



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**CINTHIA MACÊDO PINHEIRO**

**IMPACTOS DA GRAVIDEZ PRECOCE NA QUALIDADE DE VIDA DE MÃES**  
**ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE CUITÉ – PB**

**CUITÉ – PB**  
**2012**

**CINTHIA MACÊDO PINHEIRO**

**IMPACTOS DA GRAVIDEZ PRECOCE NA QUALIDADE DE VIDA DE MÃES  
ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE CUITÉ – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADOR:** Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira

**CUITÉ – PB  
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

P649i Pinheiro, Cinthia Macêdo.

Impactos da gravidez precoce na qualidade de vida de mães adolescentes do município de Cuité - PB. / Cinthia Macêdo Pinheiro. – Cuité: CES, 2012.

72 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2012.

Orientador: Matheus Figueredo Nogueira.

1. Saúde do adolescente. 2. Gravidez na adolescência. 3. Qualidade de vida. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 618.1/.2

**CINTHIA MACÊDO PINHEIRO**

**IMPACTOS DA GRAVIDEZ PRECOCE NA QUALIDADE DE VIDA DE MÃES  
ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE CUITÉ – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Cinthia Macêdo Pinheiro, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cuité), tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2012.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira**  
**Orientador – UFCG**

---

**Profa. Ms. Janaína von Söhsten Trigueiro**  
**Membro – UFCG**

---

**Profa. Ms. Rosângela Vidal de Negreiros**  
**Membro – UFCG**

*“Cuidar é compreender a magia contida no toque, no olhar e no sorriso, na fala e no silêncio,  
é compreender o que seja existir”.*  
**Polak, 1995.**

## **DEDICATÓRIA**

À Deus por permitir que eu esteja aqui.

A meus pais, Vicente Pinheiro Lima e Maria Luzeny Macedo Pinheiro, pelo amor, carinho e firmeza com que nos mostram o caminho certo.

Aos meus irmãos, Wagner Macedo Pinheiro e Natalia Macedo Pinheiro, companheiros de uma vida.

Ao meu noivo, namorado e companheiro de todos os momentos, Braz Morroni de Paiva Junior, pela compreensão e apoio incondicional demonstrados na execução deste trabalho.

Ao meu tio, Luiz Pinheiro Lima, meu grande amigo e confidente.

A minha amiga de infância, Nayara Lucena, apesar da distância o carinho e consideração não deixaram de existir.

A minha colega de faculdade e amiga, Rayssa Burity de Farias Silva, que sempre se teve presente na minha vida como uma excelente amiga durante os cinco anos de faculdade.

Ao meu orientador, professor e mestre, Matheus Nogueira, que sempre esteve disposto a me ajudar a chegar até aqui.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que plantou em mim um sonho que hoje se materializa.

Aos meus pais que foram o instrumento para concretizar o precioso dom que recebi do universo: “a vida”.

À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada.

A meus irmãos, Natalia Macedo Pinheiro e Wagner Macedo Pinheiro, por compreender minhas ausências e omissões.

Ao meu amado noivo Braz Morroni de Paiva Junior, pelo carinho, dedicação, paciência e incentivo.

A meu orientador, Professor Ms. Matheus Figueiredo Nogueira, pelo auxílio, disponibilidade de tempo e material, sempre com uma simpatia e paciência.

Às Professoras Rosângela Vidal de Negreiros e Janaína von Söhsten Trigueiro, componentes da banca examinadora, muito obrigada pelas valorosas contribuições na avaliação deste trabalho.

Aos queridos Paula Fernandes M. de Paiva, Braz Morroni de Paiva e Zélia Maria Fernandes pelo apoio, carinho e por me receber no seio da família com parte dela.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

## RESUMO

PINHEIRO, CINTHIA MACÊDO. **Impactos da gravidez precoce na qualidade de vida de mães adolescentes do município de Cuité – PB.** Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). 2012. 72p.

**INTRODUÇÃO:** Apesar da notória redução da incidência da gravidez na adolescência nos últimos anos, este evento continua sendo preocupação de autoridades governamentais e de profissionais de saúde não apenas pelos números, mas também pelas complexas implicações que dela acarretam. Diante desta realidade em nível de Brasil, torna-se uma necessidade premente investigar os impactos da gravidez precoce na qualidade de vida de mães adolescentes no município de Cuité – PB, sendo este o objetivo geral deste estudo.

**METODOLOGIA:** Consta de um estudo exploratório-descritivo de natureza quantitativa realizado em três Unidades de Saúde da Família do município de Cuité – PB durante os meses de fevereiro e março de 2012. A amostra foi composta por 30 mulheres que foram mães na faixa etária dos 10 aos 19 anos, selecionadas por meio do critério da acessibilidade e os dados foram coletados com a utilização de um formulário socioeconômico-demográfico e obstétrico, bem como o Questionário de mensuração da qualidade de vida WHOQOL-BREF elaborado pela Organização Mundial de Saúde. Os resultados obtidos foram analisados com base no enfoque descritivo e quantitativo.

**RESULTADOS:** A caracterização da amostra aponta que a maioria das participantes possui entre 21 e 25 anos, encontra-se atualmente solteira, possui apenas o ensino fundamental incompleto, tem renda familiar de 01 salário mínimo, mora com a própria família, teve a primeira gestação entre 16 e 19 anos, possui entre 1 e 2 filhos, não realiza nenhuma atividade profissional e abandonou os estudos após a gestação. No que concerne aos aspectos positivos da qualidade de vida, grande parte das participantes estão satisfeitas com a vida, gozam de boa saúde, tem disposição para realizar as tarefas diárias, consideram seu ambiente físico saudável, afirmam que a vida tem bastante sentido, se sentem seguras na vida e encontram satisfeitas com sua aparência física. Em contrapartida, as variáveis negativas são o lazer, a sexualidade, o acesso à informação e a falta de recursos financeiros, comprometendo assim a qualidade de vida das participantes.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A gravidez precoce concorre para a ocorrência de diversas modificações e adaptações na vida das adolescentes e isso traz consigo determinados impactos para a qualidade de vida das mesmas, suscitando a necessidade de desenvolvimento de estratégias, por parte dos profissionais de saúde, voltadas para a educação sexual e o planejamento familiar, objetivando assegurar melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida para esta população.

**Descritores:** Saúde do Adolescente. Gravidez na adolescência. Qualidade de vida.



## ABSTRACT

PINHEIRO, Cinthia Macêdo. **The Impact of teenage pregnancy in the quality of life of young women in the municipality of Cuite, Paraíba.** Undergraduate Nursing Dissertation. Federal University of Campina Grande (UFCG). 2012. 72p.

**INTRODUCTION:** Despite the noticeable reduction in the incidence of teenage pregnancy in recent years, this event continues to be concern of government officials and health professionals not only by the numbers but also the complex implications that it brings to the lives of these young mothers. Given the fact that adolescent childbearing is a widespread concern across Brazil, it became an urgent matter to investigate the impact of teen pregnancy in the quality of life of young mothers in the municipality of Cuite, Paraíba, which is the aim of this study. **METHODOLOGY:** It consists of an exploratory and descriptive quantitative study conducted in three public health clinics in the city of Cuite, Paraíba, between February and March 2012. The sample consisted of 30 women who became mothers between the age of 10 and 19, selected through the criteria of accessibility and data were collected using a form of socio-economic-demographic and obstetric as well as the Questionnaire for measuring quality of life WHOQOL-BREF prepared by the World Health Organization. The results were analyzed based on descriptive and quantitative approach. **RESULTS:** The sample characterization shows that the majority of participants were between 21 and 25 years old, currently single, with only elementary school education, with family income of 1 minimum wage, residing with their families, had their first pregnancy between 16 and 19 years of age, had between 1 and 2 children, did not work, and left school after pregnancy. Regarding the positive aspects of quality of life, most of the participants were satisfied with their lives, were in good health, were able to perform everyday tasks, were happy with their home, said that their lives made a lot of sense, felt confident in their lives and were happy with their physical appearance. Conversely, the negative aspects of their lives were: no time for leisure, no sex life, no access to education and information, and lack of financial resources, negatively impacting on the quality of life of participants. **CONCLUSION:** Teenage pregnancy contributes to the occurrence of various changes and adaptations in the lives of teenagers and also impacts on their quality of life, warranting the need for specific public health measures, policies and strategies on the part of health professionals, focused on sex education and family planning, aiming to ensure higher levels of well-being and quality of life for this population.

**Descriptors:** Adolescent Health. Pregnancy in adolescence. Quality of life.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b>	Distribuição das participantes do estudo segundo a variável faixa etária. Cuité – PB, 2012 .....	<b>33</b>
<b>Tabela 2.</b>	Distribuição das participantes do estudo segundo a variável vínculo afetivo. Cuité – PB, 2012 .....	<b>34</b>
<b>Tabela 3.</b>	Distribuição das participantes do estudo segundo a variável escolaridade. Cuité – PB, 2012 .....	<b>34</b>
<b>Tabela 4.</b>	Distribuição das participantes do estudo segundo a variável renda familiar. Cuité – PB, 2012 .....	<b>35</b>
<b>Tabela 5.</b>	Distribuição das participantes do estudo segundo a variável atividade profissional. Cuité – PB, 2012 .....	<b>35</b>
<b>Tabela 6.</b>	Distribuição das participantes do estudo segundo a variável vínculo atual de moradia. Cuité – PB, 2012 .....	<b>36</b>
<b>Tabela 7.</b>	Distribuição das participantes do estudo segundo a variável Idade da 1ª Gestaçã. Cuité – PB, 2012 .....	<b>36</b>
<b>Tabela 8.</b>	Distribuição das participantes do estudo segundo a variável Número de Filhos. Cuité – PB, 2012 .....	<b>37</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Gráfico 1.</b>	Implicações da gestação precoce na educação e no trabalho. Cuité – PB, 2012 .....	<b>38</b>
<b>Gráfico 2.</b>	Vínculo de moradia anterior à gestação. Cuité – PB, 2012 .....	<b>39</b>
<b>Gráfico 3.</b>	Vínculo afetivo anterior à gestação. Cuité – PB, 2012 .....	<b>39</b>
<b>Gráfico 4.</b>	Percepção sobre a gravidez precoce. Cuité – PB, 2012 .....	<b>40</b>
<b>Gráfico 5.</b>	Percepção sobre a Qualidade de Vida. Cuité – PB, 2012. ....	<b>42</b>
<b>Gráfico 6.</b>	Percepção sobre o grau de satisfação com a vida. Cuité – PB, 2012 .....	<b>43</b>
<b>Quadro 1.</b>	Avaliação da qualidade de vida das participantes do estudo. Cuité – PB, 2012 .....	<b>44</b>
<b>Quadro 2.</b>	Avaliação da qualidade de vida das participantes do estudo. Cuité – PB, 2012. ....	<b>47</b>
<b>Quadro 3.</b>	Avaliação da qualidade de vida das participantes do estudo. Cuité – PB, 2012 .....	<b>50</b>
<b>Gráfico 7.</b>	Percepção sobre a frequência de sentimentos negativos. Cuité – PB, 2012 ....	<b>54</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
1.1	Objetivos .....	16
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
2.1	Gravidez e Adolescência: considerações gerais e interrelações .....	18
2.2	Gravidez na adolescência e qualidade de vida .....	21
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>26</b>
3.1	Tipo de Estudo .....	27
3.2	Local do Estudo .....	27
3.3	População e Amostra .....	28
3.4	Instrumento de Coleta de Dados .....	29
3.5	Procedimentos de Coleta de Dados .....	29
3.6	Análise dos Dados .....	30
3.7	Aspectos Éticos .....	30
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>32</b>
4.1	Caracterização socioeconômico-demográfica e gestacional da amostra .....	33
4.2	Dados relacionados ao impacto da gravidez precoce na qualidade de vida .....	42
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>58</b>

### APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Questionário Socioeconômico-Demográfico e Obstétrico

### ANEXO

Whoqol-bref

# *1 Introdução*

---

A adolescência pode ser definida de diferentes formas. Trata-se de uma etapa de crescimento e desenvolvimento do ser humano marcada por grandes transformações físicas, psíquicas e sociais. Mais precisamente, entende-se adolescência como o período de desenvolvimento situado entre a infância e a idade adulta, delimitado cronologicamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a faixa dos 10 aos 19 anos de idade, esta também adotada no Brasil, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a). Em contraponto, a Lei nº 8.069/1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera adolescente o indivíduo de 12 a 18 anos (BRASIL, 2008b).

Independente dos aspectos cronológicos, para uma grande parte dos estudiosos do desenvolvimento humano, ser adolescente é viver um período de mudanças físicas, cognitivas e sociais que, juntas, ajudam a traçar o perfil desta população. Consiste em um período atravessado por conflitos, que encaminham o jovem na construção de sua subjetividade. Porém, a adolescência não pode ser percebida somente como uma fase de transição. Na realidade, ela é bem mais do que isso (FROTA, 2007).

A adolescência é compreendida como um período em que o corpo está passando por intensas mudanças. Fisicamente as adolescentes já são capazes de engravidar, mas psicologicamente não estão maduras para serem mães. Isso porque elas ainda não têm claro suas metas de vida para o futuro e ainda são muito dependentes dos pais. Por outro lado, as adolescentes têm muita curiosidade a respeito de tudo, inclusive do sexo. A facilidade de contato a todo instante com cenas de sexo na televisão ou nas conversas com amigos desperta o desejo de colocar em prática o que vêem e escutam. Tudo isso leva as adolescentes a iniciarem a atividade sexual cada vez mais cedo. Dessa forma, a prática sexual precoce pode trazer várias consequências indesejáveis, sendo a gravidez a principal delas (SOUZA, 2002).

O ritmo de queda no número de partos na adolescência acelerou nos últimos cinco anos na rede pública. Dados mais recentes do Ministério da Saúde (MS) mostram que a quantidade desses procedimentos em adolescentes de 10 a 19 anos caiu 22,4% de 2005 a 2009. De 2000 a 2009, a maior taxa de queda anual ocorreu no ano de 2009, quando foram realizados 444.056 partos em todo o País, equivalendo a 8,9% a menos que em 2008. Em 2005, foram registrados 572.541. Ao longo da década, a redução total foi de 34,6% (BRASIL, 2010).

Embora seja perceptível a redução da incidência da gravidez na adolescência, esta realidade continua sendo motivo de preocupação das autoridades e dos profissionais da área da saúde, não apenas pelos números, mas também pelas complexas implicações que dela acarretam. Tais implicações têm um peso maior porque não se referem exclusivamente ao

aspecto físico ou aos riscos de vida a que a adolescente grávida e seu filho estão expostos, mas também aos aspectos social, cultural, econômico e familiar, uma vez que a gravidez precoce compromete a vida social saudável da adolescente, a saúde, a escolaridade, o lazer, o nível melhor de emprego, de salário e, conseqüentemente a qualidade de vida (AGRELLI, 2011).

