

PERFIL SOCIAL E OBSTÉTRICO DE GESTANTES ADOLESCENTES

Graziela Tainara Okuda*
Fernanda Bigio Cavallieri**
Ana Carolina Simões Pereira***
Camila Hidemi Danno****
Elisabete Takeda*****
Gabriel Guimarães Di Stasi*****

RESUMO

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por complexos processos de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. Nesse período, o início precoce da sexarca, associado à falta de conhecimento sobre métodos contraceptivos e baixa escolaridade, resulta no aumento de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. O objetivo do estudo foi identificar as características sociais e obstétricas de gestantes adolescentes. Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, transversal e quantitativo, desenvolvido com dados de 2011, 2012 e primeiro semestre de 2013, de 309 adolescentes de 10 a 19 anos, gestantes, coletados mediante formulário, no Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção ao Pré-Natal e Puerpério e Sistema de Informação Ambulatorial Local, além de prontuários físicos e eletrônicos de 32 unidades de saúde da família de um município do centro-oeste do estado de São Paulo. Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e testes de associação. Identificou-se que 36% das gestantes frequentaram seis ou mais consultas do pré-natal. A faixa etária prevalente foi a de 16 a 19 anos. Constatou-se que a educação em saúde das adolescentes é primordial como tentativa para a diminuição da gestação na adolescência, a fim de melhorar a qualidade de vida do binômio mãe-bebê.

Palavras-chave: Adolescência. Gravidez na adolescência. Educação em saúde.

INTRODUÇÃO

A adolescência, delimitada entre 10 e 19 anos pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁾, configura-se como uma etapa de vida de transição entre a infância e a fase adulta. É marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial e por profundas mudanças e transformações que exigem atenção, que podem resultar ou não em problemas futuros⁽²⁾.

O início da atividade sexual do jovem é considerado um marco de vida, já que, além de ser um fator importante na passagem para a vida adulta, o inclui em um grupo de risco para o aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), gestações não planejadas, complicações gestacionais e no parto, além de abortos⁽³⁾.

No cenário mundial, a temática da gravidez na

adolescência tem se apresentado com crescente significância, sendo em muitos países considerada problema de saúde pública. Os adolescentes com idades entre 10 e 19 anos contribuem com 11% dos nascimentos ocorridos em todo o mundo e com 23% da carga global de doenças (anos de vida ajustados por incapacidade) devido à gravidez e ao parto^(4,5).

Na atualidade, as inúmeras transformações nos mais diversos campos, político, econômico e social, fazem com que o excesso de informações e de liberdade transmitida aos adolescentes culmine na maior participação em diversos tipos de assuntos, entre eles o sexo. Além disso, a impulsividade característica dessa fase, a baixa autoestima, a aspiração à maturidade e ao fato de muitas vezes a gravidez fazer parte do projeto de vida da adolescente na tentativa de alcançar autonomia econômica e emocional, acabam interferindo no aumento da

¹ Pesquisa subsidiada pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde PET-Saúde e desenvolvida em parceria da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Marília-SP. Discutida em evento-científico.

*Enfermeira. Residente em Enfermagem Obstétrica na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: graziela_okd@hotmail.com

**Enfermeira. Enfermeira da Atenção Básica. Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Marília, São Paulo, Brasil. E-mail: fernandabigio@gmail.com

***Enfermeira. Mestranda em Gestão do Cuidado em Saúde na Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: carolzinha_sp_14@hotmail.com

****Enfermeira. Enfermeira do BP. Hospital Filantrópico – A Beneficência Portuguesa de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: milahidemi@hotmail.com

*****Enfermeira. Professora Doutora da Faculdade de Medicina de Marília. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, São Paulo, Brasil. E-mail: takeda.elisabete@gmail.com

*****Discente da 6ª Série de Medicina. FAMEMA. Marília, São Paulo, Brasil. E-mail: gabriel.aaasc@hotmail.com

incidência de gravidez desejada e indesejada na adolescência⁽²⁾.

