

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**JOSETE COSTA DOS SANTOS**  
**MARIA DE FÁTIMA COSTA ROCHA**

**ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
BEZERRA DE MENEZES DO BAIRRO SÃO FRANCISCO EM SÃO LUIS - MA**

São Luís  
2010

**JOSETE COSTA DOS SANTOS  
MARIA DE FÁTIMA COSTA ROCHA**

**ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
BEZERRA DE MENEZES DO BAIRRO SÃO FRANCISCO EM SÃO LUIS - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORÓ-Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm.

São Luís  
2010

Santos, Josete Costa dos.

Adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes do bairro São Francisco em São Luís-MA. Josete Costa dos Santos; Maria de Fátima Costa Rocha. - São Luís, 2010.

35f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Gravidez na adolescência. 2. Saúde pública. 3. Unidade Básica de Saúde. 4. Atendimento. Título.

CDU 618.2:614.2

**JOSETE COSTA DOS SANTOS  
MARIA DE FÁTIMA COSTA ROCHA**

**ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
BEZERRA DE MENEZES DO BAIRRO SÃO FRANCISCO EM SÃO LUIS - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO-Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em    /    /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm** (Orientadora)

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo – USP

---

**Profa. Natália Martins de Almeida**

Pós-Graduada em Saúde da Família

LABORO- Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá

À Deus, eterna fonte de luz.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença em nossas vidas.

Aos nossos familiares, pela compreensão e incentivos dispensados no transcorrer dessa trajetória.

À Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm, nossa orientadora, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

Às adolescentes gestantes, pela atenção e disponibilidade de participarem da pesquisa, sendo estas componentes fundamentais para a realização deste trabalho monográfico.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

*“O sábio não se senta para lamenta-se, mas se põe alegremente em sua tarefa de consertar o dano feito.”*

*(Willian Shakespeare)*

## RESUMO

Estudo descritivo prospectivo quantitativo cujo objetivo consiste em descrever sobre a gravidez em adolescentes que recebem atendimento na Unidade Básica de Saúde no bairro São Francisco - MA. A população foi constituída por 26 adolescentes gestantes residentes no referido bairro, na faixa etária de 14 a 19 anos. Para coleta de dados utilizou-se um questionário com perguntas fechadas. Dentre os resultados obtidos mostram-se que 73,07% das adolescentes gestantes estão na faixa etária de 17 a 19 anos e seu parceiro entre 21 a 24 anos perfazendo um percentual de 38,48%. Observou-se um índice elevado de baixa escolaridade no qual 46,15% possui ensino fundamental incompleto, a renda familiar prevaleceu entre 1 a 2 salários mínimos. Observou-se, ainda, que 50% das adolescentes vivem com os pais, embora se relacionem com o parceiro. Quanto à gestação, para 69,23% das adolescentes não foi um ato desejado e que, 69,23%, tinha conhecimento de métodos contraceptivos, mas não utilizavam. Através dos resultados obtidos pode-se concluir que grande parte das adolescentes grávidas tem ensino fundamental incompleto e não abandonaram os estudos pelo fato de terem engravidado, metade delas sobrevivem com uma renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, estão compreendidas na faixa etária entre 17 a 19 anos e a de seus parceiros entre 21 a 24 anos, moram com seus pais e se relacionam com seu parceiro, bem como sua gestação não tenha ocorrido de forma planejada, embora a maioria tivesse relatado ter conhecimento sobre métodos contraceptivos.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Saúde pública. Unidade Básica de Saúde. Atendimento.

