto que a literatura nos apresenta a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública e que devido a esse fato merece cuidados mais atenciosos, buscando conhecer a fundo os adolescentes e ajudá-los nas suas necessidades, pois o mesmo deve ser trabalhado na sua especificidades como adolescente e não tratado como adulto.

Entretanto as primeiras políticas criadas não abrangiam os adolescentes, eram apenas focadas na saúde infantil, e a mulher também não era vista como alvo a ser alcançado. Após muitas lutas e debates o movimento feminista foi conseguindo ganhar espaço para a mulher, que passou a ser assistidas em outros períodos da vida, não só em sua fase reprodutiva. Então ao longo do tempo foi percebido que cada indivíduo e que cada fase da vida tem a sua necessidade e carece de uma assistência específica o que se aplica aos adolescentes.

A partir dessa ideologia as políticas para os adolescentes foram sendo construídas, se aprimorando conforme a cultura e a sociedade iam mudando. Um exemplo disso foi a percepção de que a atividade sexual se iniciava cada vez mais precoce, que motivou a criação políticas que prevenissem as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez na adolescência, uma vez que é esperado do adolescente crescimento econômico e social antes da formação da família.

Para atingir essa população uma das principais estratégias utilizada é a união do setor de saúde e escolar, focando tanto na atenção primária, através da educação sexual e distribuição de métodos contraceptivos, como na atenção terciária quando

esta adolescente já se encontra grávida, encaminhando-a para realização do pré-natal adequado.

A escola passa a ser um importante cenário de realização das políticas de prevenção e acompanhamento à gravidez na adolescência, mas ainda há o que melhorar em relação ao alcance das gestantes adolescentes, pois existe uma grande barreira entre o setor de saúde e a adolescente gestantes, muitas vezes por ela sentir vergonha de estar gestante ou por estar escondendo a gestação da família.

A informação e o esclarecimento sobre as questões sexuais e gravidez necessitam sempre estar em pauta, pois ainda existem muitas questões culturais e religiosas que interferem no bom esclarecimento sobre o assunto e no êxito das ações realizadas.

É sabido que a gravidez traz uma série de modificações no corpo da mulher e quando esse fato ocorre na adolescência pode ser percebido de uma maneira mais intensa, pois como já vimos essa é uma fase ainda em desenvolvimento. Todavia podemos perceber que a gravidez na adolescência está diretamente relacionada ao meio em que a ela vive e a forma em que a sociedade se organizava e modifica.

Diante disso foi questionado se existe diferença na ocorrência de morbidades maternas e neonatais entre mães adultas e adolescentes. Para tanto se fez inicialmente o levantamento do perfil das gestantes para se observar a presença de diferenças que pudessem justificar o desenvolvimento de morbidades.

Entretanto cabe ressaltar que algumas variáveis que a pesquisadora se propôs a analisar ficaram limitadas de ser estudadas uma vez que houve grande barreira ao acesso aos prontuários e a falta de dados que deveriam constar nos mesmos, mas não estavam registrados. Uma situação que não é só encontrada no hospital em questão, mas apresenta-se como uma questão recorrente de grandes hospitais. Neste contexto é importante salientar que os dados sejam preenchidos de forma adequada e correta, auxiliando assim nos tratamentos e futuras pesquisas.

Ao se analisar os perfis dessas mães observou-se que eles apresentam-se muito similares, quanto a idade 50,5% (202/400) eram mães adultas e 49,5% (198/400)

eram mães adolescentes, nas duas populações verificou-se que a maioria era solteira, residente do município de Cariacica, auto declararam-se pardas, a maioria não frequentava a escola, profissão do lar, apresentavam hábitos de vida saudáveis e realizaram pré-natal adequado. Quanto ao tipo de parto nos dois grupos a cesárea foi a mais frequente, mas o parto vaginal ocorreu mais entre as adolescentes (34,8%) versus 27,7% nas adultas, mas esta diferença não mostrou-se significativa.

O perfil dos recém-nascidos não ocorreu de forma diferente, os mesmos também se mostraram semelhantes, a apresentação cefálica foi a mais encontrada, a maioria nasceu atermo, com peso acima de 2500g e adequado para idade gestacional. Quanto à adequação peso/idade observou-se que a maioria dos bebês GIG pertencia às mães adultas, e esse resultado mostrou-se significativo. Podemos justificar esse achado ao fato da mulher adulta apresentar mais casos de diabetes gestacional, que tem como desfecho o crescimento acentuado do feto.