Nessa perspectiva, a promoção da saúde pressupõe o resgate da participação comunitária, que deve ser incentivada, reconhecendo as pessoas como capazes da promoção do autocuidado. Decorre daí a importância de estimular a formação de dinâmicas em grupos nas comunidades assistidas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), pois, além de contribuir na promoção da saúde desses sujeitos, eles podem se tornar parceiros no enfrentamento dos principais problemas da comunidade, principalmente no tocante à atenção primária à saúde. As ações educativas em saúde enfrentam o desafio de inovar, recuperar os espaços sociais existentes no bairro, criar redes de apoio à comunidade e atuar interdisciplinarmente⁽⁶⁾.

Assim, considerando a multiplicidade de fatores resultantes da gestação na vida dos adolescentes e que a intersectorialidade, a multiprofissionalidade e a formação profissional são estratégias que podem contribuir para a melhoria de sua prevenção, este estudo se justifica pela necessidade de ampliação do conhecimento sobre o cenário de gravidez na adolescência, respondendo ao objetivo de identificar características sociais e obstétricas das gestantes adolescentes.

Esta pesquisa foi subsidiada pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) e foi desenvolvida em parceria com a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de um município do centro-oeste do estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório, descritivo, transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado em um município do centro-oeste do estado de São Paulo.

As gestantes participantes do estudo foram selecionadas a partir de um levantamento realizado no Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção ao Pré-natal e Puerpério (SIS Pré-Natal) e no Sistema de Informação Ambulatorial Local (SIAL), incluindo-se àquelas cadastradas nos anos de 2011, 2012, e primeiro semestre de 2013, com idades entre 10 e 19 anos.

A coleta dos dados ocorreu no período compreendido entre julho de 2013 e março de 2014, e se deu pela avaliação dos prontuários físicos e

eletrônicos de todas as 32 unidades de saúde da família (USF) do município, e do cadastro nos sistemas de informação supramencionados. Para tanto, utilizou-se de instrumento elaborado pelos pesquisadores e validado por cinco especialistas no assunto, composto pelas seguintes variáveis: número de consultas pré-natais, idade da gestante, escolaridade, incidência de aborto, planejamento da gestação, número de gestações e estado civil. Incluíram-se todos os bancos de dados disponíveis, buscando a abrangência de todas as gestantes do território selecionado.

Os dados foram coletados pelos estudantes do Projeto PET-Saúde, que, divididos em duplas aleatoriamente, responsabilizaram-se, em média, pela coleta de dados de seis a sete USF. Anteriormente, realizou-se contato telefônico com o trio gestor das unidades de saúde para agendamento da coleta (médico, enfermeiro e/ou dentista).

Os dados foram organizados e armazenados em planilha eletrônica do Microsoft Excel® 2007 e analisados na ferramenta estatística SPSS® 21.0. Em razão da natureza das variáveis em estudo, para o resumo dos dados se utilizaram tabelas, número de indivíduos em cada grupo, média e desvio-padrão. Para a verificação de associações entre as variáveis qualitativas, utilizou-se o Teste do qui-quadrado de Pearson e, quando necessário, por restrição teórica, o teste G, com aproximação do cálculo do valor p pelo método de Willians ou o Teste Exato de Fisher (TEF) quando indicado, sendo o cálculo do valor p obtido com a aproximação de Monte Carlo. Para as associações cujo resultado do Teste do qui-quadrado, Teste G ou Exato de Fisher foram significantes, utilizou-se o Teste z para proporções, considerando-se significantes valores superiores a 1,96 em valor absoluto⁽⁷⁾.

Da análise dos dados foram excluídas as gestantes sobre as quais não constavam informações das variáveis em análise. O tamanho inicial da amostra do estudo foi de 309, podendo variar nas tabelas dos resultados dispostas, em função das variáveis em análise. Adotou-se o nível de significância de 5,0% de probabilidade para a rejeição da hipótese nula em todos os testes.

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos e legais conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP) da SMS do município cenário deste estudo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de

Medicina de Marília, sob CAAE n° 16335613.2.00005413 e n° Parecer 302 956.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O acompanhamento pré-natal é universalmente reconhecido como estratégia para estabelecer um processo de vigilância da saúde, cujo foco recai sobre os fatores determinantes para a evolução normal da gestação, objetivando-se reduzir a morbimortalidade materno-infantil⁽⁸⁾. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o seu início precocemente, no primeiro trimestre gestacional, com a realização de no mínimo seis consultas alternadas entre os profissionais de saúde: médico e enfermeiro⁽⁹⁾.