## ABSTRACT

Quantitative prospective descriptive study, whose objective is to describe on pregnancy in adolescents receiving care at the Basic Health Unit in São Francisco neighborhood-MA. The study population consisted of 26 pregnant teenagers in that neighborhood residents, aged 14 to 19 years. To collect data we used a questionnaire with closed questions. Among the results show that 73.07% of pregnant teenagers are aged 17 to 19 years and his partner of 21 to 24 years, amounting to a percentage of 38.48%. There was a high rate of low education in which 46.15% have incomplete primary education, family income prevailed between 1 to 2 minimum wages. It was noted also that 50% of adolescents live with their parents even though they related to their partner. As for the pregnancy to 69.23% of the adolescents was not a desired act and that,69.23% had knowledge of contraceptive methods, but not used. Through the results we can conclude that: the majority of pregnant teens have high school and did not abandon their studies because they have become pregnant, half of them survive on na income from 1 to 2 minimum wages are included in the aged 17 to 19 years and their partners from 21 to 24 years, Who live with their parents and connect with their partner, and her pregnancy has not occurred in a planned, although the majority reported having had knowledge of contrceptive methods.

Key-words: Pregnaney in adolescence. Public Health. The basic Health care.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com a escolaridade. São Luís- MA, 2010.	21
Tabela 2	- Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com o abandono escolar. São Luís- MA, 2010 .....	21
Tabela 3	- Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com a renda familiar. São Luís-MA, 2010..	22
Tabela 4	- Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com a faixa etária. São Luís-MA, 2010 .....	23
Tabela 5	- Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo a faixa etária do parceiro. São Luís-MA, 2010 .....	24
Tabela 6	- Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com o estado civil. São Luís-MA, 2010 ...	25
Tabela 7	- Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com o planejamento da gestação. São Luís-MA, 2010 .....	26
Tabela 8	- Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com o conhecimento sobre métodos contraceptivos. São Luís-MA, 2010 .....	26

## SUMÁRIO

		p.
1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	14
2.1	<b>Geral</b> .....	14
2.2	<b>Específicos</b> .....	14
3	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	15
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	19
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	21
6	<b>CONCLUSÃO</b> .....	28
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	29
	<b>APÊNDICES</b> .....	33

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta, considerada como etapa essencial do desenvolvimento da sexualidade de grande importância para o crescimento do indivíduo em direção a identidade adulta, determinando sua auto-estima, relações afetivas e inserção na estrutura social (BERLOF et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde considera a adolescência entre 10 e 19 anos completa. É o período marcado por especificidades emocionais e comportamentais que se refletem na saúde sexual e reprodutiva, tornando os adolescentes mais vulneráveis aos mesmos riscos que muitos adultos estão expostos (DUARTE, 2000).

A cada ano cerca de 15 milhões de adolescentes no mundo experimentam a maternidade. As pesquisas de países em desenvolvimento revelam que entre 20% a 60% das gestações e nascimentos, ocorridos em mulheres com idade menor que 20 anos, são involuntárias. No Brasil, o Ministério da Saúde mostra a ocorrência de quase 700.000 partos de adolescentes por ano nos hospitais públicos, o que corresponde a 27% de todos os nascimentos do país (BARROSO et al., 2007).

Estudos mostram que é na população mais pobre que se encontra o maior índice de fecundidade na adolescência. Assim, o Ministério da Saúde esclarece que “em famílias que sobrevivem com renda menor que um salário mínimo, cerca de 26% das adolescentes entre 15 e 19 anos tiveram filhos, e o entre as que possuíam um padrão de vida mais favorável, somente 2,3% eram mães” (BRASIL, 2006). Para Saito; Leal (2000) a gravidez na adolescência é um fato nos serviços de saúde em virtude de sua prevalência, pois esse fenômeno vem ocorrendo em todo o Brasil, fazendo com que as adolescentes se exponham a maiores riscos, tanto às infecções sexualmente transmissíveis (IST), quanto às gestações não planejadas.

Uma consequência da gestação nessa fase da vida é os eventuais problemas de saúde para a mãe e a criança. Quanto à saúde física das mães, os problemas mais citados são: “Anemia, hipertensão, complicações no parto, disfunções uterinas, infecção durante a gestação, hemorragias pós-parto e mortalidade” (CARVALHO et al., 2008). Segundo os autores, quanto mais jovem a adolescente, maior chance de risco de complicações físicas e morte, porque o organismo ainda está se desenvolvendo. Além disso, muitas deixam de realizar um atendimento pré-natal

adequado, iniciando o acompanhamento tardio, seja por negação da gravidez, por desconhecimento e falta de orientação, ou até mesmo por medo de serem pressionadas a abortar. Entretanto, quando a jovem consegue ser bem acompanhada, diminui os possíveis riscos pré e perinatais, complementam os autores.