No enfoque da reprodução social, a gravidez nessa fase pode prejudicar a formação escolar da jovem mãe, que na maioria das vezes acaba abandonando ou interrompendo os estudos. Com a interrupção da escolaridade, são mínimas as chances da adolescente conseguir um emprego que lhe permita arcar com a responsabilidade pela criação da criança (PANICALI, 2006). Outro agravante, conforme apontam os dados do MS (BRASIL, 2000), é que no Brasil o maior índice de fecundidade da população adolescente encontra-se no estrato social mais pobre.

Diante do exposto, é notório que a adolescência não é a melhor época para a maternidade, uma vez que a grande maioria das adolescentes é despreparada física, emocional e socialmente para exercer o novo perfil materno. Ademais, como a gravidez precoce afeta as condições da educação, da saúde e da própria relação familiar, e está intimamente ligada a fatores como baixa renda e baixo grau de escolaridade, aliado a péssimas condições de habitação e dificuldade de acesso à saúde, é evidente que esses são pontos que caracterizam e influenciam na qualidade de vida.

Segundo Ramos, Pereira e Rocha (2001), quando o termo Qualidade de Vida (QV) é analisado, costuma-se fazê-lo numa relação mais direta com o conceito de saúde, ou das situações de carência e sofrimento sobre as quais se quer atuar através das ações de saúde. Por este prisma, não menos importante, a qualidade de vida é tomada enquanto um indicador para o planejamento e a avaliação dos resultados dos serviços de saúde. No entanto, os modos de conduzir a vida são reveladores de satisfações e demandas, inclusões e exclusões, complexas interações coletivas e particulares com ambientes naturais e sociais, incluindo acesso a escolhas e modos de satisfazer carências, possibilidades e limites do processo de viver, além de construções culturais e simbólicas sobre este mesmo processo.

A qualidade de vida implica em vários segmentos ou domínios: físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Seu conceito é muito subjetivo embora envolva pontos comuns a todos os indivíduos que são as denominadas necessidades humanas básicas. Para Silva (2005), a qualidade de vida varia de um indivíduo para outro, de classes sociais, de lugares e ocasiões, de épocas e culturas diversas, porém com influência de forma positiva na vida diária das

pessoas, da família, no trabalho, nos aspectos sociais e econômicos, na religião, no lazer, e no estado de saúde mental e físico.

Nesta linha de raciocínio, a expressão qualidade de vida e suas definições apresentam-se amplamente diversificadas na literatura e tem sido usada com objetivos semelhantes em constantes pesquisas nos últimos anos, não apenas em termos teóricos, mas também na aplicabilidade em todos os campos da existência e das relações humanas. Nessa visão, Padilha e Sousa (1999) definem qualidade de vida como a condição da existência humana referida à maneira de viver em sociedade. Diante desta abordagem, é notória a necessidade de investigar sobre a qualidade de vida de adolescentes que vivenciaram a experiência da gravidez precocemente.

Como a compreensão da qualidade de vida de todos os indivíduos e em todas as nações tem sido uma preocupação, tal realidade ancora-se como motivação para direcionar um olhar mais específico para a análise da qualidade de vida de adolescentes que foram mães precocemente no intuito de identificar quais impactos e mudanças o evento da gravidez provocou e/ou vem provocando em suas vidas, uma vez que se supõe que estas vivenciaram, na maioria das vezes, um momento de conflito físico, psicológico e social.

Outro fator significativo para trabalhar essa temática advém da experiência vivenciada no ano de 2011 no Projeto “Educação e Saúde: incentivo ao planejamento familiar, prevenção da gravidez precoce e DST’s em uma escola pública no município de Cuité - PB” cadastrado no Programa de Bolsas e Extensão (PROBEX) da Universidade Federal de Campina Grande. Durante a realização das ações solidificou-se uma afinidade especial com a temática ‘gravidez precoce’, despertando uma grande curiosidade acerca dessa problemática. Acredita-se que o conhecimento desse fenômeno poderá subsidiar a criação de estratégias para melhorar a promoção da saúde e assegurar práticas assistenciais integrais, equânimes e de qualidade para esta população.

Nesta perspectiva e diante da amplitude das questões relacionadas à qualidade de vida, surgem os seguintes questionamentos: como a qualidade de vida é percebida pelas mães do município de Cuité – PB que vivenciaram precocemente a gravidez? Quais os impactos provocados pela gravidez precoce na qualidade de vida das mães adolescentes? É com base nestes questionamentos que este estudo buscará alcançar os objetivos descritos adiante.



## 1.1 Objetivos

- Investigar os impactos da gravidez precoce na qualidade de vida de mães adolescentes no município de Cuité – PB;
- Mensurar a qualidade de vida de adolescentes que vivenciaram a experiência da gravidez precocemente, a partir da utilização do instrumento WHOQOL-BREF da Organização Mundial de Saúde;
- Descrever as características socioeconômicas e demográficas das adolescentes participantes do estudo.

## *2 Revisão da Literatura*

---

## 2.1 Gravidez e Adolescência: considerações gerais e interrelações

Para conceituar a gravidez, Melo e Lima (2000) afirmam que este evento consta de um período de transição biologicamente determinado, caracterizado por mudanças metabólicas complexas e por grandes perspectivas de mudanças no papel social, na necessidade de novas adaptações, reajustamentos intrapessoais e mudanças de identidade.

Segundo Moreira et al. (2008), a gravidez é um período de grandes transformações para a mulher. Seu corpo muda e seus níveis de hormônios se alteram para a manutenção do feto. Com as imensas novidades, essa fase pode trazer dúvidas e sentimentos de fragilidade, insegurança e ansiedade na futura mãe. Alguns dos principais temores são as alterações na auto-imagem corporal e não ter uma criança saudável. Outros medos são relacionados ao feto e à função de gerar, nutrir e parir, podendo desencadear períodos de irritabilidade e de instabilidade de humor na grávida.

Conforme os autores anteriormente referenciados, a gravidez é uma mudança que integra o desenvolvimento humano, mas traz complicações ao ocorrer na adolescência, pois mexe com a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, principalmente no que concerne às mudanças na identidade e esta nova definição de papéis faz com que a mulher passe a se olhar e a ser olhada de forma diferente.

A gravidez na adolescência implica em um período de mudanças físicas e emocionais. A adolescência não pode ser entendida apenas como uma simples adaptação às transformações corporais, mas, como um importante marco no ciclo existencial da pessoa, um momento de certeza em seu núcleo social e familiar, onde ser aceita no seu grupo é um fator primordial (PITANGUY; COSTA; ROMANI, 2010).

Até dois anos após a primeira menstruação, a grande maioria das adolescentes ainda não tem o tamanho ideal da bacia ou mesmo a altura adulta, e isso pode certamente gerar complicações no período gestacional. Além do mais, a ocorrência de uma gravidez em uma adolescente que mal começou a sair da infância pode simbolizar, também, várias dificuldades de ordem emocional, cujos efeitos serão marcantes por toda sua vida (MADEIRA, 1997).

Nesta linha de raciocínio, evidenciam-se ainda as questões de ordem fisiológica, que apontam para a elevação dos índices da mortalidade materna em virtude de abortos mal executados ou de complicações no parto, assim como o aumento da mortalidade infantil, tendo em vista os nascimentos prematuros. Detalha-se, também, que a faixa etária certa para a mulher ter filhos varia entre os vinte e os trinta anos de idade, pois, durante a adolescência, o

aparelho reprodutor da jovem ainda não está totalmente desenvolvido para gerar um bebê (PANTOJA; BUCHER; QUEIROZ, 2007).

A complexidade das mudanças provocadas pela vinda de um bebê não se restringe às variáveis psicológicas e bioquímicas, pois os fatores socioeconômicos também são fundamentais. A gravidez na adolescência, antes um problema resolvido por um casamento às pressas ou exílio temporário com parentes em locais distantes, hoje ameaça o futuro dos jovens, considerando os riscos físicos, emocionais e sociais dela decorrentes. Pela tamanha proporção que atinge é considerada um problema de saúde pública, revelando a prática de uma sexualidade sem segurança, com sérios riscos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), entre outras doenças sexualmente transmissíveis (CUNHA; BRUNO, 2006).

Segundo Zoller (2008), o período gestacional é composto de 40 semanas, mas cada mulher apresenta diferentes aspectos metabólicos, nutricionais e fisiológicos. Nos primeiros 3 meses, considerado como 1º trimestre gestacional, ocorrem algumas mudanças biológicas devido a grande divisão celular que acontece no período. Nessa fase existem algumas alterações hormonais devido à gestação e por esse motivo os enjoos, vômitos e a consequente falta de apetite são comuns. Estas alterações são normais e não causarão danos ao bebê e nem mesmo a mãe. Já o segundo e o terceiro trimestres são períodos onde as condições ambientais se tornam de grande importância para o desenvolvimento nutricional do feto. Neste momento é essencial ter os cuidados adequados em relação ao ganho de peso necessário da mãe, ingestão certa de nutrientes, estilo de vida tranquilo e saudável, pois, vão ser de grande importância para o crescimento do bebê.

A gestação em si é um momento frágil que necessita atenção e, semelhante à adolescência, possui características próprias. Quando se têm esses dois momentos juntos, adolescência e gravidez desencadeiam-se uma série de mudanças que levam a um turbilhão de emoções e acontecimentos (MOREIRA et al., 2008).

Em 2007 ocorreram 2.795.207 nascimentos no país, dos quais 594.205 (21,3%) foram de mães com idade entre 10 e 19 anos. No entanto, a tendência da gravidez na adolescência é de redução. Isto por conta das campanhas em relação ao uso de preservativo, da disseminação da informação sobre métodos anticoncepcionais e maior acesso, além da participação da mulher no mercado de trabalho (BRASIL, 2008c).

Para Vitalle e Amâncio (2001), a gravidez na adolescência é multicausal e sua etiologia está relacionada a uma série de aspectos que podem ser agrupados em:

1. Fatores biológicos - Que envolvem desde a idade do advento da menarca até o aumento do número de adolescentes na população geral. Sabe-se que as adolescentes engravidam mais e mais a cada dia e em idades cada vez mais precoces;

2. Fatores de ordem familiar - O contexto familiar tem relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual. Assim sendo, adolescentes que iniciam vida sexual precocemente ou engravidam nesse período, geralmente vêm de famílias cujas mães também iniciaram vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência;

3. Fatores sociais - As atitudes individuais são condicionadas tanto pela família quanto pela sociedade. A sociedade tem passado por profundas mudanças em sua estrutura, inclusive aceitando melhor a sexualidade na adolescência, sexo antes do casamento e também a gravidez na adolescência. Portanto tabus, inibições e estigmas estão diminuindo e a atividade sexual e gravidez aumentando. Por outro lado, dependendo do contexto social em que está inserida a adolescente, a gravidez pode ser encarada como evento normal, não problemático, aceito dentro de suas normas e costumes;

4. Fatores psicológicos e contracepção - A utilização de métodos contraceptivos não ocorre de modo eficaz na adolescência, e isso está vinculado inclusive aos fatores psicológicos inerentes ao período, pois a adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação é maior quanto menor fora faixa etária; o encontro sexual é mantido de forma eventual, não justificando, conforme acreditam, o uso rotineiro da contracepção; não assumem perante a família a sua sexualidade e a posse do contraceptivo seria a prova formal de vida sexual ativa. A gravidez e o risco de engravidar podem estar associados a uma menor autoestima, ao funcionamento intrafamiliar inadequado ou à menor qualidade de atividades do seu tempo livre. A falta de apoio e afeto da família, em uma adolescente cuja autoestima é baixa, com mau rendimento escolar, grande permissividade familiar e disponibilidade inadequada do seu tempo livre, poderiam induzi-la a buscar na maternidade precoce o meio para conseguir um afeto incondicional, talvez uma família própria, reafirmando assim o seu papel de mulher, ou sentir-se ainda indispensável a alguém.

Além de abordar as causas, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre as possíveis consequências que podem ser desencadeadas diante de uma gravidez na adolescência, que são: toxemia, pré-eclampsia, desproporção céfalo-pélvica, anemia, aborto, morte materna, abandono do filho devido a dificuldade que a mãe tem em se adaptar a nova condição, dentre outras (PONTE JÚNIOR; XIMENES NETO, 2004).

Analisando o lado clínico, Cunha e Bruno (2006) complementam o raciocínio anterior e afirmam que a gravidez na adolescência pode estar associada a várias intercorrências

obstétricas e/ou neonatais. Por outro lado, para Dadoorian (2000), a gravidez na adolescência não é de alto risco, desde que a adolescente tenha um acompanhamento adequado durante o pré-natal e também em casa, boa alimentação, cuidados higiênicos necessários e apoio emocional. É um problema da sociedade moderna a gravidez indesejada na adolescência, que ocorre de forma despreparada.

Dessa forma, é inegável que a gravidez na adolescência pode trazer sérias complicações, seja durante a gestação, no parto ou no puerpério, que poderiam ser evitadas. Tais indicadores podem estar relacionados à falta de acesso a um planejamento familiar e a um pré-natal de qualidade, a falta de informações direcionadas ao público jovem em práticas educativas e a implementação do parto humanizado (PONTE JÚNIOR; XIMENES NETO, 2004).

## 2.2 Gravidez na adolescência e Qualidade de Vida

Qualidade de vida (QV) é um conceito eminentemente humano e compreende significados que abrangem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos. Na área da saúde, o discurso da relação entre saúde e QV existe desde o nascimento da medicina social (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Vido (2006) complementa a ideia ao afirmar que desde épocas mais remotas a qualidade de vida já era compreendida como resultado de percepções individuais podendo variar de acordo com a experiência da pessoa em um dado momento.

De acordo com a OMS através do grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) a expressão QV foi empregada pela primeira vez em 1964, pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, quando declarou que os padrões de vida não poderiam ser medidos pelos balanços dos bancos, mas pela QV que eles proporcionavam as pessoas. Sob esta ótica verifica-se o fato histórico de que nos Estados Unidos, após a Segunda Guerra Mundial, o termo QV passou a ser utilizado com um sentido de “vida boa”, referindo-se a conquista de bens materiais por possuir casa, carro, aparelhos domésticos, investimentos financeiro, boa aposentadoria, entre outros (PASCHOAL, 2000; KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

Diante dessa definição outra questão que pode ser observada é que o termo QV tem recebido uma atenção cada vez maior, não apenas na literatura científica nos campos da economia, sociologia, educação, medicina, psicologia, enfermagem e demais especialidades,

mas também nos meios de comunicação, campanhas publicitárias e até em discursos políticos, tornando-se um tema altamente discutido na contemporaneidade.

Apesar de não existir definição consensual, existe razoável concordância entre os pesquisadores acerca do constructo QV, cujas características são: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. O grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde define QV como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1995, p.10). Nessa definição, incluem seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual.

