

CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DE MÃES ADOLESCENTES NO PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Denise Di Stefano^a

Ana Silvia Moccellini^b

Márcia R. C. Fabbro^c

Humberto S. Hirakawa^d

Ligia H. Accierini^e

Juliana Honorato^f

Larissa Riani Costa^g

Patricia Driusso^h

Resumo

A gravidez/maternidade adolescente tem sido associada a um conjunto de fatores de natureza psicossocial que afeta diretamente a vida do bebê e da mãe e, quando não-planejada, pode revelar-se um grave problema para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens brasileiros. São objetivos deste estudo: caracterizar as condições sociodemográficas e de saúde no primeiro ano pós-parto de adolescentes primigestas e investigar o perfil de cuidados de bebês de mães adolescentes no primeiro ano de vida. O método empregado foi a análise retrospectiva dos nascimentos ocorridos entre abril/2008 e março/2009 na Maternidade de São Carlos. A coleta de dados ocorreu mediante a realização de entrevista com 49 adolescentes de 16 a 21 anos de idade (18,5±1,43). Os resultados mostram que 61% das adolescentes receberam apoio de seus pais, mesmo sendo a gravidez não intencional, em 69% dos casos; 57% mantiveram relação estável com o pai da criança; 35% estudavam quando engravidaram e 66% interromperam os estudos. Trabalhavam antes

^a Aluna do Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de São Carlos. dezinha251@hotmail.com

^b Aluna de Pós-Graduação (Doutorado). Universidade Federal de São Carlos. anamoc33@yahoo.com.br

^c Docente do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos. cangiani@ufscar.br

^d Docente do Departamento de Medicina. Universidade Federal de São Carlos. humberto@ufscar.br

^e Aluna do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos. laccierini@yahoo.com.br

^f Aluna do Departamento de Medicina. Universidade Federal de São Carlos. juhonorato@yahoo.com.br

^g Docente do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos. Universidade Federal do Amazonas. larissariani@yahoo.com.br

^h Docente do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos.

Endereço para correspondência: Rua Santo Monte, n.º 136, Jardim Salessi, Cidade Itatiba, São Paulo. CEP: 13251-131. pdriusso@ufscar.br

da gravidez 34%, tendo 33% interrompido a atividade; 72% não retornaram à sua ocupação. A maioria das adolescentes não relatou dificuldades nos cuidados com a criança, tendo 98% recebido orientações de familiares e profissionais de saúde; 98% aderiram ao aleitamento materno. No âmbito familiar, as adolescentes tiveram apoio e orientação de seus familiares, em especial dos avós maternos. A maioria das adolescentes mencionou a participação ativa do pai do bebê, tanto nos cuidados como financeiramente, apesar de o casal não manter uma união estável. A maioria refere que fez o acompanhamento mensal de saúde do bebê e que tiveram auxílio da unidade de saúde. Conclui-se que a gravidez na adolescência aparece muito mais como um problema social do que biológico, pois a maioria das adolescentes deixou de estudar e as que trabalhavam deixaram de exercer a profissão em virtude da necessidade de cuidar do filho pequeno, o que as tornam dependentes da moradia e do suporte financeiro de sua família.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Condições socioeconômicas. Escolaridade. Sistema de saúde. Características da família.

CHARACTERIZATION OF SOCIAL AND HEALTH CONDITIONS OF ADOLESCENT MOTHERS AFTER ONE YEAR OF CHILDBIRTH IN A CITY OF SÃO PAULO STATE

Abstract

Pregnancy / adolescent motherhood has been associated with a set of psychosocial factors that directly affects the life of the baby and the mother and, when unplanned, that can prove to be a serious problem for the sexual and reproductive health of adolescents and young Brazilians. The objectives of this study were to characterize the socio-demographic and health conditions in the first year postpartum in primiparous adolescents and to investigate the profile of baby care of teenage mothers in the first year of life. The method used was a retrospective analysis of births from April/2008 and March/2009 at the Maternity of St. Charles. The data were collected by conducting interviews with 49 adolescents from 16 to 21 years of age (18.5 ± 1.43). The results show that 61% of adolescents received support from their parents, even if unintended pregnancies in 69% of cases, 57% remained in stable relationship with the child's father, 35% were studying when they became pregnant and 66% discontinued their studies. This study shows that 34% of the teenagers worked before their pregnancy and 33% stopped their job activities, 72% did not return to their occupation. Most adolescents reported no difficulties in caring for the child, 98% received counseling from family and health professionals, 98% adhered to breastfeeding.

Within the family, the teenagers had support and guidance from their relatives, especially from the maternal grandparents. Most adolescents mentioned the active participation of the father, both in care and financially, although the couple did not keep a stable relationship. Most teenagers state that they did the monthly prenatal and they had help from the health unit. It is concluded that teenage pregnancy appears more as a social problem rather than biological, as most teenagers stopped studying and working because they needed to take care of their child, which makes them dependent on the housing and financial support from their families.

Key words: Teenage pregnancy. Socioeconomic status. Schooling. Health care. Family characteristics.

CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES SOCIALES Y DE SALUD DE LAS MADRES ADOLESCENTES EN EL PRIMER AÑO POSPARTO EN UN MUNICIPIO DEL ESTADO DE SÃO PAULO

Resumen

El embarazo/maternidad adolescente se ha asociado a un conjunto de factores de naturaleza psicosocial que afectan directamente la vida del bebé y de la madre, y cuando no planificado, puede llegar a ser un problema grave para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes brasileños. Los objetivos de este estudio son: caracterizar las condiciones sociodemográficas y de salud en el primer año posparto en adolescentes primigestas e investigar el perfil de los cuidados de los bebés de madres adolescentes en el primer año de vida. El método utilizado fue el análisis retrospectivo de los nacimientos entre abril de 2008 y marzo de 2009 en la Maternidad de San Carlos. Los datos fueron recogidos mediante la realización de entrevistas con 49 adolescentes de 16 a 21 años de edad ($18,5 \pm 1,43$). Los resultados muestran que el 61% de las adolescentes recibió el apoyo de sus padres, aun siendo embarazos no deseados, en el 69% de los casos, el 57% mantuvo una relación estable con el padre del niño, el 35% estaba estudiando cuando se quedó embarazada y el 66% interrumpió sus estudios. El 34% trabajaba antes del embarazo y 33% dejó la actividad, el 72% no regresó a su ocupación. La mayoría de las adolescentes informó que no hubo dificultades con el cuidado del niño, el 98% recibió asesoramiento de familiares y de los profesionales de la salud y, el 98% adhirió a la lactancia materna. En el ámbito familiar, las adolescentes tuvieron el apoyo y la orientación de sus familias, especialmente de los abuelos maternos. La mayoría de las adolescentes mencionó la participación activa del

padre del bebé, tanto en los cuidados como financieramente, aunque la pareja no mantenga una relación estable. La mayoría relató que hizo el acompañamiento mensual de la salud del bebé y que contó con la ayuda del centro de salud. Se concluye que el embarazo en la adolescencia aparece mucho más como un problema social de que biológico, pues la mayoría de los adolescentes dejó de estudiar y las que trabajaban dejaron de ejercer la profesión debido a la necesidad de cuidar a su hijo pequeño, lo que las hace dependiente de la casa y del apoyo financiero de su familia.

Palabras clave: Embarazo en la adolescencia. Condiciones socioeconómicas. Escolaridad. Sistema de salud. Características de la familia.

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência tem sido considerada como um importante problema de saúde pública devido ao seu alto nível de incidência, aos riscos que acometem a mãe e o bebê e também por ser um possível elemento desestruturador da vida de adolescentes. É um acontecimento que está relacionado a diversos fatores sociais, entre eles familiares, pessoais e acesso restrito a informações e aos serviços de saúde.¹

Estima-se que cerca de 15 milhões de mulheres de 10 a 19 anos, período definido mundialmente como da adolescência, dão à luz a cada ano, o que corresponde a 21,12% dos partos.² No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),³ o percentual de nascidos vivos de mulheres entre 10 e 19 anos (10,3%), em 2006, representou 21,5% do total, sendo 0,9% em menores de 15 anos e 20,6% nas mulheres de 15 a 19 anos. Este percentual variou entre os estados, sendo menor em São Paulo (16,8%) e no Distrito Federal (15,4%) e maior no Maranhão (29,5%) e no Tocantins (28,4%).⁴

Como consequência da alta frequência e dos riscos associados à gravidez adolescente, complicações na gestação e parto têm se estabelecido como a principal causa de morte para meninas entre 15 e 19 anos em diversos países do mundo. Estudos indicam uma probabilidade duas vezes maior de óbitos maternos em mulheres com idade entre 15 e 19 anos quando comparadas com aquelas acima de 20 anos de idade; entre as mães com idade inferior a 15 anos, o risco é cinco vezes maior.⁵ Além do maior risco de mortalidade, observa-se, durante a gravidez na adolescência, maior incidência de prematuridade e baixo peso do bebê ao nascer, restrição de crescimento intrauterino, sofrimento fetal agudo intraparto, desproporção feto-pélvica, diabetes gestacional, anemia ferropriva, retardo do desenvolvimento uterino e pré-eclâmpsia.⁶

A gravidez/maternidade adolescente tem sido também associada a um conjunto de fatores de natureza psicossocial que afeta diretamente a vida do bebê (como, por exemplo, a assistência pré-natal deficiente, maior incidência de doenças durante e após a gestação, maior chance de adoecerem, sofrerem acidentes e apresentarem baixo rendimento escolar), ou da mãe (menor chance de completar a escolaridade, redução nas oportunidades de emprego, maior tendência à construção de famílias numerosas e de separações).⁶ A gravidez não-planejada pode revelar-se um grave problema para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens brasileiros, como atesta o número de atendimentos decorrentes de aborto no Sistema Único de Saúde (SUS).⁷

Diante desse quadro, uma série de ações preventivas tem sido desenvolvida no país. No final de 2003, o governo brasileiro, em suas diversas esferas, firmou um Pacto Nacional com o intuito de instituir princípios, diretrizes e responsabilidades para reduzir os casos de morbimortalidade materna adolescente. Entre as estratégias do Ministério da Saúde, podem-se citar: garantia de amparo nos serviços; reconhecimento do aborto como causa de mortalidade materna e garantia da qualidade e ampliação de serviços de atenção ao abortamento; expansão da atenção básica e oferta de exames; realização de pactos regionais e municipais; implantação do planejamento familiar; vigilância ao óbito materno e neonatal; cuidado intensificado do recém-nascido e da puérpera na primeira semana; organização, qualificação e ampliação do acesso aos serviços; interação de ações de suporte social e programas de assistência social; qualificação, capacitação e humanização dos profissionais de saúde; campanhas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; elaboração de políticas de saúde reprodutiva para adolescentes, incluindo contracepção de emergência; inclusão de educação sexual nas escolas e divulgação das consequências negativas na gravidez não desejada entre os jovens.⁵