Em relação à saúde da criança são referidas como possíveis complicações: “prematuridade, baixo peso ao nascer, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, cegueira, surdez, baixa capacidade intelectual, aborto natural e morte na infância” (GOMES, 1992). Quando ocorre uma gravidez nesta fase da vida, a adolescente terá menos oportunidade de estudar e conquistar um espaço profissional como consequência aumentaria a probabilidade de persistirem as diferença socioeconômica (FRAZÃO-CORRÊA, 2001).

Apesar de a sociedade ter criado tantos meios de informações sobre sexo, é elevado o número de adolescentes que engravidam. A maioria dos pais prefere educar seus filhos sobre sexualidade como foram educados, com repressão e silêncio. Acreditam que se falar abertamente sobre o assunto, poderá despertar, precocemente, o adolescente para a vida sexual.

A iniciativa para verbalização de conhecimentos sobre adolescentes gestantes, em especial às atendidas na Unidade de Saúde Bezerra de Menezes, se deu em decorrência da experiência profissional vivenciada no dia-a-dia das pesquisadoras desse estudo, permitindo-as constatar o crescente número de adolescentes no serviço de pré-natal desta unidade. Há de se considerar que a gravidez na adolescência se constitui num grave problema de saúde pública em todo Brasil, em especial no Maranhão, uma vez que lidera o ranking nacional de gravidez na adolescência, trazendo com isso, sérias implicações para a vida dos pais adolescentes e da criança, bem como para a sociedade como um todo. Vislumbram-se problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto, como consequências dessa incontestável realidade, tornando-se necessário e, em especial, que os profissionais de saúde, tenham para com a adolescente gestante atenção mais qualificada, promovendo ações básicas integradas para a mãe e a criança, com vistas a evitar transtornos psicossociais e físicos, fazendo desse atendimento um momento diferenciado em respeito às características próprias

do seu desenvolvimento, entendendo-se que as mudanças biológicas, psicológicas e sociais, ainda não estão bem estruturadas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Estudar o perfil sócio – econômico de adolescentes grávidas cadastradas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes no bairro São Francisco em São Luís - MA.

### **2.2 Específicos**

Traçar o perfil sócio - econômico dessas adolescentes;  
Identificar se a gravidez foi planejada pelas adolescentes.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para que se possam entender melhor as modificações que ocorre durante a adolescência, serão abordados alguns conceitos sobre essa fase da vida. O termo adolescência vem do verbo latino *Adolescere*, que significa “crescer para a maturidade.” Começa com o início da puberdade e termina quando as responsabilidades adultas são assumidas. Seu início pode envolver mudanças abruptas nas exigências e expectativas sociais, um aspecto da adolescência é universal e a distingue das fases iniciais do desenvolvimento: as mudanças físicas e biológicas da puberdade que marcam seu início (KOGAN, 1995, p. 515).

Não podem ser estudados separadamente os aspectos biológicos e psicológicos e sociais ou culturais do adolescente. De acordo com o Ministério da Saúde, são indissociáveis, na medida em que se constitui num “conjunto de características que dá unidade ao fenômeno da adolescência”. Sob a ótica das modificações biológicas corporais da adolescência, pode ser dito que elas envolvem, aproximadamente, “todos os órgãos e estrutura do corpo e que não se iniciam na mesma época, nem têm a mesma duração em todos os indivíduos. Essas manifestações são decorrentes da ação hormonal do eixo neuro-hipofisário e constituem a chamada puberdade” (BRASIL, 1993).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, em conformidade com a Lei n.º 8.069/90, circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade e a Organização Mundial da Saúde, delimita a adolescência como a segunda década de vida (10 aos 19 anos). É neste período que ocorrem importantes transformações no corpo (puberdade), no modo de pensar, agir e no desempenho dos papéis sociais. Estas transformações físicas, emocionais e sociais, provocam mudanças importantes nas relações do adolescente com sua família, amigos e companheiros e ainda na maneira como ele próprio se percebe como ser humano (BRASIL, 1990).