Então ao se analisar o perfil materno e neonatal nota-se não existir diferença entre os grupos, tanto nas mães quanto nos seus recém-nascidos, pois os perfis dos mesmos não apresentam-se de forma divergente, mas de forma semelhante como podemos ver nos casos do tipo de gravidez, tipo de parto, número de complicações, hábitos de vida, idade gestacional, peso ao nascer, adequação peso/idade, entre outros.

Ao estudar as complicações nessas grávidas foi possível verificar que de 400 gestantes 218 (54,3%) complicaram, dessas 114 (56,4%) eram adultas e 104 (52,5%) eram adolescentes. Apesar de ter sido observado 218 mulheres com morbidades, foram encontradas no estudo 270 complicações devido a ocorrência de morbidades associadas. Sendo as mais frequentes infecção do trato urinário com a doença hipertensiva da gestação e a infecção do trato urinário com a oligodramnia.

Não houve diferença significativa entre os grupos, mas ainda é possível perceber que o número de complicações foi elevado, o que pode estar associada a não realização de pré-natal completo, sendo que a taxa das que fizeram o pré-natal de forma incompleta para as adultas e adolescentes foi de 29,2% e 36,9% respectivamente, número este que deveria ser o mínimo possível, já que o Ministério

da Saúde preconiza que todas as mulheres devem fazer o pré-natal completo (≥ 6 consultas).

Esse mesmo problema foi encontrado em outros estudos realizados na grande Vitória-ES, o que nos faz questionar: seria esse um problema sistêmico da população da grande Vitória? As unidades básicas de saúde tem dado suporte e tem conseguido atingir o seu objetivo, quanto ao atendimento as gestantes? As gestantes não realizaram o pré-natal por sua própria vontade ou pela falta de assistência ou pela assistência precária?

Diante do exposto fazem-se necessários novos estudos com abordagens quantitativas e qualitativas para que esses questionamentos sejam respondidos de forma mais precisa e adequada, podendo assim enriquecer esse estudo e auxiliar futuras pesquisas, buscando desenvolvimento de ações e melhor acolhimento dessas mulheres.

6 REFERÊNCIAS

- ALVES, A. A. G, et al. Perfil clínico de pacientes com doença hipertensiva específica da gestação em uma UTI geral adulto do estado do Maranhão. **Rev Pesq Saúde**. Maranhão, v. 15, n. 1, p. 223-229, jan./abr. 2014.
- ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 86-94, jun. 2012.
- ALMEIDA, A. H. V. et al . Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na Região Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 14, n. 3, p. 279-286, Set. 2014.
- ALMEIDA FILHO, A. J.; LOURENÇO, L. H. S. C.; PORTO, F. Conferência Nacional de Proteção à Infância: fins e organização de associações de proteção higiênica à infância. **Rev Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 3, p. 403-408, set. 2007.
- AMARAL, A. R. et al. Impact of gestational diabetes on neonatal outcomes: a retrospective cohort study. **Sci Med**, Joinville, v. 25, n.1, p. 1-6, Nov. 2015.
- ANDRADE, A. C. M. et al. Profile of pregnant adolescents admitted to a high-risk ward in a teaching hospital. **SANARE**. Sobral, v. 13, n. 2, p. 98-102, jun./dez. 2014.
- ANASTÁCIO, M. P. **Gravidez Na Adolescência: Uma Questão De Saúde Pública Brasileira - O Caso De Uma Maternidade De Vitória-ES**. 2013. 98f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória – ES, 2013.
- ANJOS, C. S, WESTPHAL, F, GOLDMAN, R. E. Cesárea Desnecessária no Brasil: Revisão integrativa. **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 86-94, set./dez. 2014.
- AZEVEDO, W. F. et al . Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein**, São Paulo , v. 13, n. 4, p. 618-626, Dez. 2015.
- BARROSO, C. G. G. et al. Pregnancy in adolescence: perinatal results of adolescents taken care of in public maternities. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**. São Luiz, v. 8, n. 1, p. 15-20, Jan/Jun, 2007.
- BELARMINO, G. O; MOURA, E. R. F., OLIVEIRA, N. C., & FREITAS, G. L. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2 p. 169-175, 2009.
- BELITZKY, R. et al.. Resultados perinatales en madres jóvenes: estudio comparativo en maternidades latino-americanas. **Publicación Científica** 489. Washington: OPAS; 1986.
- BERLOFI L, M; et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paul enferm**, São Paulo, v.19, n. 2, p. 196-200, abr./jun. 2006.