Essas e outras medidas têm gerado uma diminuição do número de internações para atendimento obstétrico em adolescentes. Ao se comparar os números do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc/Datasus) disponíveis desde 1994, nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos, observa-se elevação do número de nascidos vivos em todas as faixas até o ano 2000; a partir de 2001, observa-se queda do número de nascidos vivos na faixa etária de 15 a 19 anos.⁸

Apesar de o número de partos em adolescentes, nos últimos anos, ter diminuído devido a diferentes formas de intervenções, ainda tornam-se mães a cada ano cerca de 700 mil adolescentes, encontrando consequências futuras relacionadas à gestação precoce, tais como: impedimento em concluir a fase da adolescência pelo adiantamento de escolhas

e evasão escolar; diminuição da oportunidade de qualificação profissional e consequente ingresso no mercado de trabalho; problemas em voltar à vida sexual e balizar a fecundidade; dificuldade em estabelecer uma família autônoma e com projetos futuros; vínculo financeiro absoluto com a família ou com o pai da criança; risco de volubilidade conjugal; abandono familiar da adolescente, podendo ocasionar redução de renda da jovem e da família que venha a se formar; existência de preconceito pela sociedade; despreparo para lidar com o crescimento da criança; maior risco de agravos à saúde física e emocional do bebê e da mãe adolescente diante das dificuldades.⁶

Assim, associada à implementação de medidas preventivas em relação ao problema, tornam-se importantes as ações de intervenção que forneçam suporte social à família de mães adolescentes e apoio/orientação nos cuidados dos primeiros anos de vida da criança. No entanto, estudos que indiquem os impactos gerados pela gravidez adolescente e os fatores prioritários para intervenção nos primeiros anos após o parto são escassos, indicando a necessidade de pesquisas que abordem as condições sociais e de saúde de mães adolescentes durante o período pós-parto, gerando informações que possam subsidiar a elaboração de políticas públicas.

Este estudo tem como objetivos caracterizar as condições sociodemográficas e de saúde no primeiro ano pós-parto de adolescentes primigestas e investigar o perfil de cuidados de bebês de mães adolescentes no primeiro ano de vida.

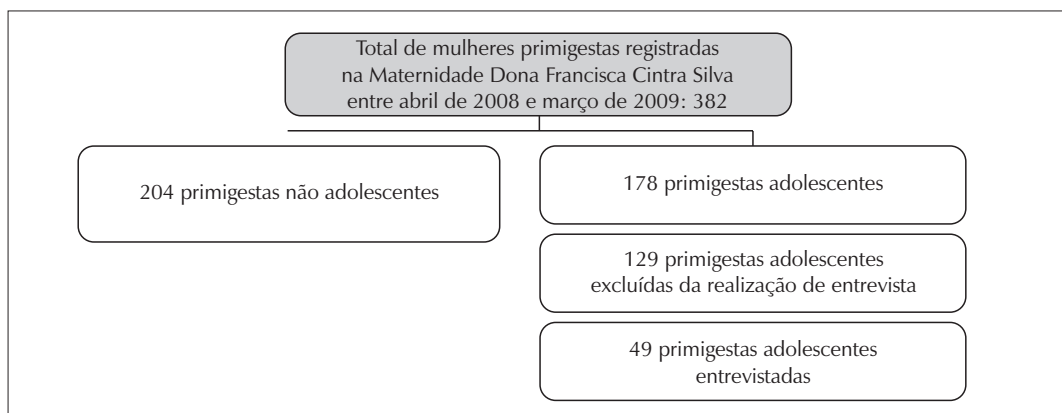
MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo em uma população de adolescentes primigestas, realizado em duas etapas: a primeira retrospectiva, na qual os dados foram obtidos no livro de registro de nascimentos e no banco de dados das internações hospitalares de adolescentes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Maternidade Dona Francisca Cintra Silva; a segunda etapa foi constituída por entrevista domiciliar, por meio de questionário, que permitiu a identificação de outras informações não disponíveis nas bases de dados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, segundo protocolo n.º 338/2008.

O estudo foi desenvolvido no município de São Carlos, localizado no interior do Estado de São Paulo, de março/2009 a maio/2010. Residem no município 224.828 habitantes, sendo a população de 10 a 14 anos correspondente a 16.296 (7,25%) e de 15 a 19 anos correspondente a 17.302 (7,69%). A população feminina equivale a 50,92% da população total, sendo 7.955 referentes a adolescentes de 10 a 14 anos e 8.407 de 15 a 19 anos.⁹

Inicialmente, foram investigados todos os registros de nascimentos ocorridos na Maternidade Dona Francisca Cintra Silva entre os meses de abril de 2008 e março de 2009 para a coleta de endereços e telefones de mulheres primigestas atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando 382 mulheres – 178 primigestas adolescentes e 204 primigestas com idade acima de 19 anos. Em seguida, foram realizados contatos via telefone ou visitas domiciliares para seleção das adolescentes participantes da entrevista. Nesse processo, dentre as 178 adolescentes primigestas identificadas, 129 foram excluídas devido à ausência do registro de endereço e telefone, mudança de endereço ou telefone, ou recusa da participação no projeto (**Organograma 1**).