Conforme mostrado na Tabela 1, o resultado do teste do qui-quadrado foi não significativo ($X^2 = 0,231$; g.l.= 3; p = 0,972), o que permite afirmar que não há associação entre idade e número de consultas, não se observando diferenças significativas entre os valores observados e o esperado na amostra geral. Ocorreu similaridade entre as proporções do número de consultas observadas: cinco ou menos (5,6%; 21,0%; 35,7%; 37,8%) e seis ou mais (5,3%; 27,0%; 36,3%; 35,4%), para as idades de 11 a 13 anos, 14 e 15 anos, 16 e 17 anos, e 18 e 19 anos, respectivamente, resultado que não difere estatisticamente das proporções marginais observadas na amostra geral (5,5%; 21,9%; 35,9%; 36,7%).

Tabela 1. Relação entre idade e a frequência do acompanhamento às consultas durante o programa Pré-Natal do Ministério da Saúde, de 309 gestantes adolescentes, no período de 2011, 2012 e primeiro semestre de 2013, Marília, SP, Brasil, 2014.

Idade		N° Consultas ¹		Total
		Cinco ou menos	Seis ou mais	
11a13 anos	Contagem	8 _a	6 _a	14
	Contagem Esperada	7,8	6,2	14,0
	% em N° Consultas	5,6%	5,3%	5,5%
	Resíduos ajustados	,1	-,1	
14 e 15 anos	Contagem	30 _a	26 _a	56
	Contagem Esperada	31,3	24,7	56,0
	% em N° Consultas	21,0%	23,0%	21,9%
	Resíduos ajustados	-,4	,4	
16 e 17 anos	Contagem	51 _a	41 _a	92
	Contagem Esperada	51,4	40,6	92,0
	% em N° Consultas	35,7%	36,3%	35,9%
	Resíduos ajustados	-,1	,1	
18 e 19 anos	Contagem	54 _a	40 _a	94
	Contagem Esperada	52,5	41,5	94,0
	% em N° Consultas	37,8%	35,4%	36,7%
	Resíduos ajustados	,4	-,4	
Total	Contagem	143	113	256
	Contagem Esperada	143,0	113,0	256,0
	% em N° Consultas	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	55,9%	44,1%	100,0%

$X^2 = 0,231$; g.l.= 3 ; p = 0,972

¹Cada letra subscrita indica um subconjunto de N° Consultas; letras iguais indicam categorias cujas proporções das colunas não diferem significativamente umas das outras no nível 0,05, por meio do teste z para proporções.

Sabe-se que a gravidez na adolescência é considerada de alto risco e está relacionada à maior ocorrência de parto prematuro, baixo peso ao nascer e ao pré-natal inadequado, que implica menor número de consultas, início mais tardio e baixa realização de exames complementares. Outros fatores relacionados são a falta de informações sobre os benefícios do pré-natal e a vergonha dos adolescentes em buscar

assistência à saúde, principalmente entre os de baixa renda⁽¹²⁾.

Na Tabela 2, o resultado do teste do qui-quadrado não foi significativo ($X^2 = 6,209$; g.l.= 3; p = 0,102), permitindo afirmar que não há associação entre escolaridade e número de consultas, não se verificando diferenças significativas entre os valores observados e o esperado na amostra geral.

Ocorre similaridade entre as proporções do número de consultas observado, cinco ou menos (18,7%; 28,6%. 20,9%; 31,9%) e seis ou mais (20,0%; 18,6%; 37,1%; 24,3%), para as idades de 11

a 13 anos, 14 e 15 anos, 16 e 17 anos e, 18 e 19 anos, respectivamente, não havendo diferença estatística das proporções marginais consideradas na amostra geral (19,3%; 24,2%; 28,0%; 28,6%).

Tabela 2. Relação entre escolaridade e a frequência do acompanhamento às consultas durante o programa Pré-Natal do Ministério da Saúde, de 309 gestantes adolescentes, no período de 2011, 2012 e primeiro semestre de 2013, Marília, SP, Brasil, 2014.