BIM, C. R.; PEREGO, A. L. Fisioterapia aplicada a ginecologia e obstetrícia. **Iniciação Científica CESUMAR**, v. 4, n. 1, p. 57-61, Mar./Jul. 2002.

BRAGA J. C. S; GOES S P. **saúde e previdência**: estudos da política social. São Paulo: CEBES/HUCITEC, p. 224, 1986.

BRÁS, C, PEREIRA, A. Promoção da saúde de grávidas adolescentes: estudo prévio de identificação de necessidades. **Millenium**. v. 40, p. 69-81, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. ed. São Paulo: 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência à Saúde Perinatal**: Bases Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Programa humanização no parto**: Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde e Prevenção nas Escolas: Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas escolas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. 20. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva: um direito de adolescentes: guia para UBS e ESF**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2011e.

_____. Ministério da saúde. **Indicadores e Dados Básicos 2012**. Brasília, DF: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 02 mar. 2015

_____. Ministério da saúde. **Mais sobre Saúde da Mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da saúde. **Ações do Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em: 13 fev. 2015.

_____. Ministério da saúde. **Campanha nacional oferecerá vacinação gratuita contra HPV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M.das G.C.; GOMES, R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev. latino-am Enf.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abril 2000.

CARRARA, H. H. A; DUARTE, G. Semiologia obstétrica. **Medicina Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 88-103, Jan./Mar. 1996.

CARVALHO, M, L. et al. Prevention of maternal mortality in prenatal care: an integrative review. **R. Interd.** v. 8, n. 2, p. 178-184, abr./mai./jun. 2015.

CASSIANO A. C. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev. do Serviço Público**. Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014.

CAVASIN, S, ARRUDA, S. **Gravidez na adolescência: desejo ou subversão?**, 1999. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/156_04PGM2.pdf. Acesso em: 03/03/2016.

CELITO, J. P, MENGARDA, F, FRIZZO, G, B . A Atenção e o Cuidado à Gravidez na Adolescência nos Âmbitos Familiar, Político e na Sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p.623-636, 2012.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). A questão democrática na área da Saúde. **Saúde em Debate.**, V. 9, p. 11-13,1980.

CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 73-85, jan./mar. 2010.

CHAVES J. H. B et al. Abortamento provocado na adolescência sob a perspectiva bioética. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 10, n. 2, p. 311-319, dez . 2010.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1073-1083 Jul/Ag. 2009.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE. D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75, p.13-24, Dez. 2007.

COSTA. E. S. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun.2010

COSTA, R. C. et al. Diabetes gestacional assistida: perfil e conhecimento das gestantes. **Saúde Santa Maria**. Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 131-140, Jan./Jul. 2015

CRIZÓSTOMO, C. D; NERY, I,S; LUZ, M. H. B. A. Planejamento familiar na visão das adolescentes puérperas. **Rev. Rene**. Fortaleza, v.6, n.1, p.29-36, jan./abril 2005.

DIAS, A. C. G et al. O significado da maternidade na adolescência para jovens gestantes. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. v. 3, n. 6, p. 153-167, dez. 2011.

DOMINGOS, A. C. **Gravidez na adolescência: enfrentamento na estratégia de saúde da família**. 2010. 39f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso de especialização em atenção básica em saúde da família), Universidade Federal de Minas Gerais, UBERABA, MG, 2010.

EDUARDO, L P; EGRY, E Y. Estatuto da criança e do adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. **Rev. da Escola de Enf. da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p.18-24, 2010.