Organograma 1 – Adolescentes entrevistadas

Assim, participaram da etapa seguinte 49 adolescentes que, no momento da entrevista, apresentaram idade entre 16 e 21 anos de idade ($18,53 \pm 1,43$), sendo a idade da primeira gestação entre 15 e 19 anos ($17,26 \pm 1,28$). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para tomarem parte voluntariamente no estudo. O convite às adolescentes foi realizado por telefone ou visita domiciliar, nos quais foram apresentados os objetivos e os métodos da pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas no local e horário de preferência da participante.

O instrumento aplicado durante a entrevista foi elaborado conjuntamente entre os membros da equipe da pesquisa, envolvendo fisioterapeutas, enfermeiros, médicos, estatísticos e discentes de graduações na área da saúde, contendo informações relacionadas a dados sociodemográficos (idade da mãe, do pai e da criança, situação conjugal, arranjo de moradia e residência atual); dados sobre a gestação, parto e pós-parto (amamentação, vacinação, cuidados com a criança, suporte familiar e social, utilização de métodos

contraceptivos), relacionamento com parceiro e avós paternos e maternos da criança, características socioeconômicas (situação escolar, situação de trabalho, acesso a serviços de saúde, sustento financeiro do casal e da criança), características físicas e condições de lazer da adolescente. O questionário foi aplicado pelos pesquisadores e todas as informações foram referidas pelas adolescentes investigadas. Os dados foram tabulados no Excel e analisados por meio de técnicas descritivas (tabelas).

RESULTADOS

Das adolescentes entrevistadas, 28 (57%) apresentam relação civil estável. A manutenção de relacionamento com o pai do primeiro filho foi relatada por 65,31% das participantes. Em 61% dos casos, o pai da criança reside na mesma moradia que a mãe e o filho. Em apenas 28% dos domicílios, porém, a composição de moradia restringia-se a mãe, pai e filho, sendo 71% das moradias compostas por um núcleo familiar ampliado que envolve avós, demais parentes e agregados. Ainda, em 4% das entrevistas, foram identificados outros filhos residentes nos domicílios, nascidos após a primeira gestação.

A **Tabela 1** contém os dados referentes às condições de estudo e emprego das adolescentes investigadas, observando-se que a maioria delas (67%) estudava quando engravidou, 70% cursavam o ensino médio, 46% interromperam os estudos durante a gestação e 71% não retornaram ao estudo depois do nascimento da criança. A maioria das adolescentes (66%) não trabalhava antes da gravidez e, entre as que trabalhavam, 33% interromperam sua ocupação durante a gestação. Destas, 72% referiram o não retorno ao emprego no primeiro ano pós-parto, sendo a principal justificativa a necessidade de cuidar do bebê.

Tabela 1. Frequência e porcentagem das adolescentes primigestas antes, durante e após o período gestacional, por variáveis – São Carlos (SP) – abr. 2009-maio 2009

(continua)

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Adolescentes que estudavam durante a primeira gestação	33	67, 35
Tipo de Escola		
Escola Pública	31	93, 94
Escola Particular	02	06, 06
Motivos referidos pelas adolescentes que não frequentavam nenhum curso escolar regular		
Questões pessoais	09	56, 25
Questões familiares	02	12, 50
Questões financeiras	01	06, 25
Já havia terminado o ensino médio	04	25, 00
Série cursada durante a gravidez		
5.ª a 8.ª do ensino fundamental	10	30, 30
Ensino Médio	23	69, 70
Adolescentes que interromperam os estudos devido à gravidez	23	65,71

Tabela 1. Frequência e porcentagem das adolescentes primigestas antes, durante e após o período gestacional, por variáveis – São Carlos (SP) – abr. 2009-maio 2009

Variáveis	Frequência	Porcentagem
(conclusão)		
Período de interrupção dos estudos		
Logo que engravidou	10	41, 67
Durante a gravidez	11	45, 83
Logo que o bebê nasceu	03	12, 50
Adolescentes que retornaram aos estudos depois do nascimento da criança	14	28, 57
Motivos referidos pelas adolescentes para o não retorno aos estudos		
Questões pessoais	28	80, 00
Questões familiares	04	11, 43
Questões financeiras	02	05, 71
Questões familiares e financeiras	01	02, 86
Adolescentes que trabalhavam durante a primeira gestação	17	34, 70
Adolescentes que interromperam o trabalho devido à gravidez	11	64, 70
Período de interrupção do trabalho		
Logo que engravidou	04	57, 14
Durante a gravidez	02	28, 57
Logo que o bebê nasceu	01	14, 29
Adolescentes que retornaram ao trabalho depois do nascimento da criança	13	28, 26
Motivos referidos pelas adolescentes para o não retorno ao trabalho		
Para cuidar do filho	22	44, 90
Questões pessoais	13	26, 53
Questões estruturais/dificuldade de acesso	06	12, 24
Número de períodos/turnos que trabalha		
Um período	04	30, 77
Dois períodos	08	61, 54
Três períodos	01	07, 69
Responsáveis pelos cuidados da criança durante o período de trabalho materno		
Avós	07	49, 99
Pai	03	21, 42
Outros	04	28, 56
Responsáveis pelo sustento financeiro da criança		
Mãe	07	14, 29
Pai da criança	36	73, 47
Companheiro atual	01	02, 04
Avós	16	32, 65
Participação do pai no cuidado com a criança		
Em todos os cuidados	23	46, 94
Parcial	15	30, 61
Inexistente	11	22, 45

A análise da **Tabela 1** indica também que, dentre as adolescentes que retornaram ao trabalho, 28% trabalham em dois períodos do dia e a criança, durante sua ausência, permanecia, em aproximadamente 50% dos casos, com os avós. O pai é o responsável pela criança durante o período de trabalho da mãe em apenas 21% dos casos e é considerado como responsável financeiramente pelo sustento da criança na maioria dos casos (73%). Quando questionadas sobre a participação do pai nos cuidados com a criança, 46% das mulheres relataram participação total.