Escolaridade ²	Nº Consultas ¹		Total	
	Cinco ou menos	Seis ou mais		
EFF	Contagem	17 _a	14 _a	31
	Contagem Esperada	17,5	13,5	31,0
	% em Nº Consultas	18,7%	20,0%	19,3%
	% do Total	10,6%	8,7%	19,3%
	Resíduos ajustados	-,2	,2	
EFC	Contagem	26 _a	13 _a	39
	Contagem Esperada	22,0	17,0	39,0
	% em Nº Consultas	28,6%	18,6%	24,2%
	% do Total	16,1%	8,1%	24,2%
	Resíduos ajustados	1,5	-1,5	
EMP	Contagem	19 _a	26 _b	45
	Contagem Esperada	25,4	19,6	45,0
	% em Nº Consultas	20,9%	37,1%	28,0%
	% do Total	11,8%	16,1%	28,0%
	Resíduos ajustados	-2,3	2,3	
EMC	Contagem	29 _a	17 _a	46
	Contagem Esperada	26,0	20,0	46,0
	% em Nº Consultas	31,9%	24,3%	28,6%
	% do Total	18,0%	10,6%	28,6%
	Resíduos ajustados	1,1	-1,1	
Total	Contagem	91	70	161
	Contagem Esperada	91,0	70,0	161,0
	% em Nº Consultas	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	56,5%	43,5%	100,0%

$$\chi^2 = 6,209; \text{g.l.} = 3; \text{p} = 0,102$$

¹Cada letra subscrita indica um subconjunto de Nº Consultas; letras iguais indicam categorias cujas proporções das colunas não diferem significativamente umas das outras no nível 0,05, por meio do teste z para proporções; EFF² Ensino Fundamental Incompleto. EFC³ Ensino Fundamental Completo (nove anos). EMI⁴ Ensino Médio Incompleto. EMC⁵ Ensino Médio Completo (três anos).

Apesar da diferença não significativa entre a associação da escolaridade e o número de consultas, há evidências de que a gestação na adolescência repercute nos índices de evasão escolar, tanto no período anterior ao parto como posterior, impactando no nível de escolaridade da mãe e diminuindo suas oportunidades futuras na sociedade⁽¹⁰⁾.

Em um estudo realizado na cidade de Curitiba-PR, constatou-se que, embora as adolescentes tenham realizado as consultas de pré-natal e todos os exames adequadamente, elas apontaram perda das oportunidades educacionais em razão da gravidez, situação que constitui um dos principais efeitos negativos relacionados à gestação na adolescência.

Torna-se evidente que os planos futuros e a educação em si é uma preocupação frequente das jovens mães⁽¹⁰⁾.

Em relação aos dados que não apresentaram significância, supõe-se que podem estar relacionados ao preenchimento inadequado dos prontuários, isto porque se notou que muitos deles estavam incompletos. Tal fato decorre da omissão do profissional de saúde em registrar todos os dados, quer seja por esquecimento, por considerar as informações irrelevantes, por falta de tempo para registro, ou, ainda, pela ausência de capacitação dos colaboradores. Os resultados encontrados nos prontuários físicos, e em concordância com a

realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstram baixa ou regular qualidade de preenchimento, apesar de se configurarem como uma das fontes de dados mais utilizada pelo sistema de saúde. Apesar da importância do prontuário, tem-se observado, nos casos de perícias judiciais, que, muitas vezes, esse documento apresenta-se incompleto, com letra ilegível e dados conflitantes com os da enfermagem ou, ainda, eventualmente ausentes⁽¹¹⁾.

Essas informações reforçam a necessidade de um trabalho direcionado para que os profissionais e acadêmicos sejam conscientizados sobre a importância do registro correto das informações, já que o preenchimento inadequado do prontuário, ou a sua ausência de dados, fragiliza a relação de confiança entre os profissionais de saúde e pacientes,

desencadeando perda de credibilidade, de empatia e complicações nos diagnósticos, além de consequente comprometimento do tratamento. O prontuário é um documento de direito do paciente e seu preenchimento correto contribui para a melhoria da relação profissional de saúde/paciente, bem como para o planejamento da assistência de saúde, implementação do cuidado, tratamento e avaliação dos resultados assistenciais, além de atuar como uma ferramenta útil para a consulta, aprimoramento do sistema de saúde e por dar sustentação às pesquisas científicas.