ESPERIDIÃO, Silvia et al.. Avaliação dos recém-nascidos de mães adolescentes no Hospital Municipal de Santo André. Correlação com algumas variáveis maternas. **Pediatria Moderna**, v. 28, n. 1, p. 526-9, 1992.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. **SESA realiza ações para comemorar o Dia de Prevenção à Gravidez na Adolescência**. Vitória, ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2007.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Gravidez na adolescência é tema do Projeto Jayme Itinerante**. Vitória, ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2014a.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Seminário em Colatina debate sobre Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência**. Vitória, ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2014b.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Parto prematuro e hipertensão são preocupações da gravidez na adolescência**. Vitória, ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2015.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Mais de 1 milhão de preservativos para o Carnaval Capixaba**. Vitória, ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2016.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Educação. **Programa Saúde na Escola será implantado na rede estadual**. Vitória, ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2013.

FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.4 , p. 612-618, Ago. 2005.

FÁVERO, M. H, MELLO, R. M. Adolescência, maternidade e vida escolar. **Psicol Teoria Pesq**. v. 13, n. 1, p. 131-136, jan./abr. 1997.

FERNANDES, F. A et al. Relevância do diagnóstico e tratamento da infecção do trato urinário em gestantes: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Ginec**. Vitória da Conquista, v.8, n.1, p.54-70, jan./jun. 2015.

FONSECA, A. L. B, ARAÚJO, N. G. Maternidade precoce: uma das consequências do abandono escolar e do desemprego. **Rev Bras Cresc Desenv. Hum.** São Paulo, v.14, n. 2, p. 21-25, 2004.

FREITAS, G. V. S., & BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev. da Ass. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 3 p. 245-249, jul./set. 2002.

FURLAN, J. P et al. Influência do estado nutricional da adolescente grávida sobre o tipo de parto e o peso do recém-nascido. **Rev. Bras. de Gin. e Obst.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 625-630, 2003.

GIFFIN, K, M. Mulher e Saúde. **Caderno de saúde publica.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.133-134, Abr/Jun 1991.

GOMES, A. G. et al . Expectativas e sentimentos de gestantes solteiras em relação aos seus bebês. **Temas psicol.** Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 399-411, jun. 2015.

GRADIM, C. V C; FERREIRA, M. B. L; MORAES, M. J. O perfil das adolescentes grávidas em uma Unidade de Saúde da Família de Minas Gerais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.13, n. 1, p. 55-61, jan./mar. 2010.

HADDAD, S. E. M. T; CECECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. maio. 2011.

HERNANDEZ, J. A. E. Gravidez do Primeiro Filho: Papéis Sexuais, Ajustamento Conjugal e Emocional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v. 24 n. 2, p. 133-141, 2008.

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA. Relatório de gestão. Vitória, 2013. Disponível em:
[http://www.santacasavitoria.org/img/RELAT%C3%93RIO_DE_GEST%C3%83O_\(2\).pdf](http://www.santacasavitoria.org/img/RELAT%C3%93RIO_DE_GEST%C3%83O_(2).pdf). Acesso em: 05/03/2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE: 1999.

KASSADA, D. S et al. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 28, n.6, p. 495-502 Nov./Dec. 2015.

KLEIN,, J. D. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. **Pediatrics.** v. 116, n. 1, p. 281-286, 2005.

KURAUCHI, A.T.N; ROTELI-MARTINS, C.M; AQUINO, M.M.A. Impacto da gravidez na adolescência e resultados perinatais: revisão de literatura. **Femina**, v. 31, n. 8, p. 669-672, 2003.

LAMARE, T. Ministério da Saúde.. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1., 2005, São Paulo.**Proceedings online...** Available from:

<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000100016&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 15/11/2015.

LEITE, F. M. C et al. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **Cogitare Enferm.** Vitória, v. 18, n. 2, p. 344-50, Abr./Jun. 2013.

LEVENO, K, J et al. **Manual de obstetrícia de Williams: complicações na gestação.** 23 ed, Porto alegre: AMGH editora Ltda, 2014, p. 430-435.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** São Paulo: Saraiva; 1997. p. 229.

MALVEIRA, S. S. et al. Recém-nascidos de muito baixo peso em um hospital de referência. **Rev. Para. Med. Belém.** v. 20, n. 1, p. 41-46, mar. 2006.

MARANHÃO, T. A, GOMES, K. R. O, SILVA J. M. N. Fatores que influenciam as relações familiares e sociais de jovens após a gestação. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 30 n. 5, p. 998-1008, maio. 2014.

MARKOVITZ, B. P. et al. Socioeconomic factors and adolescent pregnancy outcomes: distinctions between and post-neonatal deaths? **BMC Public Health**, v. 5, p. 79, 2005.