Na **Tabela 2** são apresentados os dados referentes à afinidade dos familiares com o bebê e dados associados com a gestação. A maioria das adolescentes declarou

que avós maternos têm uma relação ótima com a criança e tiveram uma reação positiva frente à gravidez. No relacionamento dos avós paternos com a criança, pode-se verificar que a maioria das adolescentes referiu relação ótima e boa, porém 20% relatou não manter relação. A reação da mãe adolescente quanto à gravidez foi, predominantemente, de alegria e susto; quanto ao pai, reagiu à situação com felicidade, representando 67%, segundo relato das adolescentes.

Tabela 2. Frequência e porcentagem referentes à gestação e ao relacionamento intrafamiliar antes, durante e após o período gestacional, por variáveis – São Carlos (SP) – abr. 2009-maio 2009

(continua)

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Relacionamento dos avós maternos com a criança		
Ótimo	34	69,39
Bom	13	26,53
Ruim	01	02,04
Não mantém	01	02,04
Atitude dos avós maternos frente à gravidez		
Positiva	30	61,22
Negativa	17	34,69
Ambos	01	02,04
Falecidos	01	02,04
Relacionamento dos avós paternos com a criança		
Ótimo	17	34,69
Bom	17	34,69
Ruim	04	08,16
Não mantém	10	20,41
Não sabe	01	02,04
Atitude dos avós paternos frente à gravidez		
Positivo	30	61,23
Negativo	13	26,53
Indiferente	01	02,04
Falecidos	03	06,12
Não sabe	02	04,08
Reação materna frente à gravidez		
Felicidade	19	38,78
Medo	09	18,37
Raiva	04	08,16
Susto	17	34,69
Reação paterna frente à gravidez		
Felicidade	32	66,67
Medo	05	10,42
Raiva	02	04,17
Susto	08	16,67
Indiferente	01	02,08
Adolescentes que apresentaram gravidez intencional		
	15	30,61
Relação estabelecida com o pai da criança		
Relação ocasional	04	08,16
Namorados	34	69,39
União estável/ casados	10	30,40
Amigos	01	02,05

Tabela 2. Frequência e porcentagem referentes à gestação e ao relacionamento intrafamiliar antes, durante e após o período gestacional, por variáveis – São Carlos (SP) – abr. 2009-maio 2009

(conclusão)

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Idade do pai da criança na ocasião da gestação		
De 14 a 18 anos	08	16,33
Acima de 19 anos	41	83,67
Intercorrências com o bebê		
Nenhuma	37	71,14
Hipoglicemia	01	01,92
Icterícia	07	13,46
Processo infeccioso	06	11,53
Não respondeu/ não consta	01	01,92
Adolescentes que apresentaram intercorrências durante a gestação	20	40,82

Com relação aos dados associados à gestação, 69% das adolescentes respondeu que a gravidez não foi intencional e que namoravam o pai da criança no momento da gravidez. A maioria dos pais (84%) tinha idade superior a 19 anos. Quase 60% das adolescentes declararam que não ocorreram intercorrências durante a gestação e não houve relato expressivo de intercorrências com o bebê; a mais frequente foi a icterícia, com 13%, seguida de processos infecciosos.

Na **Tabela 3** podem ser observados os dados sobre amamentação, alimentação e cuidados básicos com o bebê durante o seu primeiro ano de vida. O aleitamento materno foi relatado em 93% das adolescentes, sendo ofertado, em aproximadamente metade dos casos, aleitamento materno exclusivo por até 4 meses. A introdução de demais alimentos na dieta do lactente ocorreu na maioria dos casos (44%) entre 3 e 6 meses. Segundo relato das adolescentes, a amamentação foi mantida acima de 4 meses em 76% das mulheres. Todas as adolescentes receberam orientações sobre o aleitamento materno, principalmente em unidades de saúde.

Tabela 3. Frequência e porcentagem de cuidados maternos sobre a saúde do bebê, por variáveis – São Carlos (SP) – abr. 2009-mar. 2010

(continua)

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Adolescentes que ofereceram aleitamento materno	46	93,88
Tempo de aleitamento materno exclusivo		
15 dias	04	08,70
1 mês	06	13,04
2 meses	04	08,70
3 meses	04	08,70
4 meses	04	08,70
Mais de 4 meses	24	52,17

Tabela 3. Frequência e porcentagem de cuidados maternos sobre a saúde do bebê, por variáveis – São Carlos (SP) – abr. 2009-mar. 2010

(conclusão)