Com base no exposto, a OMS desenvolveu um instrumento para mensuração da QV, o WHOQOL-100 (*The World Health Organization Quality Of Life Assessment*) contendo 100 questionamentos, cuja versão em português foi traduzida e validada para avaliar a Qualidade de Vida numa perspectiva transcultural. Considera-se, portanto, o conceito de qualidade de vida subjetivo, multidimensional, incluindo facetas de vida positivas como mobilidade, desempenho de papel, contentamento, e negativas como dor, fadiga, dependência de medicação e sentimentos negativos (FLECK et al., 1999).

Após a criação do WHOQOL-100, a Organização Mundial de Saúde elaborou o WHOQOL-OLD, o WHOQOL-HIV-BREF e o WHOQOL-BREF, o qual será descrito com ênfase por ser o instrumento a ser utilizado nesta pesquisa. Dessa forma, o WHOQOL-BREF é a versão abreviada do WHOQOL-100 e consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e o meio ambiente. No trabalho de Fleck et al. (1999) utilizando a versão em português, o WHOQOL-BREF apresentou boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade do conteúdo e confiabilidade teste-reteste, utilizando uma amostra heterogênea de pacientes com diferentes doenças e tratados tanto em regime ambulatorial como hospitalar. Assim, os autores mencionados concluíram que o instrumento alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso e coloca como uma alternativa útil para ser usada em estudos que se propõem avaliar a qualidade de vida no Brasil.

Para Dantas, Sawada e Malerbo (2003) medir QV é bastante complexo pelo fato de não encontrar definição consensual sobre o que ela realmente significa. Por isso o pesquisador deverá definir o que está considerando como QV em seu estudo ou estabelecer em qual definição esse conceito se operacionaliza em seu trabalho de investigação. Os pesquisadores devem delinear claramente o que entendem por QV e identificar os diversos domínios a serem

avaliados, considerando que cada domínio identifica um foco particular de atenção e agrupa vários itens.

Os autores acima citados afirmam que atualmente existem duas formas de mensurar QV, através de instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Como os dois instrumentos fornecem informações diferentes, eles podem ser empregados concomitantemente. Os genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como portadores de doenças crônicas. Assim, permitem comparar a QV de indivíduos sadios com doentes ou de portadores da mesma doença, vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Como desvantagem não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da QV de uma determinada doença.

Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QV em certas situações. Eles mensuram de maneira individual e específica determinados aspectos de QV como as funções físicas, sexual, o sono, a fadiga, etc. Têm como ponto negativo a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Compreendendo que os estudos abordando investigações sobre a qualidade de vida de determinados segmentos populacionais tem aumentado nos últimos anos na literatura, emerge a necessidade premente de desenvolver uma pesquisa cujo objetivo vise analisar os impactos que a gravidez precoce provoca na qualidade de vida de mães adolescentes do município de Cuité – PB, usando o instrumento de mensuração da qualidade de vida (WHOQOL BREF) elaborado pela Organização Mundial de Saúde.

Nessa conjuntura, é notório que a gravidez na adolescência geralmente traz consequências graves, uma vez que a adolescente interrompe seu desenvolvimento global, desorganiza totalmente sua vida, acarretando problemas psicossociais geralmente desastrosos. Têm-se, então, “uma criança tendo que cuidar de outra”. Caso ocorra o casamento ele terá maior probabilidade de terminar em divórcio, poderá ocorrer “síndrome da criança espancada”, repetição de outra gravidez, a criança terá maior chance de prematuridade, entre outros (GAUDERER, 1987).

Têm sido citados efeitos negativos na qualidade de vida das jovens que engravidam, com prejuízo no seu crescimento pessoal e profissional, como por exemplo: apenas 53% das adolescentes que engravidam completam o segundo grau, enquanto que, entre as adolescentes que não engravidam, essa cifra corresponde a 95%. Há, portanto, necessidade de avaliação



quantitativa e qualitativa da questão, principalmente nos países em desenvolvimento, para verificação da necessidade da adoção de medidas pertinentes a sua prevenção e direcioná-las aos grupos mais vulneráveis (YAZLLE, 2006).

Assustada com a gravidez, a adolescente tenta escondê-la, negá-la, fazendo com que ela entre mais tardiamente no sistema de assistência pré-natal, a qual objetiva a atenção à saúde da mãe e da criança. Mesmo tendo livre acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), este é dependente da aceitação da gestação pela adolescente e pela família (YAZLLE, 2006). Segundo Dantas, Sawada e Malerbo (2003), o efeito da gravidez produz modificações nas relações familiares e na saúde dos seus membros. A nova vida, não planejada na composição familiar, muitas vezes é o elemento estressor ou desencadeador de conflitos já subjacentes. A família, que muitas vezes tem dificuldade de lidar com as crises da adolescência, se vê envolvida em uma crise maior: a gravidez. Dessa forma, se o acesso aos serviços de saúde é limitado e se as relações interpessoais dentro do ambiente familiar são afetadas, têm-se determinados níveis de comprometimento da qualidade de vida.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, em 1996 na IV Conferência Mundial sobre a Mulher um dos pontos levantados foi o de que a maternidade prematura continua sendo um obstáculo para o progresso educacional, econômico e social da mulher em todo mundo. Em geral, o casamento e a maternidade prematuros podem reduzir drasticamente as possibilidades de emprego e prejudicar em longo prazo a qualidade de sua vida e de seus filhos (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

A gravidez na adolescência tem sido motivo de preocupação das autoridades e dos profissionais da área da saúde, pelas inúmeras implicações que dela advêm. Essas implicações têm um peso maior porque não se referem apenas ao aspecto físico, ao risco de vida a que a adolescente grávida e seu filho estão expostos, mas também aos aspectos social, cultural, econômico e familiar, uma vez que a gravidez precoce prejudica a vivência saudável da adolescência, compromete a escolaridade e o nível melhor de emprego, de salário e de consequente qualidade de vida (PANTOJA, 2003).

Em relação aos aspectos econômicos, a gravidez na adolescência é, na maioria das vezes, um empecilho para a formação profissional. A jovem normalmente abandona a escola, tornando-se menos preparada para enfrentar o mercado de trabalho. Além disso, os jovens se tornam capazes de realizar a reprodução da espécie, embora, nessa fase, não estejam aptos a estabelecer a própria família. A capacidade para enfrentar todas as responsabilidades da família e da vida profissional, raramente ocorre na adolescência. Quanto mais complexa,

competitiva e exigente é a sociedade onde vive, maiores serão as exigências feitas ao indivíduo (BENFAN, 1997).

Observa-se também interrupção, na educação formal, temporária ou definitiva, acarretando prejuízo na qualidade de vida e nas oportunidades futuras bem como afastamento da escola com conivência familiar frente a gravidez indesejada por vergonha ou por medo da reação de seus pais (CATHARINO, 2002).

A gravidez na adolescência na maioria das vezes ocasiona transtornos familiares muitos fortes, principalmente no aspecto emocional. Os pais geralmente se sentem decepcionados e traídos. Esses sentimentos vêm a reboque de uma postura que se manifesta como incredulidade (LUZ; CASTRO, 1995). Damiane (2003) refere que outros importantes impactos estão ligados às alterações psicológicas, em função de sua imaturidade e labilidade emocional, gerando extrema dificuldade em adaptar-se a sua nova condição, potencializando aspectos já presentes antes da gravidez, como ansiedade, depressão e hostilidade.

## *3 Metodologia*

---

### 3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório-descritivo de natureza quantitativa. Segundo Gil (2006), um trabalho é considerado de natureza exploratória quando envolver levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram (ou tem) experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem sua compreensão. Possui ainda a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores. Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar uma visão aproximativa de um determinado fato ou assunto, possibilitando a formulação de problemas mais precisos ou a criação de hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores.

A pesquisa de caráter descritivo tem como finalidade descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento (GIL, 2006).

A pesquisa quantitativa, de acordo com Lakatos e Marconi (1991) considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas como percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, dentre outras.

### 3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na cidade de Cuité, estado da Paraíba, o qual está localizado na microrregião do Curimataú Ocidental. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) sua população é de 19.978 habitantes. Possui área territorial de 735,334 km<sup>2</sup> e fica a 667 metros acima do nível do mar, sobre a Serra do Cuité.

Foram utilizadas como cenário para o desenvolvimento da pesquisa três Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde: USF Ezequias Venâncio que atende um total de 1.100 famílias cadastradas, USF Luiza Dantas de Medeiros que acompanha 850 famílias e USF Raimundo Domingos que presta assistência a 791 famílias.

A escolha das USF's se deu pelas mesmas terem sido campo de estágio na disciplina de Estágio Supervisionado I – componente curricular do 9º período do Curso de Bacharelado

em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, o que facilitou o acesso às participantes da pesquisa.

### **3.3 População e Amostra**

Para o encontro da amostra foi feita uma consulta no banco de dados do cadastro do programa ministerial SIS-PRENATAL na Secretaria Municipal de Saúde do município de Cuité, a partir de uma delimitação estabelecida entre os anos de 2008 e 2010, a fim de identificar o número de adolescentes grávidas que estiveram cadastradas em tal sistema nos últimos três anos, desconsiderando o ano de 2011. O intervalo estabelecido justifica-se pela maior probabilidade de facilidade ao acesso a essas mulheres haja vista a recente ocorrência da gravidez.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Cuité (2011), a população identificada no cadastro do SIS-PRENATAL corresponde a um total de 597 (quinhentas e noventa e sete) mulheres gestantes, das quais 165 (cento e sessenta e cinco) encontravam-se na adolescência, considerando-se a faixa etária de 10 a 19 anos de idade como preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a).

Com base na população descrita, a amostra foi constituída por 30 (trinta) mulheres, as quais foram selecionadas de forma igualitária, correspondendo a 10 mulheres para cada USF, no intuito de obter dados das diversas realidades do município de Cuité. Para Gil (2006) amostra significa um conjunto ou parte extraída da população para a realização do estudo.

As participantes do estudo foram selecionadas pelo critério da acessibilidade que conforme afirma Gil (2006), trata-se de um método menos rigoroso de todos os tipos de amostragem, sendo destituída de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma representar o universo.

Para a seleção da amostra supracitada foram respeitados os seguintes critérios: ter idade atual igual ou superior a 18 anos; ter sido mãe na faixa etária dos 10 aos 19 anos; ser mãe de pelo menos 01 (um) filho com mais de 01 (um) ano de idade; ter sido cadastrada no SIS-PRENATAL no período de 2008 a 2010 (o que facilitou a localização das informações); aceitar livremente em participar da pesquisa; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

### 3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada com a utilização de dois instrumentos. O primeiro constou de um Formulário Socioeconômico-demográfico e Obstétrico (Apêndice B) estruturado em duas partes e elaborado pelos pesquisadores participantes do estudo, a qual possibilitou a obtenção de dados como idade, estado civil, escolaridade, profissão e renda familiar; bem como dados relacionados à situação gestacional, a exemplo da idade da primeira gestação e razões da gravidez.

O segundo instrumento utilizado para atender os objetivos propostos pelo estudo foi o de mensuração da qualidade de vida elaborado pela OMS, o WHOQOL-BREF (Anexo). O mesmo consta de uma versão abreviada do WHOQOL-100, contendo 26 questões, o qual foi elaborado devido à necessidade de utilização de instrumentos curtos e de rápida aplicação (FLECK, 2000).

Com relação à distribuição das questões do WHOQOL-BREF, a primeira refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As outras 24 questões estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas. Além do caráter transcultural, os instrumentos WHOQOL valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações, como é o caso de adolescentes que experimentaram a gravidez precocemente (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

Um dos assuntos fundamentais em avaliação de qualidade de vida é determinar o que é importante para o indivíduo, especialmente quando o instrumento é para uso em diferentes culturas, como no caso do WHOQOL-BREF (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009). Sobre isso, uma análise realizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS demonstrou que é possível desenvolver uma medida de qualidade de vida aplicável e válida para uso em diversos contextos (FLECK et al., 1999).

### 3.5 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2012 e teve início após a apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Antes do procedimento inicial de coleta de dados a

Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité encaminhou um ofício para a Secretaria Municipal de Saúde de Cuité – PB requisitando a permissão para a realização do estudo. Somente após tal autorização procedeu-se a coleta dos dados.

### 3.6 Análise dos Dados

Os dados inicialmente foram agrupados e tabulados de modo a permitir o processo de análise de forma adequada e eficiente, e em seguida todos os resultados obtidos foram analisados com base no enfoque descritivo e quantitativo mediante a utilização de *software* estatístico. O programa *Microsoft Word* foi utilizado para a construção das tabelas, as quais expõem os resultados da caracterização socioeconômico-demográfica das participantes do estudo em medidas de frequência absoluta e relativa, assim como o *Microsoft Excel* serviu de subsídio para a criação dos gráficos contendo os resultados encontrados.

De acordo com Richardson (2007), o método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto das modalidades de coletas de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio padrão, até as mais complexas como coeficientes da correlação e análise de regressão.

### 3.7 Aspectos Éticos

De modo a cumprir as exigências éticas em pesquisas, todos os procedimentos para o desenvolvimento desta investigação foram norteados pelas normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e da Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 1996; COFEN, 2007).

Com base nas Resoluções mencionadas foi garantido o anonimato das participantes do estudo, bem como o sigilo das informações por estas prestadas. A autonomia de desistir da pesquisa em qualquer etapa também foi um direito das participantes, sem que nenhum prejuízo a estas fosse acarretado. Como já referido, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido também foi utilizado para que as participantes pudessem se familiarizar com a

proposta evidenciada na pesquisa e consentir que estavam participando de um estudo com finalidade de engrandecimento do conhecimento científico.



## *4 Análise e Discussão dos Resultados*

---

O capítulo de análise e discussão dos resultados está apresentado com base nos dados obtidos mediante a aplicação dos instrumentos de coleta de dados e gerados a partir das respostas mencionadas pelas mulheres participantes da pesquisa, selecionadas conforme os critérios de inclusão, tendo sido construído em duas etapas diferentes: a primeira referente à caracterização socioeconômico-demográfica e gestacional das participantes do estudo; e a segunda composta dos resultados das questões pertinentes à temática qualidade de vida de mães adolescentes, obtidos com a aplicação do questionário WHOQOL-Bref.

#### 4.1 Caracterização socioeconômico-demográfica e gestacional da amostra

Participaram do estudo 30 mulheres que foram mães na fase da adolescência. Os dados socioeconômico-demográficos das participantes estão apresentados nas tabelas a seguir, envolvendo as seguintes variáveis: faixa etária, vínculo afetivo, escolaridade, renda familiar, atividade profissional e vínculo atual de moradia. No que concerne à caracterização gestacional, as tabelas subsequentes apresentarão resultados relacionados à idade da primeira gestação, número de filhos, implicações da gravidez na escolaridade e atividade profissional, vínculo de moradia, vínculo afetivo e percepção sobre a gravidez.