MATIJASEVICH, A. et al . Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, v. 22, n. 4, p. 557-564, dez. 2013.

MENEGATTI, L, OLIVEIRA, R. B, GAMA, I, L. Complicações da gravidez na adolescência. **FACIDER. Colider**, n. 6, p. 17-31, 2014.

METELLO, J, et al. Teenage pregnancy outcome. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 30, n. 12, p. 620-625, Dez. 2008.

MICHELAZZO, D et al. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: Estudo de caso-controle. **Rev. Bras. de Gin. e Obst.**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 633-639, jan./set. 2004.

MÔNICO, F. G. A. Gravidez na adolescência e evasão escolar: o que a escola tem a ver com isso?. **Revista FACEVV.** Vila Velha, n. 04, p. 39-49, jan./jun. 2010.

MOREIRA, L. S, et al. Alterações posturais, de equilíbrio e dor lombar no período gestacional. **Femina.** v. 39, n. 5, p. 241-244, mai. 2011.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. de Escola de Enf. da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p.312-20, 2008.

- MORI, M. E, COELHO, V. L. D, ESTRELLA, R. C, N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil **Cad. Saúde Pública.** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, Set. 2006.
- NERY, I. S; TRYRRELL M.A.R. **O aborto provocado e questão de gênero:** mulheres em evidência e a evidência das mulheres para as bases da assistência a enfermagem. 2000. 143f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- NETO, M. I. N. P; SEGRE, C. A. M. Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas. **Einstein.** São Paulo, v. 10 n. 3, p 271-278, Jul./Set. 2012.
- NETO, T, S et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil, **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17 n. 2, Abr../Jun. 2008.
- NUNES, S. A. Maternidade na adolescência e biopoder. **Rev. Epos.** Rio de Janeiro v.4, n.1, p. 1-17, jun. 2013.
- OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. I. B. **Saúde reprodutiva na esfera pública e política.** São Paulo: Unicamp, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** OMS, Genebra: 1996.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Crêterios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais.** 3 ed. OMS, Genebra, 2007.
- PAIM J. S. **Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da republica.** In: Vieira da Silva L. M. Saúde Coletiva: textos didáticos. Salvador: Centro editorial e didático da UFBA, p.47-59, 1994.
- PAIM, J. S. **Políticas de Saúde no Brasil.** In ROUQUAYROL M. Z, ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 587-603, 2003.
- PARATA M. B. A; MEDEIROS, H.R.F. Puericultura e políticas públicas de assistência à maternidade e à infância (1930-1945). **UniRio,** Rio de Janeiro, p. 2-9, jul. 2010.
- PARIZ, J.; MENGARDA, C. F.; FRIZZO, G. B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 21, n. 3, p. 623-636, Set. 2012
- PENSO, M. A. et al . A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 542-553, Jun. 2013.

PICCININI, C. A et al. Gesta3o e a constitu3o da maternidade . **Psicologia em Estudo**. Maring3, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

PIROTTA, W.R.B., PIROTTA, K..C.M. **O adolescente e o direito 3 sa3de ap3s a Constitu3o de 1988**. In: SCHOR, N. et al. (Org.). Cadernos juventude, sa3de e desenvolvimento. Bras3lia: Minist3rio da sa3de, Secretaria de Pol3ticas de Sa3de, 1999.

PIVA, I M P; SIQUEIRA, M. P. S. A Santa Casa da Miseric3rdia de Vit3ria: a3o da irmandade no atendimento 3 pobreza em Vit3ria – ES (1850-1889). **Revista Agora**, Vit3ria, n. 2, p. 1–26, 2005.

POLIGNANO M. V. **Hist3ria das Pol3ticas de Sa3de no Brasil**: Uma pequena revis3o, 2005. Dispon3vel em:<<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>>. Acesso em 11/02/2015.

QUEIROZ, M. V. O et al. Perfil da gravidez na adolesc3ncia e ocorr3ncias cl3nico-obst3tricas. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 455-62, maio/jun. 2014.

RAPOSO, C. A Pol3tica de Aten3o Integral 3 Sa3de do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito 3 sa3de?. **Revista da Faculdade de Servi3o Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 117-138, Jul. 2009.