Na Tabela 3 evidencia-se associação entre o estado civil e o número de gestações, posto o valor do teste exato de Fisher (TEF.) que resultou em $p = 0,007$.

Tabela 3. Relação entre estado civil e a frequência do número de gestações durante o programa Pré-Natal do Ministério da Saúde, de 309 gestantes adolescentes, no período de 2011, 2012 e primeiro semestre de 2013, Marília, SP, Brasil, 2014.

Estado Civil		Nº Gestações ¹		
		Duas ou mais ²	Uma	Total
Casada	Contagem	7 _a	32 _a	39
	Contagem Esperada	8,7	30,3	39,0
	% em Nº Gestações	16,3%	21,5%	20,3%
	% do Total	3,6%	16,7%	20,3%
	Resíduos ajustados	-,7	,7	
Solteira	Contagem	11 _a	72 _b	83
	Contagem Esperada	18,6	64,4	83,0
	% em Nº Gestações	25,6%	48,3%	43,2%
	% do Total	5,7%	37,5%	43,2%
	Resíduos ajustados	-2,7	2,7	
União Estável	Contagem	24 _a	42 _b	66
	Contagem Esperada	14,8	51,2	66,0
	% em Nº Gestações	55,8%	28,2%	34,4%
	% do Total	12,5%	21,9%	34,4%
	Resíduos ajustados	3,4	-3,4	
Outros	Contagem	1 _a	3 _a	4
	Contagem Esperada	,9	3,1	4,0
	% em Nº Gestações	2,3%	2,0%	2,1%
	% do Total	0,5%	1,6%	2,1%
	Resíduos ajustados	,1	-,1	
Total	Contagem	43	149	192
	Contagem Esperada	43,0	149,0	192,0
	% em Nº Gestações	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	22,4%	77,6%	100,0%

Teste Exato de Fisher (T.E.F.): $p = 0,007$

¹ Cada letra subscrita indica um subconjunto de número de gestações; letras iguais indicam categorias cujas proporções das colunas não diferem significativamente umas das outras no nível 0,05, por meio do teste z para proporções; ² Incluída uma adolescente gestante com cinco gestações e oito com três gestações.

Na população solteira, o número de adolescentes com duas ou mais gestações foi menor que o esperado na amostra e houve uma adolescente com

gestação maior que o esperado. Encontrou-se diferença significativa entre as proporções de adolescentes gestantes: 48,3% com uma gestação e

25,6% com duas ou mais gestações. Observou-se, também, que a proporção de adolescentes gestantes diferiu estatisticamente entre si. Com efeito, a proporção de adolescentes com duas ou mais gestações (25,6%) apresentou-se menor do que a amostra geral (43,2%), a qual é similar à proporção de adolescentes com uma gestação (48,3%).

Na união estável, o número de adolescentes com duas ou mais gestações foi maior que o esperado na amostra, ao passo que o número de adolescentes com uma gestação foi menor que o esperado; houve diferença significativa entre as proporções de adolescentes gestantes, sendo o número daquelas com uma gestação (28,2%) menor do que as que tiveram duas ou mais gestações (55,8%). Também se observou diferença significativa entre a proporção de adolescentes com duas ou mais gestações (55,8%), que foi maior do que a da amostra geral (34,4%), a qual é quase similar à proporção de adolescentes com uma gestação (28,2%).

Foram identificados resultados similares estatisticamente, levando-se em conta o teste z de proporções e os resíduos ajustados para o estado civil das gestantes casadas. Nesses casos, as proporções do número de gestações - duas ou mais (16,3%) e uma gestação (21,5%), foram similares entre si e não apresentaram diferenças significativas em relação ao número de consultas na amostra geral (20,3%). No item outros, as proporções do número de gestações - duas ou mais (2,3%) e uma gestação (2,0%), foram similares entre si e não apresentaram diferenças significativas em relação ao número de consultas na amostra geral (2,1%).

Considerando o número de gestações e o estado civil, nota-se que a reincidência da gravidez na adolescência, sendo duas ou mais gestações, é maior quando a situação conjugal é a união estável.