**Tabela 1.** Distribuição das participantes do estudo segundo a variável faixa etária. Cuité – PB, 2012.

<i>Faixa Etária</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
18 a 20 anos	06	20,0%
21 a 25 anos	08	26,7%
26 a 30 anos	07	23,3%
31 a 35 anos	02	6,7%
36 a 40 anos	02	6,7%
Acima de 41 anos	05	16,6%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Como pode se observar na Tabela 1, a faixa etária que se destacou foi de 21 a 25 anos, representando 26,7% da amostra. As participantes com idade entre 26 e 30 anos também tiveram uma porcentagem bem significativa, pois corresponderam a 23,3% da amostra. As faixas etárias com menor representatividade foram de 31 a 35 anos e de 36 a 40, ambas com 6,7%. Conforme mostra a tabela as participantes são predominantemente jovens, o que remete ao entendimento que também tiveram seus filhos ainda com pouca idade.

**Tabela 2.** Distribuição das participantes do estudo segundo a variável Vínculo Afetivo. Cuité – PB, 2012.

<i>Vínculo Afetivo</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Solteira	13	43,3%
Casada	06	20%
União Consensual	10	33,3%
Namorando	01	3,4%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

De acordo com os resultados expostos na Tabela 2, um dado relevante é que grande parte das participantes encontra-se solteira, representando 43,3% do total. Ressalta-se que 33,3% encontra-se em união consensual, 20% são casadas e apenas 3,4% estão namorando. Dessa forma, tal resultado corrobora com dados dos Indicadores Sociais de 2010 do IBGE, em que mulheres sem cônjuge e com filhos representam 17,4% da população brasileira (CHAVES, 2011).

Quando a adolescente engravida, com a ausência de um companheiro, ou de uma relação estável, isto lhe acarreta uma carga adicional de estresse emocional com repercussões em sua saúde e com sérias incidências em sua vida futura. Por outro lado, em um contexto reprodutivo tradicional e com padrões relacionais pautados pela hierarquia de gênero, um relacionamento estável, sobretudo quando há grande diferença de idade, pode levar estas adolescentes grávidas diretamente para a subordinação da autoridade masculina e ao enclausuramento doméstico (PITANGUY, 2011).

**Tabela 3.** Distribuição das participantes do estudo segundo a variável escolaridade. Cuité – PB, 2012.

<i>Escolaridade</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Ensino Fundamental incompleto	18	60%
Ensino Fundamental completo	03	10%
Ensino Médio Incompleto	06	20%
Ensino Médio Completo	03	10%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Com relação à variável escolaridade, constata-se que a maioria das participantes do estudo tem apenas o ensino fundamental incompleto (60%). Tal resultado corrobora com Aquino (2003) ao afirmar que no contexto da maternidade na adolescência, no que se refere à trajetória acadêmica, a literatura em geral tem mostrado que gestantes e mães adolescentes apresentam defasagem na escolaridade, com altas proporções de evasão e de abandono escolar, sendo a gravidez um dos fatores que pode contribuir para o afastamento da escola ou

atraso no nível de instrução deste grupo, assim como, os determinantes socioeconômicos, o que se evidencia nesta pesquisa.

Ademais, 20% das participantes possuem ensino médio incompleto, 10% têm o ensino fundamental completo e 10% têm o ensino médio completo. Tal resultado aponta que a gravidez quando ocorre na adolescência nem sempre é fator condicional para o abandono da formação educacional. Segundo Panicali (2006), no enfoque da reprodução social, condena-se a gravidez na adolescência por dificultar a formação escolar da jovem mãe, que na maioria das vezes acaba por abandonar ou interromper os estudos, principalmente se pertence a uma classe de poder aquisitivo baixo. Com a interrupção da escolaridade são poucas ou quase nulas as oportunidades de conseguir um emprego que lhe permita arcar com a responsabilidade pela criação do seu filho.

**Tabela 4.** Distribuição das participantes do estudo segundo a variável renda familiar. Cuité – PB, 2012.

<i><b>Renda Familiar</b></i>	<i><b>f</b></i>	<i><b>%</b></i>
01 salário mínimo	21	70%
Menos de 01 salário mínimo	09	30%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Como mostra a Tabela 4, 21 (70%) das entrevistadas possuem uma renda familiar de um salário mínimo e 09 (30%) apresentam renda menor que 01 salário mínimo.

Analisando esses dados concernentes a renda familiar, observa-se que a situação socioeconômica das adolescentes, em sua maioria, não é das mais favoráveis. Estudos recentes revelam que a ocorrência de uma gravidez antes dos vinte anos, varia inversamente com a renda e a escolaridade das adolescentes. Os contrastes são mais expressivos, podendo ser um fator condicionante para maior precariedade das condições de vida (PANICALI, 2006).

Segundo Gama et al. (2001), o nível econômico parece ser um fator quase determinante para a ocorrência da gravidez pois são nas classes econômicas menos favorecidas que há uma elevada incidência de adolescentes grávidas devido ao abandono e promiscuidade dessa população, maior desinformação e menor acesso aos métodos anticoncepcionais.

**Tabela 5.** Distribuição das participantes do estudo segundo a variável atividade profissional. Cuité – PB, 2012.

<i><b>Atividade Profissional</b></i>	<i><b>F</b></i>	<i><b>%</b></i>
Empregada Doméstica	03	10%
Secretária	01	3,3

Nenhuma atividade	26	86,7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Sobre a ocupação atual das participantes do estudo, obteve-se um número expressivo de mulheres que referiram não exercer nenhuma atividade (86,7%) e apenas 04 realizam exercício profissional, sendo 03 (10%) como empregada doméstica e 01 (3,3%) como secretária. Este resultado acaba por comprovar o impacto da gravidez precoce nas questões ligadas ao trabalho, assim como na educação, geralmente concorrendo para o atraso e/ou abandono dos planos educacionais e profissionais, sobretudo em mulheres com classe econômica baixa (MONTGOMERY, 1997).

**Tabela 6.** Distribuição das participantes do estudo segundo a variável vínculo atual de moradia. Cuité – PB, 2012.

<i>Vínculo Atual de moradia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Própria família	17	56,7%
Família do Companheiro	07	23,3%
Somente com o Companheiro	06	20%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

No que diz respeito à condição atual de moradia das entrevistadas, pode-se constatar que a maioria (56,7%) reside com seus familiares, ou seja, são mães, mas acabaram por não constituir um lar junto aos companheiros. Nesta mesma linha de raciocínio, 07 (23,3%) das participantes, no que concerne ao local de moradia, estão vinculadas à família do companheiro, evidenciando ainda mais a dependência dos familiares para o próprio sustento e dos filhos. Apenas 06 (20%) das mulheres moram em seu próprio lar somente com o companheiro e filhos.

**Tabela 7.** Distribuição das participantes do estudo segundo a variável Idade da 1ª Gestação. Cuité – PB, 2012.

<i>Idade da 1ª Gestação</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
De 12 a 15 anos	12	36,6%
De 16 a 19 anos	18	63,4%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Os resultados mostram que a maioria das entrevistadas ficou grávida entre 16 e 19 anos, correspondendo a 63,3% da amostra. Apenas 36,6% tiveram a primeira gestação entre

12 e 15 anos. Outros estudos também revelam que a maioria das adolescentes que engravidam, o evento ocorre na segunda metade desta fase da vida, como por exemplo, o estudo de Oliveira et al. (2008) feito em Fortaleza - CE, em que a idade das adolescentes grávidas variou entre 13 e 19 anos, sendo que duas tinham entre 13 e 15 anos (8,3%) e 22 entre 16 e 19 anos (91,7%). Estatísticas nacionais apresentam dados semelhantes, quando a proporção de gestações em adolescentes entre 15 e 19, no Brasil, é de 22% e a de adolescentes menores de 15 anos é de 0,87% do total (GAMA et al., 2001).

A gravidez precoce traz vários efeitos sociais negativos, como perda de oportunidades educacionais, de trabalho e de redução de chances de um casamento feliz, e ainda com limitações de oportunidade. Também ocorrem efeitos psicológicos associados ao conflito emocional e educacional frente à situação da maternidade, pois em virtude de não terem idade e preparação para assumir uma gravidez.

**Tabela 8.** Distribuição das participantes do estudo segundo a variável Número de Filhos. Cuité – PB, 2012.

<i>Número de Filhos</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
De 01 a 02 filhos	22	73,4%
De 03 a 04 filhos	06	20%
Acima de 05 filhos	02	6,6%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

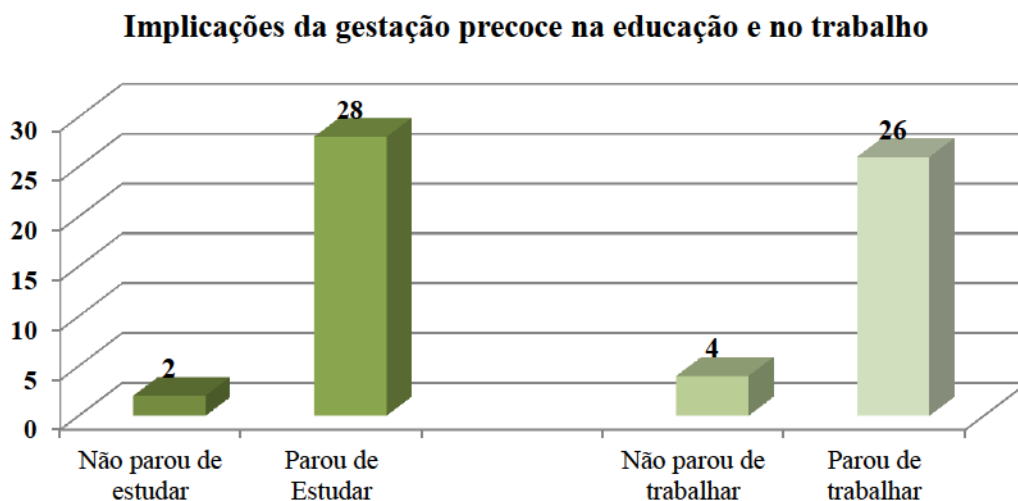
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Com relação aos números de filhos a Tabela 8 mostra que 22 (73,4%) tem entre 1 e 2 filhos, 6 (25%) tem entre 3 e 4 filhos, e apenas 2 (6,6%) tem mais de 5 filhos.

Segundo dados do IBGE (2011), a taxa de fecundidade brasileira caiu para 1,86 filhos por mulher em 2010, bem inferior à taxa de 2,38 filhos observada dez anos antes. Este declínio dos níveis de fecundidade é observado em todas as grandes regiões do país, principalmente na região Norte (de 3,16 filhos por mulher para 2,42) e no Nordeste (de 2,69 para 2,01), que possuíam os mais altos níveis de fecundidade em 2000, segundo comunicado do IBGE. As taxas mais baixas de fecundidade são observadas nos Estados do Rio de Janeiro (1,62 filho por mulher), São Paulo (1,63) e no Distrito Federal (1,69). É importante ressaltar ainda que também notou-se uma mudança comportamental: começa a cair a participação das mulheres mais jovens (15 a 24 anos de idade) em novos nascimentos e cresce a fecundidade entre mulheres com mais de 30 anos.

Outro dado que merece ênfase é que as mulheres de 15 a 19 anos tiveram uma participação de 17,7% na fecundidade das brasileiras em 2010, contra 18,8% dez anos antes.

A participação das mulheres de entre 20 e 24 anos na fecundidade caiu 29,3% em 2000 para 27% em 2010 (IBGE, 2010). Razões financeiras que limitam as possibilidades de educar, alimentar e dar assistência a um elevado número de crianças; aumento do acesso a métodos contraceptivos; investimento da mulher na vida profissional, são alguns dos fatores que contribuem para que as famílias optem por um número reduzido de filhos.



**Gráfico 1.** Implicações da gestação precoce na educação e no trabalho. Cuité – PB, 2012.

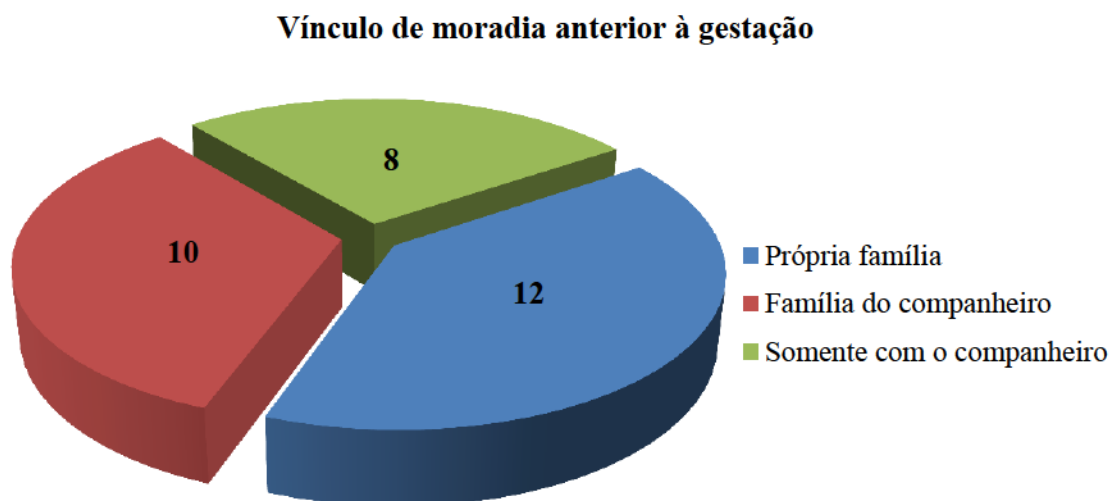
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Em se tratando das implicações da gestação precoce na educação e no trabalho, o resultado expressivo comprova um fato comum evidenciado na sociedade: abandono dos estudos e da vida profissional uma vez que a responsabilidade da maternidade exige tempo e disponibilidade total para cuidar do filho. Como se pode observar no Gráfico 1, de 30 mulheres que participaram do estudo 28 pararam de estudar e 26 pararam de trabalhar.

Esta consequência é muito relevante uma vez que diminui as oportunidades de encontrar uma profissão bem remunerada. Deste modo, a adolescente entra num ciclo vicioso, contribuindo ainda mais para uma situação socioeconômica desfavorável.