REDE FEMINISTA DE SA3DE. Adolescentes, Sa3de Sexual e Sa3de Reprodutiva: dossi3. **Revista Rede Feminista**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.1-16, 2004.

REIS, D. C. et al . Health vulnerabilities in adolescence: socioeconomic conditions, social networks, drugs and violence. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeir3o Preto, v. 21, n. 2, p. 586-594, Abr. 2013.

RIOS et al. Gravidez na adolesc3ncia e impactos no desenvolvimento infantil. **Adolesc3ncia & Sa3de**. v. 4, n. 1,p. 6-11, fev. 2007.

RISI, E. E. **A Magnitude do Aborto no Brasil: Tend3ncias e Estimativas entre 2000 e 2010**. 2012. Disserta3o (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais) - Escola Nacional de Ci3ncias Estat3sticas, Rio de Janeiro-RJ, 2012.

ROMERO, Mar3a In3s et al. Caracteristicas del primer a3o de vida de hijos de madres adolescentes: un estudio descriptivo de seguimiento. **Cuad Med-Soc**, Santiago de Chile, v. 25, n. 25, p.124-9, 1984.

S3 R. A. M. et. al. Prediction and prevention of intrauterine growth restriction. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, p. 511-514, Set. 2009.

SAITO M, LEAL M. Adolesc3ncia e contracep3o de emerg3ncia: F3rum 2005. **Rev. paul. pediatr**. v. 25 n. 2, S3o Paulo Jun. 2007.

SAITO M, LEAL M. O exerc3cio da sexualidade na adolesc3ncia: a contracep3o em quest3o. **Rev Paul Pediatr**. 2002. Dispon3vel em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/572.pdf>.> Acesso em: 02 mar 2015.

SANT'ANNA, P. F. et al. Caracterização da dor lombar em gestantes atendidas no Hospital Universitário de Brasília. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 4, n. 1 / 2, p. 37-48, 2006.

SARMENTO, R, SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: Aspectos emocionais da gravidez, parto puerpério. **Rev. Ciênc. Méd.** Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, jul./set. 2003.

SANTOS, G. H. et al. Impact of maternal age on perinatal outcomes and mode of delivery. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 31, n. 7, p. 326-34, Jul. 2009.

SANTOS, N. L. A. C et al. Teenage pregnancy: analysis of risk factors for low birth weight, prematurity and cesarean. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 19, n. 3, p. 719-726, 2014.

SCHOEPS, D. et al . Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 41, n. 6, p. 1013-1022, Dez. 2007.

SECUNDO, F. F. et al. Toxemia gravídica na adolescência. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 4, p. 595-604, 2009.

SILVA, A. A. A. et al. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p.496-506, mar. 2013.

SILVA J, H, G, FERRARI, D, P. Chá de bebê: a celebração da incerteza: gravidez na adolescência. **Revista Bioética**, Rondônia, v. 16, n. 2, p. 273-286, jun/out 2008.

SILVA, J. L. C. P, SURITA, F, G, C. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 31, n. 7, p. 321-325, 2009.

SILVEIRA, I. P., OLIVEIRA, M. I. V., & FERNANDES, A. F. C.. Perfil obstétrico de adolescentes de uma maternidade pública do Ceará. **Escola Anna Nery – Rev. de Enf.**, Ceará, v. 8, n. 2, p. 205-210, 2004.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez 2006.

SOUZA, V. L. C. et al. O aborto entre adolescentes. **Rev. Latino - am de Enf.** Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 42-47, mar. 2001.

TEIXEIRA, L. A, VASCONCELOS, L. D, RIBEIRO, R. A. F. Prevalência de patologias e relação com a prematuridade em gestação de alto risco. **Revista Ciências em Saúde.** Minas Gerais, v. 5, n. 4, 2015.

TERCI, T. **Estratégias para redução da gravidez na adolescência no estado do Paraná.** 2008. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2008.

TIKKANEN M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. **Acta Obstet Gynecol Scand.** v. 90, n. 2, p. 140-149, 2011.

TORATI, C. V. **Política de atenção ao recém nascido prematuro: Morbidades Respiratórias e Neurológica.** 2011. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória – ES, 2011.

TSUNECHIRO M. A; BONADIO I, C. A família na rede de apoio da gestante. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v.1, n.1/2, p.103-106, jan./dez. 1999.