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Tempo de aleitamento materno independente de outro alimento		
15 dias	01	02, 17
1 mês	03	06, 52
2 meses	04	08, 70
4 meses	03	06, 52
Mais de 4 meses	35	76, 09
Motivos relatados pelas adolescentes que não aderiram ao aleitamento materno		
Leite fraco	02	50, 00
Orientação médica	01	25, 00
Permanência do bebê em incubadora	01	25, 00
Idade em que foram inseridos outros alimentos e bebidas na dieta do lactente		
1 a 3 meses	12	24, 49
3 a 6 meses	22	44, 90
Após 6 meses	15	30, 61
Adolescentes que receberam orientações sobre aleitamento materno	49	100,00
Responsáveis pelas orientações fornecidas às adolescentes		
Profissionais do sistema de saúde	32	65, 31
Profissionais do sistema de saúde e familiar	12	24, 49
Amigos e Família	05	10, 20
Adolescentes que receberam ajuda nos cuidados com a criança	44	89, 80
Principais responsáveis pelo auxílio nos cuidados com a criança		
Famíliares	17	38, 64
Pai	01	02, 27
Avós	19	43, 18
Amigos e parentes	07	15, 91
Crianças que receberam acompanhamento de saúde no 1º ano de vida	48	97, 96
Adolescentes que residiam próximo aos locais de oferta dos cuidados a saúde da criança	40	81, 63
Adolescentes que receberam orientações sobre cuidados básicos com a criança	48	97, 96
Quem passa a maior parte do tempo com a criança		
Mãe	29	59, 18
Mãe e outros	08	16, 33
Outros	12	24, 49

Receberam ajuda no cuidado com a criança aproximadamente 90% das participantes, sendo os principais auxiliares os avós, seguidos por familiares. Ainda assim, a própria mãe é considerada a pessoa que passa o maior tempo com a criança em 59% dos casos. Entre as mulheres que relatam acompanhamento de saúde, 82% afirmaram residir próximo ao local de atendimento.

A maioria das adolescentes referiu não sentir dificuldades relacionadas às ações de cuidados com seu filho, sendo apenas expressivo o medo de seu filho engasgar e de lidar com os diversos conselhos contraditórios (**Tabela 4**).

A atividade física era realizada antes da gestação por 45% das adolescentes, sendo interrompida devido à gravidez em 80% das adolescentes ativas. Após o nascimento da criança, apenas 18% das mulheres retornaram à prática e 82% permaneceram sedentárias.

Tabela 4. Frequência absoluta e porcentagem, por dificuldades percebidas por mães adolescentes no cuidado com o bebê durante o 1º ano de vida – São Carlos (SP) – abr. 2009-mar. 2010

Dificuldades percebidas	Sempre/Frequente	Às vezes	Raramente/Nunca
Dificuldade em perceber porque o bebê chora	16 (32%)	12 (24%)	21 (32%)
Dificuldade em lidar com as cólicas	11 (23%)	04 (08%)	34 (69%)
Dificuldade com a alimentação	4 (8%)	05 (10%)	40 (82%)
Medo de a criança engasgar	32 (65%)	04 (08%)	13 (26%)
Receio de não saber cuidar bem da criança	21 (42%)	05 (10%)	23 (47%)
Dificuldade com eliminação urinária/intestinal do filho	8 (16%)	03 (06%)	38 (77%)
Dificuldade em lidar com os conselhos contraditórios	22 (44%)	09 (18%)	18 (36%)
Dificuldade com o cuidado ao coto umbilical	12 (24%)	01 (02%)	36 (73%)
Dificuldade relacionada a vestir o filho	6 (12%)	01 (02%)	44 (86%)
Dificuldade com a higiene do filho	9 (18%)	04 (08%)	36 (71%)
Dificuldade relacionada à regurgitação alimentar	18 (36%)	03 (06%)	28 (57%)

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, podem-se verificar como principais problemas sociais enfrentados pelas adolescentes no primeiro ano pós-parto: abandono escolar e de emprego e dependência financeira e de moradia de seus pais. Diversos estudos têm ressaltado a alta taxa de abandono escolar e de emprego associada a gestações adolescentes e os impactos negativos que geram para o acesso ao mercado de trabalho,^{1,2,3} podendo afetar o sustento da mãe e da criança, bem como a estruturação familiar na vida adulta.^{1,4} A construção de redes de suporte social, que garantam o retorno de mães adolescentes ao estudo e profissionalização, adquire, assim, papel fundamental nas ações desenvolvidas para a população adolescente.⁵ Na amostra investigada, apesar de verificado auxílio nos cuidados com a criança envolvendo avós e demais familiares, a garantia de reinserção escolar ou ocupacional não foi observada, indicando a necessidade de ações e programas direcionados ao incentivo de formação educacional e profissional na maternidade adolescente.

Com relação à dependência econômica e de moradia observada entre as mães entrevistadas, podem ser elencados como possíveis fatores de influência:

- a) período etário de gestação e maternidade, em que mulheres adolescentes tendem a não apresentar estabilidade financeira ou profissional que garantam o sustento financeiro familiar;⁶
- b) alta taxa de gravidez não intencional na população investigada, sendo o namoro o principal tipo de relacionamento anterior à gravidez. A ausência de planejamento prévio pode afetar a capacidade de autossustento materno;⁷

- c) baixa proporção de mães economicamente ativas; e
- d) inexistência da participação do pai da criança no cuidado e suporte financeiro, verificado em parte dos casos, resultando na dependência materna junto aos demais familiares.

Com relação à estruturação familiar, a maioria das adolescentes apresenta um relacionamento estável com o pai da criança, o que pode ser certificado pelo fato de residirem juntos e ele ser ainda o companheiro, pela referência de participação total do pai não só nos cuidados com a criança na maioria dos casos, como também no sustento do bebê.