A gravidez precoce, e muitas vezes não planejada, torna a vida da adolescente vulnerável, privando-lhe do pleno desenvolvimento a que têm direito, diminuindo a chance de crescimento pessoal e profissional (ALKMIN et al., 2006). Estudo realizado em Minas Gerais comprovou que o abandono escolar devido à gravidez foi relatado por 83,33% das adolescentes entre 10 e 16 anos e por 25% das adolescentes entre 17 e 19 anos, o que corrobora com o resultado desta pesquisa. O fato da nossa legislação trabalhista não permitir o

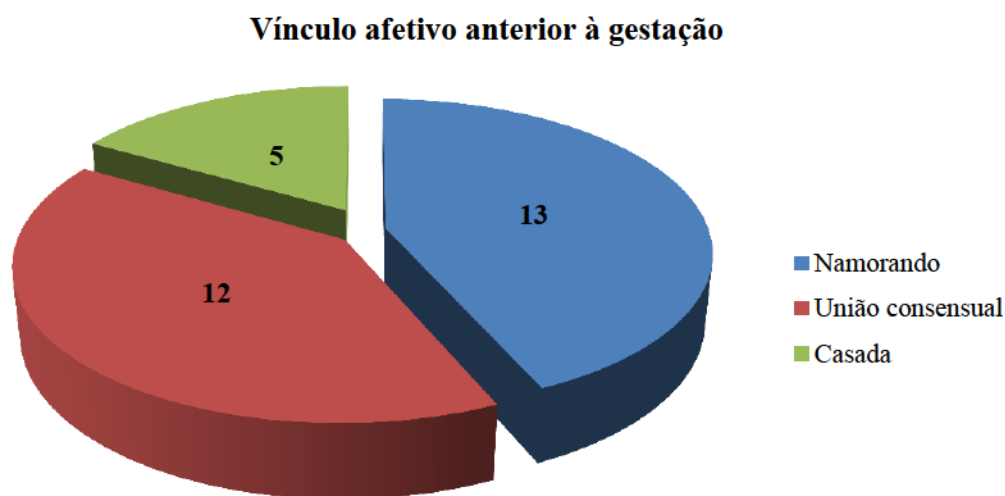
trabalho de menores de 16 anos acentua o fato dessas adolescentes mães dependerem financeiramente da família ou terem subempregos (GRADIM, 2010).



**Gráfico 2.** Vínculo de moradia anterior à gestação. Cuité – PB, 2012.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

No que diz respeito ao vínculo de moradia antes da gestação verifica-se um equilíbrio nos resultados: 12 participantes residiam com a própria família, 10 com a família do companheiro e 8 moravam somente com companheiro. Fazendo um comparativo com a condição atual de moradia verifica-se que não houve mudanças significativas com o evento da gestação, o que geralmente é esperado.

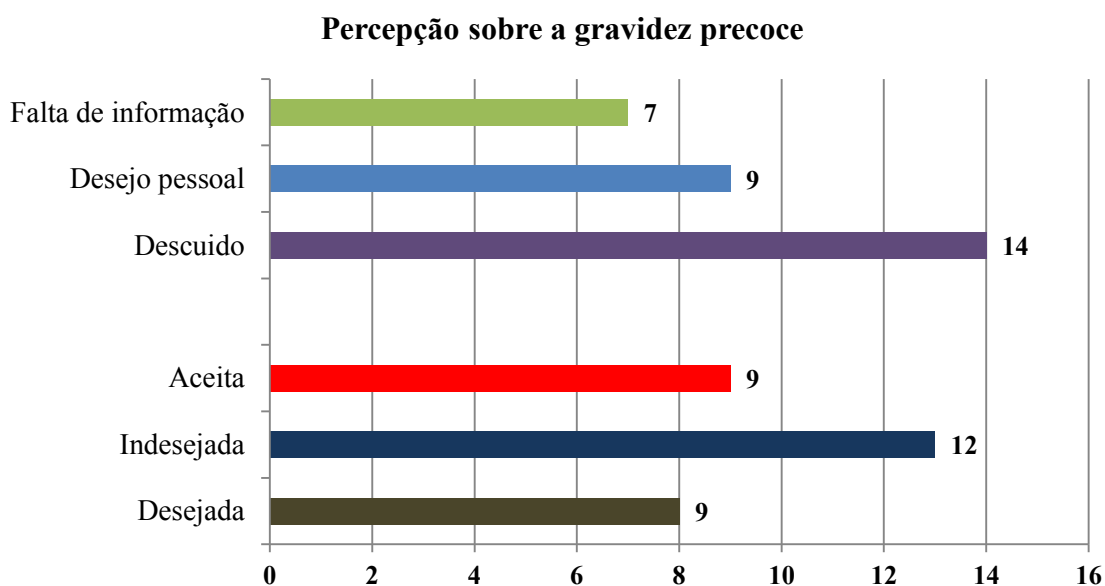


**Gráfico 3.** Vínculo afetivo anterior à gestação. Cuité – PB, 2012.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.



Um dado bem relevante é que antes da gravidez todas as participantes tinham algum tipo de relacionamento: 05 eram casadas, 12 encontravam-se em união consensual e 13 apenas namorava quando engravidaram, conforme mostra o Gráfico 3. Comparando tais dados com os resultados expostos na Tabela 2 (que trata do vínculo afetivo atual), percebe-se como houve mudanças significativas quanto a este aspecto, já que atualmente grande parte das participantes encontra-se solteira (43,3%). Infelizmente não se pode afirmar que a gestação tenha sido a causa das separações. Todavia, é grande o número de mães que acabam por assumir a responsabilidade de criação dos filhos.



**Gráfico 4.** Percepção sobre a gravidez precoce. Cuité – PB, 2012.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Sobre a gravidez ter sido planejada ou não pelas adolescentes, pode-se constatar que grande parte das adolescentes engravidou por descuido 14 (46,7%). Um número significativo de participantes (09) afirmou o contrário, ou seja, confessaram ter desejado e planejado a gravidez. As demais (07) responderam que engravidaram por falta de informação.

As pesquisas de Maia (2004) mostram que os adolescentes conhecem métodos contraceptivos, pelo menos a camisinha. Investigações sobre esse tema poderiam ajudar na maior compreensão dos adolescentes de modo a manipular o uso dos métodos contraceptivos com eficiência, pois conhecê-los não é suficiente, uma vez que não significa usá-los. Na pesquisa de Paixão (2003) com adolescentes grávidas entre 13 e 19 anos, 78,7% das gestações não foram planejadas e 49%, não desejadas, no entanto 44,5% utilizaram algum método

contraceptivo. O resultado indicou que não é suficiente conhecer e usar tais métodos. É necessário ter condições de utilizá-los bem, impedindo que ocorra gravidez precoce e indesejada ou doença sexualmente transmissível. Portanto há muitas variáveis a levar-se em conta.

O MS enfoca que as adolescentes engravidam sem planejamento, por falta de informação, difícil acesso a serviços especializados, desconhecimento de métodos anticoncepcionais e, muitas vezes, à procura de uma relação afetiva, de um objeto de amor ou, tão somente, devido à experimentação sexual (NASCIMENTO et al., 2011).

Conforme a referência mencionada anteriormente, a escola tem um papel fundamental na educação sexual desses jovens, fazendo com que eles aprendam a fisiologia do seu corpo e as formas de prevenção de uma gravidez tão precoce e até mesmo indesejada. Há no Brasil, em vigor, a Lei de nº 60 de 06 de agosto de 2009, estabelecendo o regime de aplicação da educação sexual no meio escolar, que visa a importância desta educação em estabelecimentos de ensino básico e do secundário em rede privada e cooperativa em todo território nacional. Não basta promover ações preventivas de caráter prescritivo e baseadas exclusivamente em fatores biológicos da sexualidade. A sexualidade caracteriza um tema que exige tratamento interdisciplinar e transversal ao ser abordado nos contextos educativos.

No que diz respeito a gravidez ter sido aceita, indesejada ou desejada, o Gráfico 4 mostra que 09 (30%) das participantes responderam ter sido aceita a gestação, 12 (40%) tiveram uma gravidez indesejada e 09 (30%) afirmaram desejar a gravidez.

Segundo Eustáquio (2010), o problema da gravidez indesejada entre adolescentes tem sido motivo de alarde e de pouca compreensão. São especialmente as meninas que sofrem “na pele” as consequências de prosseguir com uma gestação não planejada ou as mazelas da interrupção forçada de uma gestação involuntária. Especialmente as meninas pobres são as que mais sofrem com a gravidez indesejada, pois elas, na sua grande maioria, não possuem acesso às informações e aos métodos contraceptivos adequados para evitar a gravidez.

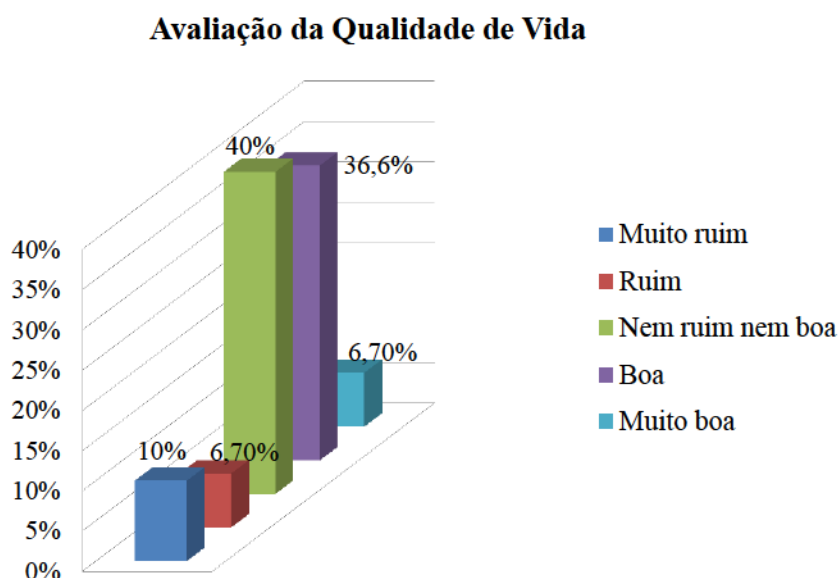
A literatura mostra que a gravidez indesejada prejudica a saúde e as condições de inserção econômica das adolescentes, prejudicando, conseqüentemente, os seus filhos e os demais membros da família. Os maiores níveis de mortalidade infantil e materna reduzem a esperança de vida e dificulta a saída das condições de vulnerabilidade social, impedindo que a família ultrapasse os limites da linha de pobreza.

Dados do MS, divulgados em março de 2010, mostram que as meninas entre 10 e 19 anos (e seus parceiros) estão tendo mais acesso ao uso de métodos contraceptivos nos últimos cinco anos, o que tem possibilitado a redução da gravidez indesejada (EUSTÁQUIO, 2010).

Todavia, embora a veracidade destes dados, ainda permanece elevado na sociedade os índices de gestações indesejadas na fase da adolescência, como mostram o resultado desta pesquisa, representado por grande parte das participantes.

#### 4.2 Dados relacionados ao impacto da gravidez precoce na qualidade de vida

A seguir estão apresentados dos resultados concernentes à qualidade de vida. Para uma melhor compreensão foram construídos três gráficos e três quadros a partir das respostas das participantes às questões do Whoqol-Bref. Inicialmente foi feito o seguinte questionamento: como você avaliaria a sua qualidade de vida? O resultado pode ser observado no Gráfico 5.



**Gráfico 5.** Percepção sobre a Qualidade de Vida. Cuité – PB, 2012

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Como mostra o Gráfico 5, a maior parte das participantes do estudo (40%) foram neutras ao afirmarem ter uma qualidade de vida “nem ruim, nem boa”. Outros dados importantes a serem ressaltados é que 36,6% das mulheres apontaram sua qualidade de vida como “boa” e 10 % avaliam sua qualidade de vida como “muito ruim”.

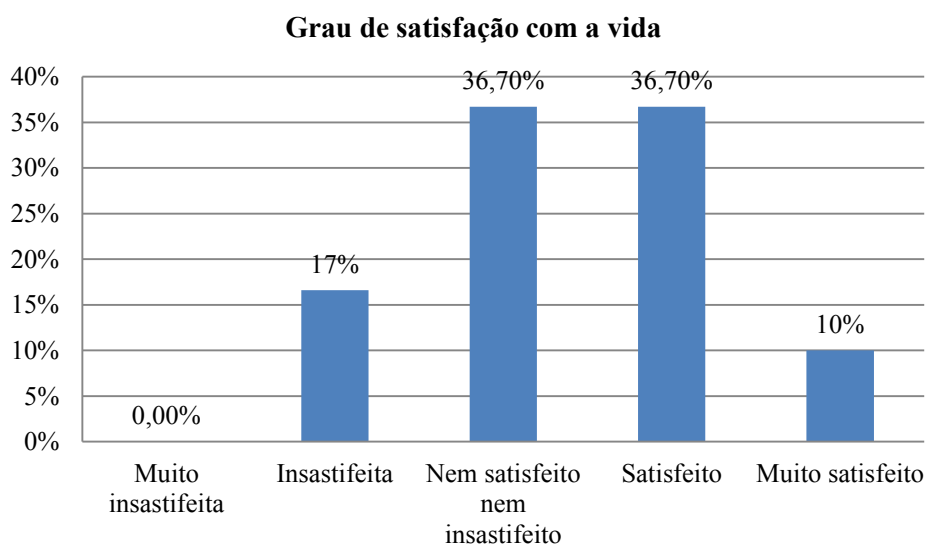
Sabe-se que a QV é um conceito complexo, multifatorial e dinâmico, incluindo a ideia de que há muitas dimensões envolvidas: materiais, culturais, psicológicas, espirituais, emocionais, e ambientais. Ideias e sentimentos pessoais estão também envolvidos com relação a todas estas dimensões (SABROZA et al., 2004). Diante desta afirmativa e em consonância com os resultados obtidos, é notório como o evento da gestação durante a fase da

adolescência acaba por impactar na qualidade de vida, uma vez que interfere em múltiplas dimensões da vida da mulher. Ademais, a menor parte da amostra avalia a sua qualidade de vida como “muito boa”, o que pode ser reflexo direto do contexto de vida após a gravidez.

Segundo Donas (1991) é durante a adolescência que o indivíduo elabora seu projeto de vida, desenvolvendo estratégias para a concretização do seu sonho. Este projeto é enfatizado pelas possibilidades externas, sendo que só se torna possível através do esforço do próprio adolescente para que aconteça ou não. A gravidez não planejada na adolescência poderá ser considerada como um obstáculo e provavelmente um fator de desvio para que se concretize seu projeto de vida.

A responsabilidade precoce imposta pela gravidez, paralela a um processo de amadurecimento, resulta em uma adolescente despreparada para assumir as responsabilidades sociais e econômicas que a maternidade envolve. Um dos fatores psicológicos negativos enfrentados pelos adolescentes é a inabilidade em lidar com tantas responsabilidades ao mesmo tempo, como obrigações de cuidado da criança, a conquista de sua autonomia, dificuldade financeira, o que gera sentimentos de imaturidade, de perda de sua liberdade e dificuldade de frequentar a escola (SABROZA et al., 2004).

Além da percepção sobre a qualidade de vida, as participantes do estudo também foram questionadas sobre o grau de satisfação com a vida. O resultado pode ser visualizado no Gráfico 6.