Os adolescentes e jovens (10-24 anos) representam 29% da população mundial, e destes, 80% vivem em países em desenvolvimento (BRASIL, 2008). No Brasil, segundo o último Censo realizado, a população adolescente e jovem corresponde a 30,33% da população nacional. Assim, trata-se de um grupo com grande expressividade populacional. São 57.426.021 de adolescentes e jovens, dos quais 50,4% homens e 49,5% mulheres. Quase a metade destes adolescentes é

negra e a outra se define como branca. Têm-se observado transformações na composição etária brasileira: aumento do número de adolescentes de 15 a 19 anos e redução de jovens entre 20 e 24 anos e grande parte desta população vive nos grandes centros urbanos (IBGE, 2007). No Distrito Federal, cerca de 20,1% da população é composta por adolescentes (10-19 anos), confirmando a importância de políticas públicas específicas a este grupo populacional (NASAD, 2009).

A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde realizada em 1996 mostrou um dado alarmante: 14% das adolescentes já tinham pelo menos um filho e as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior. Entre as garotas grávidas atendidas pelo SUS no período de 1993 a 1998, houve aumento de 31% dos casos de meninas grávidas entre 10 e 14 anos. Nesses cinco anos, 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos devido às complicações de abortos clandestinos. Quase três mil na faixa dos 10 a 14 anos (ARAÚJO, 2009).

No entendimento de Takiut (2000, p. 147), a adolescência é a fase da vida em que o indivíduo sofre transformações no aspecto físico, psíquico e social, lembrando-se que é nessa fase que ocorre o aparecimento de caracteres sexuais secundários até a completa maturação sexual; processo psicológico e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a fase adulta; transição de um estado de dependência para outra de relativa independência.

Com muita propriedade, o Ministério da saúde pontua que durante esse período os jovens estão em busca de identidade, formada através da interação do mundo interior com o exterior, o que poderá levá-lo ao sentimento de perda, devido à passagem da fase infantil para a adulta; à procura de autonomia, autoafirmação; evoluem sexualmente; reivindicam seu espaço na sociedade, tendendo a reunir-se em grupos afins; estão sujeitos a constantes mudanças de comportamento, por isso necessitam de diálogo e apoio (BRASIL, 2001, p. 131).

Por sua vez, Kagon (1995) se pronuncia esclarecendo que “o termo puberdade refere-se à primeira fase da adolescência na qual a maturação sexual, torna-se claro” e que, nessa fase, “a glândula pituitária começa a liberar hormônios anteriormente inibidos, os quais, por sua vez, estimulam outras glândulas a começar a liberar hormônios que afetam o crescimento e o desenvolvimento sexual”.

A gravidez na adolescência não é um fato novo na história da humanidade, mais ainda é um assunto preocupante nos dias atuais. Segundo Cavalcanti (1995) “a gravidez sempre existiu, mas com uma frequência mais baixa e com menos

repercussões. Não era considerado problema médico ou social e interessava apenas às famílias envolvidas”. É reconhecido que a gravidez durante a adolescência, especialmente naquelas muitas jovens, eleva os riscos de mortalidade materna, de prematuridade e de baixo peso ao nascer. Além dessas conseqüências físicas para a jovem e para o bebê, existem as conseqüências psicossociais, entre as quais a evasão escolar, redução das oportunidades de inserção no mercado, gerando, por vezes, insatisfação pessoal e manutenção do ciclo de pobreza (SÃO PAULO, 2006).