A maioria das adolescentes entrevistadas estudava no ensino médio quando engravidou (**Tabela 1**). A menor escolaridade é uma característica frequente em mães adolescentes, independentemente de seu nível de renda ou zona de residência (áreas urbanas ou rurais), ou seja, a fecundidade, em geral, apresenta uma relação inversa com o nível educacional das mulheres: mulheres sem educação formal têm, em média, o dobro do número de filhos daquelas com sete ou mais anos de escolaridade.^{1,10} Isto não pôde ser verificado no presente estudo, pois, apesar de as adolescentes terem certa escolaridade e conhecimento sobre sexualidade, devido ao início precoce de atividade sexual associado ao alto índice de gestação não intencional, elas não conseguem traduzir as informações em sexo protegido e mudanças de comportamento.¹¹

A gravidez na adolescência é um fato que acarreta consequências para o relacionamento familiar, pelo fato de a família possuir uma natureza intrinsecamente dinâmica, caracterizada por formas estruturais flexíveis, embora estáveis, de processos subjacentes, ou seja, os fatos ocorridos com um membro da família influenciam e são influenciados pelos de outrem.¹² No presente estudo, a despeito de as adolescentes apresentarem idade inferior a 21 anos, a maioria relatou aprovação e apoio por parte de seus pais frente à gestação. Percebeu-se, com base nos resultados, que o relacionamento dos avós maternos com a criança é muito melhor do que com os avós paternos. Em muitos casos, os avós paternos não tinham conhecimento da gestação e não mantinham relação com o bebê. Foi relatada uma intensa participação dos avós maternos nos cuidados com a criança e, com relação aos avós paternos, pouca ajuda.

No tocante à reação do pai da criança frente à gravidez, foi constatado que a maioria ficou feliz. Talvez o principal motivo seja que o pai já tinha um relacionamento de namoro com a adolescente e não apenas um relacionamento casual, além de já apresentar uma idade mais avançada. Cabe ressaltar que essa é a percepção da própria adolescente em relação

ao sentimento paterno pela gravidez e pelo bebê. Já a reação das mães adolescentes quanto à gravidez oscilou entre felicidade e susto, pois a maioria relata que a gravidez não foi intencional. As adolescentes, geralmente, descrevem encontros sexuais como fortuitos, inesperados, frutos da paixão e do descontrole, do amor e da cessão, da sedução e não como atos deliberados. Dessa forma, preserva-se a não intencionalidade da gestação juvenil (primordialmente feminina).¹³

As adolescentes têm sido consideradas como um grupo de risco para a ocorrência de problemas de saúde em si mesmas e em seus conceitos, uma vez que a gravidez precoce pode prejudicar seu físico ainda imaturo e seu crescimento normal. Esse grupo também está sujeito à eclâmpsia, anemia, trabalho de parto prematuro, complicações obstétricas e recém-nascidos de baixo peso.⁵ Outro estudo também afirma que a gravidez precoce associa-se com o aumento de intercorrências obstétricas e/ou neonatais, tais como morte materna, índices de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso de recém-nascidos. A gravidez na adolescência, porém, não é de alto risco, contanto que a adolescente tenha um acompanhamento adequado, boa alimentação, cuidados higiênicos necessários e apoio emocional.¹⁴ No presente estudo, as adolescentes, em sua maioria, não relataram intercorrências (**Tabela 2**).

As adolescentes aderiram à amamentação materna, pois são elas, em sua maioria, que passam a maior parte do tempo com o bebê (**Tabela 3**), em vista de não estarem trabalhando e não terem retornado aos estudos. A amamentação materna é de grande importância, visto que propicia o contato físico entre a mãe e o bebê, estimula pele e sentidos, a sucção, respiração e deglutição. Deve constituir-se em um sistema equilibrado, que possibilite à criança o exercício físico contínuo, que propicie o desenvolvimento da musculatura e ossatura bucal, bem como o desenvolvimento facial harmônico. O leite materno fornece ferro à criança em alta biodisponibilidade e proteção contra infecções. Além disso, a amamentação também traz benefícios à mulher, pois a forma física retorna ao peso pré-gestacional, há menor risco de desenvolver artrite reumatoide, risco reduzido de osteoporose aos 65 anos e menor probabilidade de desenvolver esclerose múltipla.¹⁵

Relacionado ao perfil de cuidado, as mães adolescentes não apresentaram dificuldades no cuidado com a criança, a despeito de inexperientes, pois tiveram orientação no cuidado com o bebê, por meio dos profissionais da unidade de saúde e da experiência de seus familiares. Por isso, ressalta-se a importância da família e da acessibilidade para utilização dos serviços de saúde, uma vez que foi relatado pelas adolescentes que o local de atendimento à saúde localiza-se perto da sua residência, tornando-se um fator colaborador que facilitou o acesso. As únicas dificuldades apontadas pelas adolescentes foram lidar com os conselhos contraditórios, em vista de a composição da moradia ser ampla, o que sugere que as integrantes expressam,

individualmente, sua opinião sobre o ocorrido, e também o medo de seu filho engasgar. Esta última pode estar relacionada com a inexperiência das mães, por ser seu primeiro filho.