A estabilidade da relação e a confiança adquirida no parceiro fazem com que a adolescente não se previna adequadamente. Há baixa adesão ao planejamento familiar, falta de orientação quanto aos métodos contraceptivos, não uso ou uso inadequado e dificuldade de acesso aos métodos anticoncepcionais. Ressalta-se que o fato de a adolescente não ter orientação quanto aos métodos contraceptivos adequados faz com que ela não use esses métodos e engravide sem planejamento, não se prevenindo, também, contra as DST⁽¹²⁾.

Corroborando com essa situação relativa à estabilidade da relação conjugal, um estudo realizado no estado de Piauí observou maior reincidência de

gravidez até dois anos após o término de uma gestação na adolescência, com maior predominância das gestantes casadas⁽¹³⁾.

Outro estudo, realizado em Natal-RN, demonstra que esse fator está relacionado à repetição de gravidez, assim como à baixa escolaridade, ao uso inconsistente de métodos contraceptivos e, principalmente, ao desejo de ser mãe como um projeto de vida das adolescentes⁽¹⁶⁾. Os referidos dados são reforçados pela estimativa da OMS, segundo a qual 40% das adolescentes que engravidam vão ter uma segunda gestação nos três próximos anos⁽¹⁴⁾.

As consequências da repetição da gravidez podem resultar em desorganização familiar, abandono escolar, afastamento social e do mercado de trabalho, agravo das questões emocionais, que assumem um papel importante nessa nova fase, além de reações familiares contraditórias, como sentimentos de revolta, abandono e a aceitação ou rejeição da gravidez e constrangimento. Muitas famílias chegam a atitudes radicais, como expulsar a adolescente de casa, induzir ou forçar o aborto e impor responsabilidades, exigindo o casamento ou a união estável⁽¹⁵⁾.

Conforme identificado na Tabela 4, observa-se que dentre as adolescentes (n=29; 100%) que planejaram a gestação, 2 (6,9%) apresentaram aborto; e entre aquelas que não realizaram planejamento gestacional (n=84;100%), 4 (4,7%) apresentaram aborto. Descartando-se os formulários que não continham todos os dados, destaca-se que apenas 26% das adolescentes planejaram.

Em estudo no qual foram analisadas 201 adolescentes gestantes que tiveram abortos, o resultado apontou para 73 (36,3%) adolescentes que planejaram sua gestação e abortaram e 128 (63,3%) que não planejaram e tiveram abortos. Vale destacar que, nesse mesmo estudo, a ausência de informações em prontuário esteve relacionada a não conformidades encontradas na relação de abortos e planejamento gestacional. Ainda assim, reitera-se que a maioria das adolescentes não realizou planejamento da gestação, corroborando os dados do presente estudo⁽¹⁶⁾.

Ressalta-se, na literatura, a importância da atuação do nível primário de saúde em parceria com as escolas, de forma a trabalhar articuladamente o acompanhamento integral da adolescente. Constata-se a necessidade da realização de ações que possibilitem o acesso às políticas públicas de atenção à saúde sexual e reprodutiva por parte dos adolescentes⁽¹⁷⁾.

Tabela 4. Relação do planejamento e número de abortos das adolescentes das unidades de saúde da família nos anos de 2011, 2012 e primeiro semestre de 2013, Marília, SP, Brasil, 2014.

Nº de Abortos	Planejamento da gestação				Nada Consta	%	Total	%
	Sim	%	Não	%				
Nenhum	26	89,65	79	94,04	162	82,65	267	86,41
Um	1	3,45	4	4,77	14	7,14	19	6,15
Dois	1	3,45	-	-	1	0,52	2	0,65
Nada Consta	1	3,45	1	1,19	19	9,69	21	6,79
Total	29	100,00	84	100,00	196	100,00	309	100,00

As parcerias entre ensino e prática, aproximando a academia aos serviços de saúde, fortalecem as unidades da Estratégia Saúde da Família como espaço de produção de conhecimento científico para repensar as práticas de saúde, proporcionando a incorporação de propostas inovadoras que visem à capacitação dos adolescentes para escolhas conscientes, de forma a promover sua autonomia. A utilização de metodologias problematizadoras tem se revelado um desafio, pois se faz necessário trabalhar preconceitos e respeito ao outro, de forma a reconhecer o outro como fonte de saber, oportunizando trocas e crescimento pessoal e profissional⁽¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo traçar o perfil social e obstétrico de gestantes adolescentes de um município de São Paulo, com o intuito de proporcionar conhecimento para melhor atendimento dessas pacientes pelas USF e pelo setor público de saúde.