O Ministério da Saúde contribui esclarecendo que estudos realizados em diferentes países e grupos sociais demonstram aumento da taxa de fecundidade nas adolescentes, em confronto com a diminuição dessas taxas na população geral. No Brasil, essa realidade vem sendo constatada pelo crescente número de adolescentes nos serviços de pré-natal e maternidade, sua maior incidência nas populações de baixa renda e a associação entre alta fecundidade e baixa escolaridade (BRASIL, 2005).

Apesar do conceito geral de alto risco para adolescentes grávidas, acreditamos que um pré-natal bem feito, direcionado para o bem-estar da gestante da criança, reduz acentuadamente as suas possíveis complicações: DHEG, ANEMIA, PREMATURIDADE. Mesmo em relação ao tipo de parto, acredita-se que não haveria uma incidência maior de desproporção cefalopélvica acima de 15 anos, o que favoreceria o parto vaginal (CAVALCANTI; GOODSON; LOPES, 1995).

A gravidez na adolescência é uma porta de entrada para a pobreza. Nesse sentido, Monteiro (1998, p 29) ressalta que as adolescentes grávidas ao se tornarem mães, “perderam a liberdade, adiaram projetos de estudos, limitaram as suas perspectivas de ingresso no mercado de trabalho, até de ter uma opção de relacionamento diferente, já que o primeiro namorado é o pai do seu filho”.

Os esclarecimentos do Ministério da Saúde justificam que “o índice de gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos, relacionado às condições socioeconômicas e culturais, tende a ser maior nas situações em que ocorre exploração sexual de adolescentes e jovens”. Alguns estudos têm apontado a relação entre a gravidez nessa faixa etária e a ocorrência de violência sexual (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde também torna claro que o aumento da taxa de fecundidade entre adolescentes e jovens, assim como o número de óbitos maternos

nesta faixa etária, é um forte indicativo de que as políticas de contracepção, planejamento familiar e atenção pré-natal não têm se adequado ou atendido às necessidades específicas desse segmento, afetando diretamente sua saúde reprodutiva. Indicam, portanto, a necessidade de formulação de ações estratégicas que garantam a autonomia reprodutiva de adolescentes e jovens, em condições desejadas e seguras (BRASIL, 2006).

Através do Programa Saúde do Adolescente - PROSAD, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, constata-se que há uma tendência ao progressivo aumento do número de partos em adolescentes descrevendo-se alguns dados alarmantes: “uma em cada três mulheres de 19 anos já são mães ou estão grávidas do primeiro filho; 49,1% destes filhos foram indesejados; e 25,9% do total de partos no Brasil são de adolescentes” (FIGUEIREDO, 2005 p. 212).

## 4 METODOLOGIA

- **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo prospectivo, com abordagem quantitativa.

- **Local de estudo**

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes, localizado na travessa Hemetério Leitão S/N no bairro do São Francisco, São Luís-MA, no período de fevereiro a junho de 2010.

Anteriormente esta Unidade de Saúde era conhecida como Centro Espírita Bezerra de Menezes inaugurado por uma organização filantrópica, em março de 1985 na Rua Virgílio Domingues S/N. Posteriormente foi estabelecido convênio com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) que em 1989, assumiu a responsabilidade da unidade. Em 1º de junho de 2004 foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente, Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 5 de dezembro de 2008 a unidade mudou-se para a travessa Hemetério Leitão, S/N no mesmo bairro.

Na referida Unidade atuam 2 Equipes de Saúde da Família, cada uma responsável por cerca de 2.800 (duas mil e oitocentas) famílias. As equipes estão divididas por área de abrangência e também atendem à demanda espontânea da área da Ilhinha, Renascença I e II, dentre outros. As consultas são agendadas e marcadas no SAME. As equipes são compostas por: Médicos, Enfermeiros, Assistente Social, Técnicos de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde e oferecem programas: Hipertensão, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, DST/AIDS, controle da Hanseníase e Tuberculose.

- **População**

A população foi constituída por todas as adolescentes gestantes atendidas na Unidade de Saúde e que comparecerem espontaneamente aos atendimentos no período da coleta de dados.