UNFA - Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2013.** Nova York: 2013. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/situacao-da-populacao-mundial>>2013. Acesso em: 10 janeiro 2015.

VALANDRO, M E B et. al. **Fatores De Risco Para O Desenvolvimento De Morbidades Neurológicas Em Recém-Nascidos Prematuros Internados Em Unidade De Terapia Intensiva Neonatal.** 2013. 40f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Fisioterapia) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória – ES, 2011.

VALENZUELA, S. et al. Primer año de vida en hijos de adolescentes. **Bol Hosp San Juan de Dios**, Local, v. 34, n. 2, p. 81-5, 1987.

VERONESE, J. R. P. **Os direitos da criança e do adolescente.** 1. ed. São Paulo: Ltr, v. 1, 208 f. 1999.

VIANA, T. B. P. **Comportamento de adolescentes escolares frente ao consumo de drogas lícitas e ilícitas.** 2015. 104f. Dissertação (Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2015.

VIEIRA, M. L. F. et al. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 25, n. 4, p.343-8, dez. 2007.

VIEIRA,N.F.C, GURGEL,M,C,L, PINHEIRO, P,N,C. **Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem**, 2008. Disponível em http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20084/25-gravidez%20na%20adolescencia.pdf . Acesso: 10/12/2015.

VITAL AND HEALTH STATISTICS. Trends in pregnancies and Pregnancy rates by outcome: estimates for the United States. **National Vital Statistics System**, v. 21, n. 26, p. 1976-1996, 2000.

VITALLE, M.S.S. **Adolescência e outros fatores de risco (nível econômico, cuidado pré-natal e tabagismo) como determinantes da prematuridade e baixo peso.** 2001. 147 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

XAVIER, R. B, et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013.

ZAMPROGNO, Luana. **A relação saúde pública e violência contra as mulheres: o processo de implementação da lei 10.778/03, no município de Cariacica**. 2013.208 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória, ES, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. **Bull World Health Organ**, v. 87, p. 410-411, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade**. Geneva: WHO, 2014.

YAZLLE, M. E. H. D. et al. Adolescente grávida: Alguns indicadores sociais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 609-614, out. 2002.

YAZLLE, M. E. H. D.; FRANCO, R. C.; MICHELAZZO, D. Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. Out. 2009.

ANEXOS

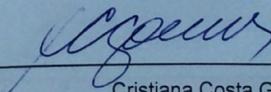
ANEXO
CARTA DE ANUÊNCIA

Vitória (ES), 06 de março de 2015

À Direção Técnica do HSCMV
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES
Escola Superior de Ciências da Santa de Misericórdia de Vitória – ES

Carta De Anuência

Eu, Cristiana Costa Gomes, Diretora Técnica do **Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES** autorizo a realização da coleta de dados para o projeto de pesquisa “POLÍTICAS PÚBLICAS DO CONTROLE À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: O CASO DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA – ES”. O pesquisador responsável será Juliana Baptista Simoura, aluna do programa de mestrado Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM. **Comunico que a autorização para o início da pesquisa será validada após a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, a esta instituição.**



Cristiana Costa Gomes
Diretora Técnica do HSCMV de Vitória - ES

APÊNDICES

APÊNDICE A
FICHA DE COLETA DE DADOS

VARIÁVEIS MATERNAS

Nº Prontuário _____ Idade: _____

Data da alta ou óbito: _____

End: _____ Tel: _____

Cor: _____ Gestações: _____ Partos: _____ Abortos: _____

Gravidez: () Única () Múltipla [() Sim () Não]

Tipo de parto: _____

Cuidado pré-natal: () Sim () Não Nº de consultas no pré-natal: _____

Profissão/Ocupação: _____

Frequenta escola: () sim () Não

Complicações:

- | | |
|---------------------------------|--|
| () Natimorto prévio | () Prematuro prévio |
| () Placenta prévia | () Descolamento prematuro da placenta |
| () Vulvovaginite | () Doença hipertensiva específica da gravidez |
| () Infecção do trato urinário | () Diabetes gestacional |
| () Uso de corticoide pré-natal | () Desproporção céfalo-pélvica |
| () Oligodramnia | () Abortamento |
| () Hemorragia | () Ruptura prematura de membrana |

Estado civil: 1 () Solteira 2 () Casada

3 () Viúva 4 () Outros

Com quem Mora: _____