**Gráfico 6.** Percepção sobre o grau de satisfação com a vida. Cuité – PB, 2012.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Quando avaliado o grau de satisfação com a vida das participantes verifica-se que houve uma igualdade de valores entre as respostas “nem satisfeito, nem insatisfeito” e “satisfeito”, cada uma com 36,7%. Ou seja, grande parte das mulheres mostra-se relativamente conformada com o estilo de vida que leva a partir da neutralidade evidenciada na resposta apontada. Um mesmo número de mulheres também referiu estar satisfeita com a vida, o que mostra que apesar da gestação durante a fase da adolescência tal evento não consistiu em motivo para tornar-se insatisfeita com a vida. É pertinente ressaltar ainda que 17% das participantes afirmam estar insatisfeitas.

Segundo Giacomoni (2004), os indivíduos, ao avaliarem suas vidas, comparam-se a vários padrões incluindo outras pessoas, condições passadas, aspirações e níveis ideais de satisfação e necessidades ou metas. O julgamento das satisfações está baseado nas discrepâncias entre as condições atuais reais e esses padrões de comparação. A discrepância que envolve uma comparação superior (quando o padrão é mais elevado) resultará na diminuição da satisfação, enquanto, uma comparação em direção inferior ocasionará um aumento da satisfação.

Diante deste dado, quando se faz um comparativo com o resultado sobre a percepção da qualidade de vida, entende-se que embora o acontecimento da gestação durante a fase da adolescência, seja esta desejada ou não, grande parte das mulheres avaliam a sua qualidade de vida como boa e estão satisfeitas com a vida, o que possibilita a compreensão que a gravidez não traz impacto negativo significativo para a qualidade de vida daquelas que vivenciam tal situação. É óbvio, portanto, que a gravidez provoca mudanças, traz problemas e interfere nas relações familiares e sociais, talvez não o suficiente para interferir na qualidade de vida.

Partindo para um modo mais específico de mensurar a QV de mulheres que tiveram gestação durante a fase da adolescência, os resultados apresentados no Quadro 1 trazem respostas sobre dor, necessidade de tratamento médico, sentido da vida, concentração, segurança e ambiente físico.

Questionamentos	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	30 %	23.3%	20%	26.7%	---
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	40%	40%	16.7%	3.3%	---
O quanto você aproveita a vida?	23.3%	33.3%	26.7%	10%	6.7%

<b>Em que medida você acha que sua vida tem sentido?</b>	3.3%	6.7%	20%	40%	30%
<b>O quanto você consegue se concentrar?</b>	16.7%	23.3%	43.3%	16.7%	---
<b>Quão segura você se sente com sua vida diária?</b>	16.7%	23.3%	26.7%	30%	3.3%
<b>Qual saudável é o seu ambiente físico?</b>	6.7%	6.7%	26.7%	13.3%	46.6%

**Quadro 1.** Avaliação da qualidade de vida das participantes do estudo. Cuité – PB, 2012.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Como pode ser observado no Quadro 1, no questionamento “Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?” a resposta “nada” foi apontada por 30% das participantes do estudo, uma resposta positiva, que pode ter relação direta com a pouca idade que as participantes do estudo possuem. Durante a gestação ocorrem muitas síndromes dolorosas devido às constantes mudanças hormonais e anatômicas, sendo as mais comuns as lombalgias, síndrome do túnel do carpo e tendinite de De Quervain (LIMA; ANTÔNIO, 2009). Todavia, após o evento as dores geralmente não são mais relatadas, assim como não impedem a realização das atividades da vida diária, o que sinaliza como ponto positivo para a qualidade de vida.

Quanto ao item “O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?”, um percentual relevante mostra que as participantes gozam de boa saúde, pois 40% relatam precisar “nada” e “muito pouco” de atendimento médico. Levando-se em conta o ‘viver saudável’ mesmo na ocorrência de situações de doença, faz-se necessário a mudança de paradigmas para outros que possibilitem novas formas de pensar-fazer o mundo, especialmente na visualização de nossos conceitos de qualidade de vida, percebendo a saúde como processo e produto desta. A proposta é repensar as nossas formas de cuidar de vida individualmente e coletiva, seja em casa, no trabalho, na comunidade e na sociedade de uma maneira geral, isso porque a saúde da população depende muito mais de fatores preventivos como: acesso a serviços e bem públicos, alimentação e condições de higiene, do que da quantidade de postos de saúde e leitos de hospitais disponíveis (VIDO, 2006).

Com relação ao questionamento “O quanto você aproveita a vida?” 33,3% das participantes afirmaram aproveitar a vida “muito pouco” e 23,3% assinalaram aproveitar “nada”, o que totaliza a maioria delas. Segundo Minayo (2000), a maternidade 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. A gravidez precoce e não planejada pode resultar em sobrecarga psíquica, emocional e social para o desenvolvimento da adolescente, contribuindo para alterações no seu projeto de vida futura, assim como na perpetuação do ciclo de pobreza, educação precária, falta de perspectiva de vida, lazer e emprego e, conseqüentemente, na busca de melhores condições de vida. A partir dos relatos das adolescentes, vislumbrou-se que a dimensão emocional é abalada e a maternidade vivida como momento de renúncias, já que a maioria destas afirma não aproveitar a vida como queria ou deveria, isso reflete negativamente na qualidade de vida.

Em contrapartida, quando questionadas sobre “em que medida sua vida tem sentido”, 40% das participantes responderam que “bastante” e 30% afirmou “extremamente”. Esse dado é bem positivo, pois embora algumas dimensões envolvidas na subjetividade da qualidade de vida possam apresentar-se comprometidas mediante as respostas das participantes, grande parte destas afirma que sua vida tem verdadeiro sentido, ou seja, a maternidade não pode ser considerada um evento que promove a perda do sentido da vida, ao contrário, mesmo sendo muita vezes indesejada a gravidez e o nascimento do filho faz renascer e reconstruir o sentido da vida.

Quando as participantes foram questionadas sobre “O quanto você consegue se concentrar” observa-se no Quadro 1 que grande parte (43.3%) aponta uma neutralidade ao afirmar que conseguem se concentrar “mais ou menos”. Considerando a generalização do questionamento, acredita-se que este déficit de concentração tenha alguma relação com a responsabilidade adquirida com o filho, haja vista ser uma tarefa complexa que demanda tempo e atenção, o que acaba por comprometer a concentração para outras atividades. A ociosidade, uma vez que grande parte das participantes do estudo não exerce atividades trabalhistas ou não estudam, também pode emergir como um fator relevante para esse déficit de concentração.

No que concerne à pergunta “Quão segura você se sente com sua vida diária?” grande parte das participantes (30%) refere se sentir “bastante” segura, o que mostra que a gravidez não constitui um fato que provoca ou traz insegurança para a vida. Segundo Folle (2004), isso acontece porque, muitas vezes, durante a gravidez, a adolescente sentiu-se de alguma forma segura e apoiada para prestar cuidados aos filhos, e o vínculo fortalecido com o bebê demonstram maior amadurecimento e responsabilidade. Sobre o que consideram como fonte de suporte frente às vivências da fase em que se encontra, a família é o principal referencial de apoio para estas adolescentes. A experiência e os conhecimentos de outras mulheres da família que já vivenciaram o puerpério se fazem importantes na construção do ser mãe. O

aprendizado acerca dos cuidados está estreitamente ligado com a transmissão da experiência já vivida, fazendo com que as filhas se apoiem nos exemplos e ensinamentos de suas mães, repetindo a vivência dessas como modelo a ser seguido.

Considerando o “ambiente físico saudável” em que as participantes do estudo vivem, um significativo percentual (46,6%) respondeu estar extremamente satisfeitas. Embora as mesmas apresentem condições financeiras insatisfatórias, estas julgam o ambiente em que vivem como satisfatório. Viver em um ambiente físico saudável é de grande importância para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Atrelado a este fato, um bom ambiente físico proporciona condições adequadas de saúde para a mãe e para o bebê.

Como pode ser verificado no Quadro 2, aspectos relacionados a energia, aparência física, dinheiro, informações e lazer, também foram investigados (como itens pertencentes ao WHOQOL) a fim de complementar a investigação relacionada à qualidade de vida de mulheres que foram mães precocemente, no intuito de apresentar o quanto tais aspectos demonstram impactos para a vida das mesmas diante do evento da gestação.

Questionamentos	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
<b>Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?</b>	6.6%	26.7%	30%	36.7%	---
<b>Você é capaz de aceitar sua aparência física?</b>	3.3%	16.7%	33.4%	44.3%	3.3%
<b>Você tem dinheiro o suficiente para satisfazer suas necessidades físicas?</b>	46.7%	23.3%	26.7%	3.3%	---
<b>Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no dia-a-dia?</b>	20%	26.7%	36.7%	16.6%	---
<b>Em que medidas você tem oportunidade de lazer?</b>	33.3%	26.7%	26.7%	10%	3.3%

**Quadro 2.** Avaliação da qualidade de vida das participantes do estudo. Cuité – PB, 2012.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Diante do questionamento “você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?” é possível visualizar no Quadro 2 que o maior número de respostas (36,7%) refere que as participantes do estudo tem “muita energia”. Pela jovialidade das mesmas, faz sentido o resultado obtido. Nesta fase da vida, a produção de energia para a realização das atividades diárias é suficientemente satisfatória. O ato de cuidar de criança, que demanda muita energia, possivelmente despertou nas mulheres a necessidade de usufruir ainda mais da sua energia produzida, o que promove melhores níveis de qualidade de vida. Sob outro aspecto, um



pequeno percentual de participantes (6,6%) referiu não ter “nada de energia” para o dia-a-dia. Esta acomodação, possivelmente não tem nenhuma relação com o evento da gravidez.

Analisando a aceitação das participantes com relação à sua aparência física, o maior percentual (44,3%) aceita “muito” bem sua aparência física. A autoestima é notadamente um fator importante quando se analisa o modo que as mulheres conduzem sua vida. Sentir-se bem consigo mesmo é um fator bastante favorável para a qualidade de vida. Nesta linha de raciocínio é possível afirmar que a gestação não trouxe impacto significativo frente ao aspecto “aparência física”, uma vez que grande parte das participantes está satisfeita na que concerne a este aspecto.

Ao analisar o lado financeiro, 46,7% das participantes não ter “nada” de dinheiro para satisfazer suas necessidades, o que já era esperado quando se apresentou os resultados da variável “renda familiar” anteriormente. Tal resultado é reflexo da dependência financeira que existe das participantes, uma vez que a grande maioria não executa nenhum tipo de atividade laboral remunerada, ficando a depender de pais e companheiros. A interrupção do trabalho e de seus estudos durante a gestação ou após o nascimento da criança acarreta perdas de oportunidades e piora da qualidade de vida no presente ou no futuro.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2000), na IV Conferência Mundial sobre a Mulher um dos pontos levantados foi o de que a maternidade prematura continua sendo um obstáculo para o progresso educacional, econômico e social da mulher em todo mundo. Em geral, o casamento e a maternidade prematuros podem reduzir drasticamente as possibilidades de emprego e prejudicar em longo prazo a qualidade de sua vida e de seus filhos.

Em relação aos aspectos econômicos, a gravidez na adolescência é, na maioria das vezes, um empecilho para a formação profissional. A jovem normalmente abandona a escola, tornando-se menos preparada para enfrentar o mercado de trabalho. Na adolescência, os jovens se tornam capazes de realizar a reprodução da espécie, embora, nessa fase, não estejam aptos a estabelecer a própria família. A capacidade para enfrentar todas as responsabilidades da família e da vida profissional, raramente ocorre na adolescência. Quanto mais complexa, competitiva e exigente é a sociedade onde vivem, maiores serão as exigências feitas ao indivíduo (PINHEIRO, 2000).

Segundo Pelloso et al. (2002), a gravidez precoce e não planejada pode resultar em sobrecarga psíquica, emocional e social para o desenvolvimento da adolescente, contribuindo para alterações no seu projeto de vida futura, assim como na perpetuação do ciclo de pobreza, educação precária, falta de perspectiva de vida, lazer e emprego e, conseqüentemente, na

busca de melhores condições de vida. A instabilidade econômica contribui para uma reação em cadeia. Primeiro a adolescente abandona os estudos para desempenhar outras responsabilidades decorrentes do novo papel que assume, o de mãe. Em seguida, a baixa escolaridade e grau de instrução precário levam à dificuldade de inserção no mercado de trabalho, bem como causam comprometimento da estabilidade conjugal e do estado de saúde da adolescente e de seu filho, principalmente na ausência do suporte da família.

No que diz respeito ao questionamento “Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no dia-a-dia?” observa-se que 36,7 % das participantes responderam que “médio”. Isso mostra que falta disponibilidade de informação, o que de certo modo prejudica o índice de qualidade de vida, pois é primordial se manter uma pessoa atualizada tanto para no âmbito pessoal como profissional. A informação consiste no veículo de maior importância para a aquisição de conhecimentos em todas as áreas.

Analisando a oportunidade de lazer, 33,3% das participantes responderam que não tem “nada” de lazer, 26,7% responderam que “muito pouco” e o mesmo percentual que médio. Diante deste resultado visualiza-se que os momentos de lazer são praticamente inexistentes e este fato advém de dois fatores: a maternidade e a baixa condição socioeconômica. Nesse ínterim, é notório o impacto que a gravidez durante a adolescência traz para a qualidade de vida dessas mulheres, privando-a ou limitando-as de sair do cotidiano e buscar momentos de liberdade e diversão, o que consiste em uma necessidade humana básica. Segundo estudo feito por Dantas e Marques (2005), a gravidez na adolescência tem como consequências: diminuição da liberdade de sair, ir pra festas e outras certas restrições etc. devido o aumento na responsabilidade por parte dos adolescentes, uma vez que terão de manter e cuidar de uma criança, o que reafirma os resultados evidenciados nesta pesquisa.

Ademais, a rotina imposta pela maternidade, segundo Pinheiro (2000) traz restrições a vida das mulheres, fazendo com que elas percam a liberdade. A aceitação passiva e substitutiva das suas próprias aspirações em função do filho pode ter origem nos processos de socialização, quando as meninas são criadas para assumir os papéis maternos e domésticos (PINHEIRO, 2000).

Na terceira etapa do Questionário WHOQOL-BREF as participantes do estudo foram abordadas com relação ao sono, capacidade para realização de atividades diárias, capacidade para o trabalho, satisfação consigo mesma, relações pessoais, vida sexual, apoio dos amigos, condições de moradia, acesso aos serviços de saúde e meio de transporte. Os resultados podem ser observados no Quadro 3.