- **Instrumentos de coleta de dados**

O instrumento utilizado para coleta trata-se de um questionário, previamente elaborado pelas pesquisadoras, contemplando variáveis sócio-econômicas e demográficas. (APÊNDICE A)

- **Coleta de dados**

Após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realização da pesquisa, procedeu-se com a aplicação e recebimento do instrumento de coleta, com prévia explanação dos objetivos e importância da pesquisa às adolescentes que se dispuseram a participar da mesma, para posterior tabulação e análise dos dados.

- **Análise dos dados**

Após a tabulação, os dados foram representados em forma de tabelas, analisados e discutidos de acordo com os resultados obtidos.

- **Considerações éticas**

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Será realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. (APÊNDICE B)

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entendendo-se que a maternidade precoce pode comprometer o percurso acadêmico, tornou-se oportuno verificar, através deste estudo, um elevado índice de adolescentes gestantes com baixa escolaridade, onde 46,15% possuem ensino fundamental incompleto; 30,75%, fundamental completo; 15,40%, ensino médio completo e 7,70%, médio incompleto. Destas adolescentes, 73,07% não interromperam os estudos até o momento da entrevista, enquanto que 23,07 % interromperam e, 3,86%, já havia abandonado antes da ocorrência da gestação, como pode ser observado nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas da Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com a escolaridade. São Luís-MA, 2010.

<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ensino fundamental incompleto	12	46,15
Ensino fundamental completo	08	30,75
Ensino médio completo	04	15,40
Ensino médio incompleto	02	7,70
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com abandono escolar. São Luís-MA, 2010.

<b>ABANDONO ESCOLAR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	06	23,07
Não	19	73,07
Abandonou antes da gestação	01	3,86
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Dentre as consequências psicossociais, é preocupante a interrupção da escolarização e da profissionalização. São comuns a evasão, o abandono e dificuldade de retorno à escola. A baixa escolaridade e o despreparo dificultam a inserção no mercado de trabalho, perpetuando o ciclo de pobreza. Diferentes pesquisas têm mostrado “alta incidência de baixa escolaridade e pouca

profissionalização entre adolescentes grávidas”, confirmando-se que a maioria [...] “abandona a escola porque sentem vergonha das amigas, às vezes para casar-se às pressas a mando dos pais, por medo de enfrentar a sociedade, ou pela necessidade de trabalhar para o sustento dessa criança” (SÃO PAULO, 2006).

De acordo com Morgado (2004), várias pesquisas mostram que o grau de escolaridade está vinculado ao índice de gravidez em menores de 18 anos. Quanto menor o número de anos de escolaridade, maior é a incidência de gestações, entre adolescentes, sendo este índice três vezes superior em jovens com o fundamental incompleto. Apesar de o índice ter sido maior em não abandono da escola, ainda assim é preocupante devido às possíveis repercussões psicossociais acarretados pela gestação precoce.

Por sua vez, Yazlle (2006) considera que a gravidez na adolescência pode resultar no abandono escolar e que o retorno aos estudos se dá em menores proporções, tornando-se difícil a profissionalização e o ingresso no grupo de população economicamente ativa, com agravamento das condições de vida de pessoas já em situação economicamente desfavorável. A não continuidade dos estudos significará menor qualificação, portanto, menos chances de competir num mercado cada vez mais exigente e com menos ofertas, além da submissão ao trabalho informal e mal remunerado.

O aspecto financeiro influencia diretamente em resultados desfavoráveis, quando se levam em consideração as carências sociais. Na população em estudo, 42,30% possui renda de até um salário mínimo, 50% de 1 a 2 salários e, apenas 7,70%, referiram viver com 2 a 3 salários mínimos. (Tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com a renda familiar. São Luís-MA, 2010.