Abordando a atividade física realizada pelas adolescentes antes, durante e depois do nascimento do bebê, evidencia-se que a maioria das adolescentes parou durante a gestação e não retornou, possivelmente, devido ao medo e por falta de informações que lhe oferecessem segurança para realizá-las. Antigamente, acreditava-se que a prática da atividade física durante a gestação pudesse estimular indiscriminadamente a contração uterina, promovendo a antecipação do trabalho de parto. Todavia, parece haver consenso de que a prática de atividade física monitorada durante a gestação não contribui para a prematuridade.¹⁶ Talvez por este motivo, foi constatado um aumento de peso antes e depois da gestação entre as entrevistadas. Os resultados de pesquisa sobre atividade física e pós-parto revelaram um efeito positivo da atividade física.¹⁷ Segundo esse estudo, 35% das mulheres participantes reportaram realizar atividade física vigorosa pelo menos três vezes por semana. As mulheres mais ativas retiveram menos peso (3,9 kg) do que as menos ativas (5,1kg) no pós-parto, o que indica a importância de um programa bem elaborado de atividade física.¹⁸ Estudo reportou uma correlação negativa entre retenção de peso no pós-parto (7 a 12 meses) e grau de atividade física para 1.423 mulheres suecas.¹⁹ Os autores, por outro lado, discutem que nem os hábitos alimentares, nem o grau de atividade física puderam ser determinados como preditores para a retenção de peso. Na realidade, a única tendência evidenciada, e mesmo assim não significativa, foi a de que mulheres com ocupações com altas demandas energéticas apresentaram maior retenção de peso. Isso, segundo os autores, poderia ser explicado por uma diminuição do gasto energético durante e depois da gestação, quando comparado ao despendido durante o trabalho.¹⁸

No presente estudo, a gravidez na adolescência aparece muito mais como um problema social do que biológico, pois, a despeito da precocidade e da gravidez não ser intencional e, portanto, ocorrer de forma desestruturada, as adolescentes tiveram apoio da família, orientação da unidade de saúde e poucas adolescentes relataram intercorrências e dificuldades associadas ao cuidado com o bebê. Isto se deve, principalmente, à cobertura e ao número de consultas pré-natais que, certamente, contribuiu para alcançar melhores resultados na gestação das adolescentes. É considerado um problema social, pois a maioria das adolescentes deixou de estudar e as que trabalhavam deixaram de exercer a profissão em virtude da necessidade de cuidar do filho, que ainda é pequeno.

Nesse sentido, é fundamental que a equipe de saúde envide esforços para informar aos adolescentes sobre os objetivos do programa e a disponibilidade dos

profissionais, assim como as atividades desenvolvidas no serviço, principalmente aquelas preventivas e de promoção da saúde, com ênfase na saúde reprodutiva, acompanhamento pré-natal e dos filhos dos adolescentes. Desse modo, buscar-se-á reverter o tipo de informação predominante e estimular a procura daquelas atividades dirigidas à melhoria da qualidade de vida e saúde, inclusive por intermédio da expansão das atividades extramuros junto às famílias, integradas com escolas, projetos, trabalho e comunidade em geral.²⁰

No presente estudo foi possível verificar que a gravidez na adolescência afeta em diversos aspectos a vida das adolescentes e que uma boa parte delas engravidaram intencionalmente. No âmbito familiar, as adolescentes tiveram apoio e orientação de seus familiares, em especial dos avós maternos. A maioria das adolescentes menciona a participação ativa do pai do bebê, tanto nos cuidados como financeiramente, apesar de o casal não manter uma união estável. A maioria refere que fez o acompanhamento mensal de saúde do bebê e teve auxílio da unidade de saúde.

Depois de um ano do parto, as adolescentes ainda dependem da moradia e do suporte financeiro de sua família. O aspecto escolar e de trabalho também foram afetados, pois elas deixaram de estudar e de trabalhar e não retornaram aos estudos e à ocupação devido à gestação e ao nascimento do bebê.

AGRADECIMENTOS: Maternidade Dona Francisca Cintra Silva, Município de São Carlos, São Paulo, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MW. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. *Cad Cedes*. 1998;19(45):48-70.
2. Brasil. Portal da Saúde. SUS. Home Page. Extraído de [<http://portal.saude.gov.br/saude>], acesso em [8 de novembro de 2011].
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Home Page. Extraído de [www.ibge.gov.br], acesso em [8 de novembro de 2011].
4. Carniel EF, Zanolli ML, Almeida CAA, Mocillo AM. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev bras Saúde Matern Infant*. 2006;6(4):419-26.
5. Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006;14(2):199-206.

6. Esteves JR, Menandro PRM. Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. *Estud Psicol.* 2005;10(3):363-70.
7. Souza AI, Aquino MMA, Cecatti JG, Silva JLP. Epidemiologia do abortamento na adolescência. *RBCO.* 1999;21(3):161-5.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Home Page. Extraído de [www.datasus.gov.br], acesso em [8 de novembro de 2011].
9. São Paulo. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Sistema Estadual de Análise de Dados. Extraído de [www.seade.gov.br/], acesso em [8 de novembro de 2011].
10. Henriques MH, Silva N, Singh S, Wulf D. Adolescentes de hoje, pais do amanhã: Brasil. Nova York: Alan Guttmacher Institute; 1989.
11. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(1):177-86.
12. Silva DV, Salomão NMR. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estud Psicol.* 2003;8(1):135-45.
13. Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR. O aprendizado da sexualidade – reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(6):1495-6.
14. Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev esc Enferm.* 2008;42(2):312-20.
15. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2008;13(1):103-9.
16. Batista DC, Chiara VL, Gugelmin SA, Martins PD. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. *Rev bras. Saúde Mater Infant.* 2003;3(2):151-8.
17. Sampsel CM, Seng J, Yeo S, Killion C, Oakley D. Physical activity and postpartum well-being. *Journal of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursing.* 1999;28:41-9.
18. Kac G. Fatores determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(3):455-66.
19. Ohlin A, Rossner S. Trends in eating patterns, physical activity and socio-demographics factors in relation to postpartum body weight development. *Br J Nutr.* 1994;71:457-70.
20. Formigli VLA, Costa COM, Porto LA. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(3):831-41.

Recebido em 16.2.2011 e aprovado em 19.11.2011.