Questionamentos	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeita você está com seu sono?	3.3%	26.7%	26.7%	43.3%	---
Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3.3%	13.3%	26.7%	56.7%	---
Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?	3.3%	50%	23.4%	20%	3.3%
Quão satisfeita está consigo mesma?	3.3%	30%	13.4%	50%	3.3%
Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (parentes, conhecidos e amigos)?	---	16.7%	36.7%	43.3%	3.3%
Quão satisfeita você está com sua vida sexual?	30%	23.3%	16.7%	20%	10%
Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	3.3%	13.4%	20%	60%	3.3%
Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?	10%	23.3%	26.7%	40%	---
Quão satisfeita você está como seu acesso aos serviços de saúde?	3.3%	20%	46.7%	30%	---
Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?	---	36.7%	33.3%	30%	---

**Quadro 3.** Avaliação da qualidade de vida das participantes do estudo. Cuité – PB, 2012.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Quando as participantes foram questionadas em relação ao grau de satisfação com o sono, 43,3% destas responderam que estão “satisfeitas”. Tal resultado mostra que a preservação de boas condições de sono é evidente mesmo tendo vivenciado a maternidade na adolescência, o que geralmente interfere na qualidade do sono. Neste sentido, a garantia de sono e repouso preservados é condição essencial para uma qualidade de vida satisfatória, o que foi demonstrado pelas participantes deste estudo.

O sono é uma função biológica fundamental na consolidação da memória, na visão binocular, na termorregulação, na conservação e restauração da energia, e na restauração do metabolismo energético cerebral. Devido a essas importantes funções, as perturbações do sono podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional,

cognitivo e social do indivíduo, além de comprometer substancialmente a qualidade de vida (MEDEIROS et al., 2002).

Segundo Cardoso et al. (2009), os transtornos do sono trazem consigo diversas repercussões para os seres humanos, ao provocarem perda da qualidade de vida, disfunção autonômica, diminuição do desempenho profissional ou acadêmica, aumento na incidência de transtornos psiquiátricos e diminuição da vigilância, com prejuízos na segurança pessoal e consequente aumento do número de acidentes. As pessoas que dormem mal tendem a ter mais morbidades, menor expectativa de vida e envelhecimento precoce, o que não foi relatado por grande parte das participantes deste estudo.

No que se refere à “capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia” a maior parte das participantes (56,7%) respondeu que está “satisfeita” e isso mostra que a gravidez na adolescência não prejudicou o desempenho das participantes em desenvolver suas atividades. Silva et al. (2009) afirmam que as mudanças na vida destas adolescentes que foram vítimas de uma gravidez precoce abriram possibilidades para o crescimento pessoal, expressando-se em senso de preocupação e responsabilidade, na medida em que toma consciência da relação de dependência do filho para consigo, e isso reflete na capacidade aumentada para o desempenho das atividades diárias. Por outro lado, quanto à “capacidade para o trabalho” grande parte (50,0%) respondeu estar “insatisfeita”. Esta resposta é fruto da ausência de atividades laborais das mesmas.

Diante do questionamento “quão satisfeita você está consigo mesma?” 50% das participantes responderam estar “satisfeitas”, o que significa um ótimo percentual, pois isso mostra que mesmo com as alterações causadas na vida da mulher com a gravidez, estas afirmam estar satisfeitas consigo mesmo, o que notadamente é muito significativo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. A literatura sugere que a gravidez pode ser percebida tanto como uma experiência positiva como uma experiência negativa por adolescentes. A gravidez é um desafio no desenvolvimento das adolescentes e, portanto, proporciona oportunidade para crescimento na área de responsabilidades e conceito do que é satisfação.

Avaliando as suas relações pessoais (parentes, conhecidos e amigos) 43,3% responderam que estão satisfeitas com os vínculos pessoais. Segundo Silva et al. (2009) muitas das adolescentes que engravidam na adolescência, revelam que a maternidade lhes trouxe maior sensibilidade, paciência para enfrentar os problemas, ouvir os outros, saber lidar com as mudanças e com a abnegação que a rotina materna acaba por provocar no seu ritmo de

vida e em suas próprias vontades. Tais benefícios podem favorecer relações pessoais mais estáveis e satisfatórias, o que foi encontrado neste estudo.

Quando perguntadas sobre a satisfação com sua vida sexual, 30% das participantes responderam estar “muito insatisfeita”, isso mostra que após a gravidez houve um abalo na vida sexual dessas jovens, quando as mesmas encaram-na como insatisfeita. O sexo é uma das fontes de satisfação e prazer para o ser humano e é também uma forma que as pessoas encontram para demonstrar carinho e afeto para com a pessoa amada. Na adolescência as sensações físicas e os sentimentos são muito intensos. Especificamente na adolescência, surgem vigorosos os impulsos sexuais, devido à produção dos hormônios sexuais e o desenvolvimento dos órgãos sexuais, trazendo o prazer ao jovem adolescente (ESTEVES, 2003). Assim, pode-se afirmar que a o evento da gravidez na adolescência interferiu no aspecto “vida sexual”, impactando diretamente na qualidade de vida das mesmas.

Em se tratando do questionamento “quão satisfeita você está com o apoio que você recebe dos amigos?” 60% afirmaram estar “satisfeitas”. O que seria de uma pessoa sem ter grandes amigos? Estar junto de pessoas que te fazem bem, que te orientam e são capazes de te reconfortar nos momentos difíceis é sempre muito bom. Considerando o evento da gestação na adolescência apresentar-se permeado por dificuldades, grande parte das participantes do estudo estão satisfeitas com o apoio dos amigos, logo, é possível constatar que a maternidade precoce não acarretou interferência nas amizades existentes, o que revela-se como ponto positivo para a qualidade de vida.

Nos últimos anos, houve uma visível mudança em relação aos laços amistosos. Especialistas afirmam que a amizade passa por uma tremenda crise de identidade. No passado, a diversão se dava na companhia da família em aniversários, casamentos, festas de Natal e almoços de domingo. Hoje, os parentes têm seus próprios problemas e os casamentos já não duram tanto tempo. O afeto dos amigos se tornou uma espécie de refúgio. Assim, ampliou-se o conceito de amizade. Amigos para se divertir, para fazer coisas juntos, trocar experiências e conselhos, sem que haja um pacto de sangue envolvido, tornou-se algo extremamente desejável. Eles são importantes porque funcionam como uma válvula de escape. Lidar com coisas profundas o tempo todo é pesado demais (ÁDARIO, 2012).

Com relação ao questionamento “quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?” 40% das participantes revelam estar “satisfeitas”. Segundo Rolnik (2009), a importância da moradia adequada para todos os indivíduos, famílias e comunidades é óbvia, pois um ambiente saudável tem ligação direta com a qualidade de vida. A moradia e as questões a ela ligadas são de interesse de todos e estão constantemente no centro das atenções

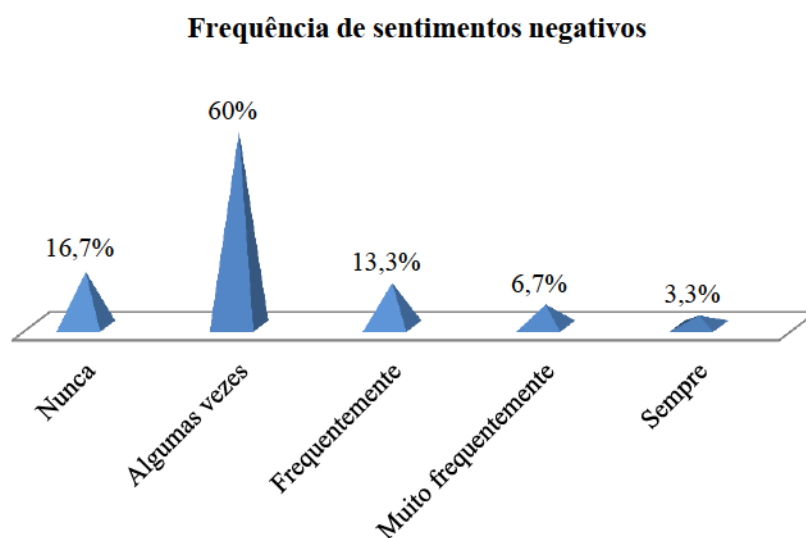
públicas. Apesar disso, bilhões de pessoas vivem em condições inadequadas de moradia no mundo, inclusive nos países ricos. Neste estudo, embora a baixa condição socioeconômica das participantes, as condições de moradia atendem aos seus anseios e garantem a satisfação das mesmas.

Diante do item “quão satisfeita você está como seu acesso aos serviços de saúde?” 46,7% das participantes se mostraram neutras e responderam estar “nem insatisfeitas, nem satisfeitas”. Essa neutralidade talvez tenha ligação com a assistência ineficiente prestada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) que não desenvolvem estratégias que atraiam a população ao serviço, ou por outro lado, pela própria falta de interesse pela busca aos serviços de saúde por parte das participantes, já que nos dias atuais o acesso às Unidades de Saúde é facilitado e garantido, o que pode ser comprovado quando verifica-se que 30% das participantes afirmam estar satisfeitas.

Segundo Assis et al. (2003), o conceito de saúde assegurado na legislação brasileira constitui-se como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado e a universalidade da atenção implica, necessariamente, a formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana. Nesse sentido, o impasse vivenciado com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa.

Quando perguntadas sobre “quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?” houve um relativo equilíbrio de respostas em que 36,7% das participantes referiram estar “insatisfeitas”, 33,3% responderam “nem insatisfeita, nem satisfeita” e 30% afirmaram estar “satisfeitas”, o que dificulta o levantamento de hipóteses ou conclusões. Diante deste fato, Affonso et al. (2003) mencionam que as condições de transportes têm uma relação direta com o bem-estar individual: de um lado a pobreza pode impedir as pessoas de usarem o transporte e de terem acesso aos destinos desejados; de outro, as pessoas são prejudicadas por não terem acesso a certos destinos, e por terem oportunidades limitadas de trabalho, de estudos e de uso de equipamentos públicos. As duas situações são perfeitamente visíveis neste estudo e revelam que a insatisfação com o meio de transporte acaba por comprometer a qualidade de vida das participantes.

Outra questão investigada neste estudo trata-se da ocorrência de sentimentos negativos referido pelas participantes. O resultado pode ser observado no Gráfico 7.



**Gráfico 7.** Percepção sobre a frequência de sentimentos negativos. Cuité – PB, 2012.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

No que concerne à frequência que as participantes apresentavam sentimentos negativos, 60% responderam que algumas vezes, o que aparentemente revela-se como um fator preocupante. Comparando com a pesquisa de Assoni (2000), a gravidez na adolescência pode gerar sentimentos negativos como: ansiedade, depressão, preocupações, obsessões, ideias depressivas, preocupações com o funcionamento do corpo, compulsões, ideação suicida, irritabilidade, fobia e pânico. A respeito destas reações, pode-se dizer que são reflexos da falta de amparo social e familiar que a adolescente enfrenta na sua realidade, que muitas vezes vem acompanhada de violência, maus tratos, preconceitos, desespero e tudo isto resultando em uma forte ideação suicida.

É fundamental a participação dos profissionais de enfermagem no cuidado e na prevenção de alterações emocionais. Estes podem inclusive auxiliar na identificação dos sintomas, reconhecendo sinais e implementando cuidados específicos, ou ainda encaminhá-los para profissionais especializados, a exemplo os psicólogos. Se a família e os enfermeiros colaborarem de modo satisfatório, oferecendo confiança e segurança aos pacientes principalmente mostrando compreensão e carinho, oferecendo ambiente acolhedor nos momentos de maior fragilidade emocional, os sentimentos negativos vão diminuir de intensidade (BRASIL, 2001).

## *5 Considerações Finais*

---



Esse estudo possibilitou a oportunidade de investigar e avaliar os impactos da gravidez precoce na qualidade de vida de mães adolescentes no município de Cuité- PB, bem como mensurar a qualidade de vida das mesmas a partir do instrumento de avaliação WHOQOL-BREF da Organização Mundial de Saúde. Também investigou-se acerca da situação socioeconômica e demográfica das participantes do estudo por meio de um questionário elaborado pelos próprios pesquisadores.

Verificou-se com o desenvolvimento desta pesquisa que o maior percentual das participantes da pesquisa encontram-se atualmente solteiras e antes da gravidez todas tinham algum tipo relacionamento. Não se pode afirmar, portanto, que a atual condição tenha sido favorecida em virtude da gravidez, porém é possível inferir que seja uma provável causa, já que outros estudos corroboram com este achado e apontam que mães adolescentes tendem a assumir a responsabilidade do filho na maioria das vezes sozinha. Quanto à renda familiar constatou-se que a maioria das participantes vive com renda de até um salário mínimo ou menos e que grande parcela não trabalha e reside nos dias atuais com a família como antes da relação.

Um dado interessante é que a pesquisa comprova o que afirma a literatura aludindo que a evasão escolar é o fator mais impactante com a vinda de uma gravidez não desejada no período na adolescência. Nesta perspectiva, os resultados deste estudo revelaram que todas as participantes da pesquisa abandonaram os estudos e pararam de trabalhar por conta da gravidez e após esta grande percentual continuam sem trabalhar. Outro fator interessante é que a maioria das jovens engravidou por descuido ou por desejo próprio e insignificante percentual por falta de informação, o que permite o entendimento que nem sempre falta informação, mas sim falta conscientização por partes dos jovens.

Quanto a avaliação da qualidade de vida e satisfação com a vida, a maioria das participantes permanece neutras ou avalia como boa sua QV e satisfação com a vida, o que mostra que a gravidez precoce nem sempre é avaliada pela mulher como algo que acarrete maiores prejuízos para a sua vida. Ao contrário, grande parte das participantes se mostrou bem satisfeita na condição de mãe.

Outros resultados importantes obtidos no estudo apontam que mesmo com a responsabilidade de criação de um filho ainda na fase da adolescência grande parte das participantes gozam de boa saúde, tem disposição para realizar as tarefas domésticas, possuem energia suficiente, consideram seu ambiente físico saudável, se sentem satisfeitas apesar de residirem com a família, afirmam que a vida tem bastante sentido, se sentem seguras na vida e encontram-se satisfeitas com sua aparência física. Todos estes dados

revelam que diversas dimensões do constructo qualidade de vida são satisfatórias, não trazendo a gravidez, impactos significativos frente a estas variáveis.

Em contrapartida, o que constatou-se enquanto aspectos negativos para a qualidade de vida das participantes da pesquisa é que a grande maioria não possui acesso à informações de modo satisfatório, afirma não ter dinheiro para suas necessidades básicas e revela não ter momentos de lazer como gostariam. Acredita-se que tais dimensões afetadas tenham ligação direta com a baixa situação socioeconômica, além do fenômeno da maternidade precoce concorrer para a evasão escolar, o que diminui ainda mais as chances de emprego, satisfação financeira e melhores níveis de qualidade de vida.

Dessa forma, durante a pesquisa comprovou-se ainda que perdas de maior impacto na vida dessas mulheres que se tornaram mães no período da adolescência foi a evasão escolar e a baixa inserção no mercado de trabalho. Outro lado bem afetado é o lazer, possivelmente em virtude de ter sido mãe muito jovem, tendo que assumir responsabilidades de um filho, de uma casa e também pelas condições financeiras insuficientes, pois um dos maiores impactos na qualidade de vida das participantes é a falta de dinheiro para satisfazer suas necessidades. Conforme as respostas de grande parte das participantes, a vida sexual também não está satisfatória e isso mostra que a qualidade de vida após uma gravidez precoce e não planejada gera impactos não só no lado financeiro mais também na vida sexual.