Não houve relação significativa entre idade da gestante e o número de consultas de pré-natal frequentadas, nem significância estatística entre escolaridade e o número de consultas. A faixa-etária de 16 a 19 anos apresentou maior índice de gestantes, correspondente a 223 (72,1%) do total das adolescentes participantes do estudo. Constatou-se que a reincidência da gravidez na adolescência é maior quando a situação conjugal é a união estável e também que a maioria das adolescentes não realizou planejamento da gestação.

Conforme demonstrado em outros estudos, há relação direta e importante entre a escolaridade ou o

nível de informação que a adolescente recebe e a sua gestação, sendo claro que, quanto mais instruída, menor a porcentagem de gestações precoces ou reincidentes e, se gestante, melhor a qualidade de vida da mãe e do bebê.

A partir da análise de contingência “perfil coluna”, evidenciou-se elevado número de ausência de respostas nas variáveis analisadas, que resultou em estatísticas inconsistentes em algumas tabelas, contrariando as associações observadas em outros estudos. Significa dizer que, o preenchimento inadequado dos prontuários, provavelmente exerceu influência na ausência de associações entre algumas variáveis analisadas. Assim, ressalta-se a importância do desenvolvimento de estratégias que fomentem a prática adequada do registro de informações em prontuário.

Ademais, constata-se que processos de educação em saúde com adolescentes, que envolvam o ambiente familiar, é primordial para a diminuição de gestações, tanto não planejadas quanto planejadas, a fim de melhorar a qualidade de vida delas e de seus filhos. Somente a educação, e não apenas a conscientização, leva as jovens a melhores oportunidades de emprego e retardo da gravidez em busca de uma melhor perspectiva de vida laboral. É necessário levar em consideração as particularidades dos adolescentes e respeitar a autonomia dos sujeitos.

Sobretudo, a educação dos profissionais da saúde para registro correto dos prontuários é de suma importância para prover uma ferramenta capaz de gerar conhecimento teórico e científico, e melhor qualidade de atendimento na relação do profissional da saúde com o paciente.

SOCIAL AND OBSTETRIC PROFILE OF PREGNANT ADOLESCENT WOMEN

ABSTRACT

Adolescence is the stage of life between childhood and adulthood, marked by complex processes of biopsychosocial growth and development. In this period, the early onset of sexarch, associated with lack of knowledge in terms of contraceptive methods and low schooling, results in an increase in sexually transmitted diseases and unwanted pregnancy. The objective of the study was to

identify the social and obstetric characteristics of pregnant adolescent women. This is a descriptive, retrospective, cross-sectional and quantitative study, developed with data from 2011, 2012 and the first half of 2013, involving 309 pregnant adolescent women aged between 10 and 19 years. Data were collected through a form, in the Prenatal and Puerperium Attention and Monitoring System and Local Ambulatory Information System, as well as physical and electronic records of 32 family health units of a city in the Midwestern region of the state of São Paulo. For data analysis, descriptive statistics and association tests were used. It was found that 36% of pregnant women attended six or more prenatal visits. The prevalent age range was 16 to 19 years. Adolescents' health education, as an attempt to reduce gestation in adolescence, is essential in order to improve the quality of life of the mother-baby binomial.

Keywords: Adolescence. Teenage pregnancy. Health education.

PERFIL SOCIAL Y OBSTÉTRICO DE GESTANTES ADOLESCENTES

RESUMEN

La adolescencia es la fase de la vida comprendida entre la infancia y la fase adulta, señalada por complejos procesos de crecimiento y desarrollo biopsicosocial. En este período, el inicio precoz de la relación sexual, asociado a la falta de conocimiento sobre métodos contraceptivos y baja escolaridad, resulta en el aumento de enfermedades sexualmente transmisibles y embarazo indeseado. El objetivo del estudio fue identificar las características sociales y obstétricas de gestantes adolescentes. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y cuantitativo, desarrollado con datos de 2011, 2012 y del primer semestre de 2013, de 309 adolescentes de 10 a 19 años, gestantes, recolectados mediante formulario, en el Sistema de Monitorización y Evaluación de la Atención al Prenatal y Puerperio y Sistema de Información Ambulatoria Local, además de registros médicos físicos y electrónicos de 32 unidades de salud de la familia de un municipio del centro-oeste del estado de São Paulo-Brasil. Para el análisis de los datos, se utilizaron estadística descriptiva y pruebas de asociación. Fue identificado que 36% de las gestantes frecuentaron seis o más consultas del prenatal. La franja de edad prevalente fue entre 16 y 19 años. Se constató que la educación en salud de las adolescentes es primordial como un intento para la disminución de la gestación en la adolescencia, a fin de mejorar la calidad de vida del binomio madre-bebé.

Palabras clave: Adolescencia. Embarazo en la adolescencia. Educación en salud.

REFERÊNCIAS

1. Danno CH, Takeda E, Mazzetto, FMC, Tonhom, SFR. Adolescente: compreendendo sua susceptibilidade às lesões intraepiteliais cervicais. *Adolesc Saude*. 2016 [citado 2017 maio 6]; 13(3): 60-8. Disponível em: http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=607#.
2. Oliveira JM, Oliveira JPM, Silva SS, Silva SS, Maracajá PB. Gravidez na adolescência: realidade e repercussões sobre atividade sexual. *Intesa Informativo Técnico do Semiárido* [online]. 2015 [citado 2016 jan 9]; 9 (2):16-22. Disponível em: <http://gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/3593/3238>.
3. Gravena AAF, Paula MG, Marcon SS, Carvalho MDB, Peloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(2): 130-35.
4. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 - WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates. Geneva: WHO, 2012.
5. Serruya SJ. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; (34): 531-35.
6. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Atenção Primária e as Redes de Atenção À Saúde. Brasília, DF; 2015.
7. Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.
8. American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Making Obstetrics and Maternity Safer (MOMS) Initiative [on-line] 2014 [citado 2017 abr 29]. Disponível em: https://choicesinchildbirth.org/wp-content/uploads/2014/08/ACOG_Statement-of-Care.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2012.
10. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Gonzalez-Chica DA, Mano PS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(5): 985-94.
11. Minossi JG, Silva AL. Medicina defensiva: uma prática necessária?. *Rev Col Bras Cir*. 2013; 40(6):494-501.
12. Silva MRB, Silva LA, Maturana HCA, Silva RB, Santos ME, Figueiredo Filho V. Por que elas não usam?: um estudo sobre a não adesão das adolescentes aos métodos contraceptivos e suas repercussões. *Saúde em Redes*. 2016; 1(4): 75-83.
13. Nery IS, Gomes KRO, Barros IDC, Gomes IS, Fernandes ACN, Viana LMM. Factors associated with recurrent pregnancy following initial teenage pregnancy in Piauí, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(4): 671-80.
14. Ferreira CL, Braga LP, Mata ANS, Lemos A, Maia EMC. Repetição de gravidez na adolescência: estudos sobre a prática contraceptiva em adolescentes. *Estud Pesq Psicol*. 2012; 12(1): 188-204.
15. Taborda JA, Silva FCD, Ulbricht L, Neves, EB. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Cad Saude Colet*. 2014; 22(1): 16-24.
16. Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Rego G, Nunes R. A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. *Saude Soc*. 2012; 21(1): 246-56.
17. Coelho MMFC, Torres, RAM, Miranda, KCL, Cabral, RL, Almeida, KG, Queiroz, MVO. Educação em saúde com adolescentes: compartilhando vivências e reflexões. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(2): 390-5

Endereço para correspondência: Graziela Tainara Okuda. Rua das Grumixamas, 356, apto 52, São Paulo, São Paulo, Brasil. Telefones: (11) 4564-4042 (14)964942595. E-mail: graziela_okd@hotmail.com

Data de recebimento: 25/04/2016

Data de aprovação: 15/02/2017