Embora, os resultados dessa pesquisa não possam ser generalizados e caracterizar a percepção de todas as participantes da pesquisa sobre a qualidade de vida, eles podem colaborar para compreensão de certos aspectos individuais muitas vezes não conhecidos ou não investigados pelos profissionais de Enfermagem.

Quando existe uma gravidez na adolescência, a jovem passa por muitas modificações e adaptações, e isso acarreta várias mudanças na sua qualidade de vida e é importante que o profissional de enfermagem esteja disposto a amenizar os fatores que podem influenciar negativamente nesse processo. Para que esse problema da gravidez precoce seja amenizado é necessária muita dedicação e força de vontade dos profissionais para propor estratégias voltadas para a educação sexual e o planejamento familiar, orientando os adolescentes de forma correta e sempre passando confiança e segurança.

*Referências*

---

ADÁRIO, D. D. A importância da amizade. **Rev. Ser.** Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: [www.serpsicologia.com.br](http://www.serpsicologia.com.br). Acesso em 17 de agosto de 2012.

AFFONSO, N. S.; BADINI, C.; GOUVEA, F. **Mobilidade e Cidadania.** ANTP, p 2003-256. São Paulo.

AGRELLI, S. **Implicações Biopsicossociais da Gravidez na Adolescência.** Disponível em: <[http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/IMPLICACOES\\_BIOPSIKOSSOCIAIS\\_DA\\_GRAVIDEZ\\_NA\\_ADOLESCENCIA.pdf](http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/IMPLICACOES_BIOPSIKOSSOCIAIS_DA_GRAVIDEZ_NA_ADOLESCENCIA.pdf)>. Acesso em 20 de outubro de 2011.

ARCANJO, C. M.; OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA M. G. A. **Gravidez em adolescentes: unidade municipal, Fortaleza – CE.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm. v. 11,n.3, pag. 445-451, Fortaleza-Ce, 2007.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, n. 8, p. 815-823, São Paulo, 2003.

BENFAM. **Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde 1996.** Rio de Janeiro: BENFAM, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996.** Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília - DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS. A situação da AIDS no Brasil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A gravidez na adolescência está em queda.** Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2008c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Brasil acelera redução de gravidez na adolescência.** Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao Pré-Natal; Parto, Aborto e Puerpero; Política Nacional de Atenção integral a Saúde da Mulher,** 2001.

BORGES, C. C.; CARDOSO, C. L. **A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres.** Disponível em: <http://www.scielo.com.br>> Acesso em 16 de Abril de 2012.

CARDOSO, H. C.; BUENO, F. C. C.; MATA, J. C.; ALVES, A. P. R.; JACHIMS, I.; FILHO, I. H. R. V.; HANNA, M. M. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.** vol.33, n.3 Rio de Janeiro, 2009.

CAMARANO, A. A. **Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas.** Brasília/DF: CNPD, 1998.

CATHARINO, T. R. **Da gestão dos riscos à invenção do futuro: considerações médico-psicológicas e educacionais sobre histórias de meninas que engravidaram entre 10 e 14 anos.** São Paulo: Instituto de Psicologia. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, 2002.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 311/2007.** Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

CHAVES, G. **Rev. Correio Brasiliense.** Maternidade solo. Data da publicação: 01/07/2011. Disponível em: [http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/revista/2011/07/01/interna\\_revista\\_correio\\_259360/maternidade-solo.shtml](http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/revista/2011/07/01/interna_revista_correio_259360/maternidade-solo.shtml). Acesso em 17 de agosto de 2012.

CUNHA, S. M.; BRUNO, Z. V. Efeito da gravidez na adolescência sobre os resultados perinatais em maternidades de nível terciário no ano de 2003 no estado do Ceará - Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.,** 2006, v. 28, n. 7, pag. 431, 2006.

DAMIANI, F. E. Gravidez na adolescência: a quem cabe prevenir? **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 24, n. 2, p. 161-168, 2003.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v.11, n.4, Ribeirão Preto, 2003.

DADOORIAN, D. **Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Rocco; 2000.

ESTEVES, J. R. **Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que vivem tal experiência**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Espírito Santo, UFES, Vitória, 2003.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n.1, p.19-28, 1999.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial da saúde (whoqol-100): características e perspectivas. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FROTA, A. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2007.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C.; THEME FILHA, M. M. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro: 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**. v. 35 n.1 pag. 74-80, 2001.

GAUDERER, E. C. **Crianças, adolescentes e nós: questionamentos e emoções**. São Paulo. Ed. Artmed, 1987.

GIL, A. C. **Como elaborar Projeto de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 10 de outubro de 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1991.

LIMA, S. M. A.; ANTÔNIO, S. F. **Elementos básicos de diagnóstico e de terapêutica das manifestações musculoesqueléticas na gravidez**. **Temas de Reumatologia Clínica**. V. 10, n. 1, p. 3-5. São Paulo, 2009.

KAWAKAME, P. M. G.; MIYADAHIRA. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 2, p. 164 – 172, 2005.

KLUTHCOVSKY A.C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.31, n. 3. Porto Alegre, 2009. Disponível em:

<<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/25843/Dissertacao%20Gabrielle%20Pucci%2000QUALIDADE%20DE%20VIDA%20E%20ATIVIDADE%20FISICA%20EM%20ADULTOS%20RESIDENTES%20NA%20CIDADE%20DE%20CURITIBA-PR.pdf?sequence=1>> Acesso em 23 de outubro de 2011.

LUZ, A. M. H.; CASTRO, M. L. S. Mães adolescentes na sociedade Rio Grandense: saúde e pressões sociais. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 48, n. 4, p.379-400, 1995.

MADEIRA, A. M. F. M. Maternidade na adolescência: uma análise à luz do discurso médico. **Enfermagem em Revista**, v.3, n.6, p.21-30, 1997.

MELO L. L.; LIMA, M. D. S. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. **Rev. Bras. Enferm.**, 2000; v 53 n1 pag. 81-6. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=283393&indexSearch=ID>> Acesso em 23 de outubro de 2011.

MEDEIROS, A. L. D.; LIMA, P. F.; ALMONDES, K. M.; DIAS JUNIOR, A. S.; ROLIM, S. A. M.; ARAÚJO, J. F. Hábitos de sono e desempenho em estudantes de medicina. *Revista Saúde do centro de ciências da saúde (UFRN)*, v. 16 n. 2; p. 49-54, Natal-Rn, 2002.

Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-5022009000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-5022009000300005).

Acessado em 17 de agosto de 2012.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 7, pag.7-18, 2000.

MOREIRA, T. M. M; VIANA, D.S; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 2, São Paulo jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/re USP/v42n2/a14.pdf>> Acesso em 19 de novembro de 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

OLIVEIRA, E. M. A.; MOURA, R. J. F.; PINHEIRO, P. N. C.; EDUARDO, K. G. T. Histórico contraceptivo de adolescentes grávidas e seus sentimentos quanto a gravidez e ao futuro profissional. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008.

PADILHA, M. I. C. S.; SOUZA, L. N. A. Qualidade de vida: reflexão de enfermeiras. **Rev. Texto e Contexto**, v. 8, n. 3, Set./Dez., p. 11-26, 1999.

PANTOJA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise sócia antropológica da gravidez/maternidade na adolescência em Belém do Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (supl. 2), 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a15v19s2.pdf>. Acesso em 27 de outubro de 2011.

PANTOJA, F. C.; BUCHER, J. S. N. F.; QUEIROZ, C. H. Adolescentes grávidas: vivências de uma nova realidade. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 27, n. 3, Brasília, 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932007000300011&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932007000300011&script=sci_arttext).> Acesso em 28 de outubro de 2011.

PANICALI, M. P. **Gravidez na Adolescência e Projeto de vida: Como as adolescentes concebem seu projeto de vida após a ocorrência da gravidez**. Trabalho de conclusão de curso – TCC (Curso de Psicologia - graduação). Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2006.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 2000. 252f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Práticas de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PINEIRO, V.S. Repensando a maternidade na adolescência. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.5, n.1, p.243-251, 2000.

PIRES, A. B.; VASCONCELOS, E. A.; SILVA, A.C. **Transporte Humano: Cidades com Qualidade de Vida**. São Paulo 2003.

PITANGUY, J.; COSTA, L.; ROMANI, A. **Indicadores de saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe**. Divisão de Assuntos de Gênero Santiago do Chile, junho 2010. Disponível em: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/40132/Serie103.pdf>.> Acesso em 07 de outubro de 2011.

PONTE JÚNIOR, G. M.; XIMENES NETO, F. R. G. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. **Revista Eletrônica**



**de Enfermagem**, v. 6, n. 01, 2004. Disponível em:  
<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>> Acesso em 20 de outubro de 2011.

RAMOS, F. R. S.; PEREIRA, S. M.; ROCHA, C. R. M. Viver e adolescer com qualidade. **Rev. Adolescer**: compreender, atuar, acolher. Projeto Acolher. Brasília (DF): ABEn; p. 19-32, 2001.

ROLNIK, R. **Direito à moradia**. p 41. São Paulo, 2009.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUITÉ. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**: totais por faixa etária dos estabelecimentos assistenciais de saúde. 2011. Acesso em 17 de novembro de 2011.

SILVA, D. M. G. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, Ribeirão Preto Jan./Fev., 2005.

SABROZA, A. R.; LEAL, M. C.; SOUZA JÚNIOR, P. R.; GAMA, S. G. N. **Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001)**. Cadernos de Saúde Pública. 2004.

SOUZA, M. M. C. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos: um retrato da realidade. **O Mundo da Saúde**, v. 23, São Paulo, 2002.

WHOQOL. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from The World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, p. 10, 1995.

VIDO, M. B. **Qualidade de Vida na Gravidez**. [Dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade de Guarulhos, 2006. Disponível em: <[http://tede.ung.br/tde\\_arquivos/2/TDE-2008-02-07T154409Z-19/Publico/Milena%20Butolo%20Vido](http://tede.ung.br/tde_arquivos/2/TDE-2008-02-07T154409Z-19/Publico/Milena%20Butolo%20Vido)> Acesso em 23 de Outubro de 2011.

VITALLE, M. S. S.; AMÂNCIO, O. M. S. **Gravidez na Adolescência**. Setembro, 2001. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc3.html>. Acesso em 10 de novembro de 2011.

YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol.28 no. 8. Rio de Janeiro Agosto de 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000800001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000800001&script=sci_arttext).> Acesso em 11 de novembro de 2011.

ZOLLER, C. **Mudanças hormonais que ocorrem no período gestacional**, 2000. Disponível em: <http://www.infoescola.com/hormonios/mudancas-hormonais-que-ocorrem-no-periodo-gestacional/>, acesso em 21 de outubro de 2011.

*Apêndices*

---

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como título **Impactos da gravidez precoce na qualidade de vida de mães adolescentes do município de Cuité – PB** e está sendo desenvolvida pela aluna Cinthia Macêdo Pinheiro do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação do Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira, cujos objetivos são: investigar os impactos da gravidez precoce na qualidade de vida de mães adolescentes no município de Cuité – PB; mensurar a qualidade de vida de adolescentes que vivenciaram a experiência da gravidez precocemente, a partir da utilização do instrumento WHOQOL-BREF da Organização Mundial de Saúde; e descrever as características socioeconômicas e demográficas das adolescentes participantes do estudo.

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela necessidade de análise da qualidade de vida de adolescentes que foram mães precocemente no intuito de identificar quais impactos e mudanças o evento da gravidez provocou e/ou vem provocando em suas vidas, o que poderá trazer benefícios por subsidiar a criação de estratégias para melhorar a promoção da saúde e assegurar práticas assistenciais integrais, equânimes e de qualidade para esta população.

Dessa forma, solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma e informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia de desistir da mesma, que você não sofrerá nenhum risco e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação.

Os dados serão coletados através de um formulário socioeconômico e obstétrico e um instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF) contendo 26 perguntas referentes à temática qualidade de vida, e posteriormente farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e posteriormente publicado no todo ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sendo assim, você não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, essa decisão será respeitada e acatada.

Estaremos a sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários em qualquer etapa desta pesquisa.

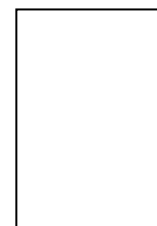
Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição para o engrandecimento do conhecimento científico.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinada por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Cuité – PB, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2012.

\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira  
Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa/Testemunha



#### **Endereço do pesquisador responsável:**

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.  
Sítio Olho d'água da Bica, Cuité – PB. Telefone: (83) 3372-1900

#### **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:**

Rua Frei Galvão nº 12, Gramame, João Pessoa-PB, CEP: 58.067-695, Telefone: (83) 2106-4777

E-mail do Comitê de Ética em Pesquisa: [cep@facene.com.br](mailto:cep@facene.com.br)

## APÊNDICE B

### FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

#### PARTE I- DADOS RELACIONADOS À CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DAS ENTREVISTADAS

Formulário nº: \_\_\_\_\_

1-Idade \_\_\_\_\_

2- Você está trabalhando atualmente?

não  sim. Qual atividade exerce? \_\_\_\_\_

3-Estado civil \_\_\_\_\_

4- Você está estudando?  não  sim. Em qual série? \_\_\_\_\_

5-Renda familiar \_\_\_\_\_

6-Mora em zona rural ou urbana \_\_\_\_\_

7- Atualmente, você está morando com quem?

Própria família

Família do pai do bebê

Somente com o companheiro

outro. Quem? \_\_\_\_\_

#### PARTE II- DADOS RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS GESTACIONAIS DAS ENTREVISTADAS

1- Idade da primeira gravidez: \_\_\_\_\_ anos

2- Número de filhos: \_\_\_\_\_

3- Parou de estudar por conta da gravidez/após o nascimento do seu filho?

não  sim. Em qual série? \_\_\_\_\_

4- Você parou de trabalhar por conta da gravidez/após o nascimento do seu filho?

não  sim. Qual atividade exercia? \_\_\_\_\_

5- Com quem estava morando quando engravidou?

Própria família

Família do pai do bebê

Somente com o companheiro

Outro. Quem? \_\_\_\_\_

6- Atualmente, você está:

sem companheiro  namorando  casada  morando junto  outro: \_\_\_\_\_

7- Quando engravidou você estava:

sem companheiro  namorando  casada  morando junto  outro: \_\_\_\_\_

8- A sua gravidez foi:

desejada  aceita  indesejada  planejada  outro: \_\_\_\_\_

9- Porque você acha que engravidou?

descuido  desejo próprio  falta de informação  outro: \_\_\_\_\_

*Anexo*

---

**WHOQOL-BREF**

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS - Brasil

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	Bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos).	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito	médio	Muito	completamente
--	--	------	-------	-------	-------	---------------

			pouco			
10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5



As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	Muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como o mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**