<b>RENDA FAMILIAR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< que 1 salário mínimo	11	42,30
1 a 2 salários mínimos	13	50,00
2 a 3 salários mínimos	02	7,70
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Nota-se que dentre as que informaram a renda familiar, 50% recebiam menos de 3 salários mínimo ao mês. Esse rendimento é compatível com a baixa escolaridade tanto do chefe da família com da própria adolescente. Machado (2007) destaca que alguns estudos apontam, conforme descritos para esta população, que “ter filhos na adolescência aumenta a chance de afastamento da escola e do trabalho e, a falta de profissionalização é consequência da baixa escolaridade e obtenção de um trabalho seguro e bem remunerado”.

Fazendo-se referência à faixa etária, a Tabela 4 mostra que 26,93% das adolescentes estão entre 14 a 16 anos e 73,07%, entre 17 a 19 anos.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com a faixa etária. São Luís-MA, 2010.

<b>FAIXA ETÁRIA (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
14 - 16	07	26,93
17 – 19	19	73,07
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

O Ministério da Saúde argumenta que quando uma adolescente engravida geralmente ela se vê numa situação não planejada e até mesmo indesejada e, na maioria das vezes, a gravidez ocorre entre a primeira e a quinta relação sexual. Quando a jovem tem menos de 16 anos, por sua imaturidade física, funcional e emocional, crescem os riscos de complicações como “o aborto espontâneo, parto prematuro, maior incidência de cesárea, ruptura dos tecidos da vagina durante o parto, dificuldades na amamentação e depressão”. Por tudo isso, a maternidade antes dos 16 anos é desaconselhável (BRASIL, 2010).

Os esclarecimentos do Ministério da Saúde justificam que as transformações na vida sociocultural nas últimas décadas têm como uma de suas consequências o início da vida sexual de adolescentes cada vez mais cedo, caracterizando uma mudança do padrão de comportamento social e sexual. Essa vivência ocorre em condições desiguais por adolescentes e jovens: as desigualdades de gênero, entre

distintas condições socioeconômicas e cultura quanto à raça/cor, as relações de poder entre gerações e as discriminações pela orientação sexual (BRASIL, 2005).

Em relação à idade dos parceiros das gestantes adolescentes, 38,46% está na faixa etária entre 16 a 20 anos, 38,47% entre 21 e 24 e 23,07%, de 25 a 28 anos. Vale lembrar que a presença do companheiro foi observada na maior parte dos casos.

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com a faixa etária do parceiro. São Luís-MA, 2010.

<b>FAIXA ETÁRIA</b> <b>Parceiro (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
16 - 20	10	38,46
21 - 24	10	38,47
25 - 28	06	23,07
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Para Figueredo (2005) o relacionamento de adolescentes com parceiro mais velhos pode ser caracterizado como uma pseudo-sensação de segurança que os homens mais velhos representam para as jovens. As meninas, em sua maioria vivendo em condições de desalento, buscam nesses relacionamentos, proteção, além do *status* de ter um companheiro e mostrar para a família e sociedade sua independência.

O Ministério da Saúde do Brasil, através da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil, vem enfatizando sobre as condições de vida de mães adolescentes, dentre estas, destacando que a coabitação com o companheiro é primordial para a evolução da gestação. Estudos ressaltam a importância de reconhecer, entre as gestantes e mães adolescentes, o estágio de desenvolvimento psicológico e o grau de aceitação da gravidez, fatores diretamente relacionados às condições ambientais, incluindo a relação com a família e o parceiro, os quais podem interferir decisivamente na evolução gestacional (SANT'ANNA; COATES, 2000).

No que diz respeito ao estado civil, 50% das adolescentes se relaciona com o parceiro mesmo morando com os pais, 19,23% mora com os pais e não se relaciona com o parceiro, enquanto que 19,23% mora com o parceiro e 11,54% são casadas.

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com o estado civil. São Luís-MA, 2010.

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mora com os pais e se relaciona com o parceiro	13	50,00
Mora com os pais e não se relaciona com o parceiro	05	19,23
Mora com o parceiro	03	11,54
Casada	05	19,23
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Os dados apresentados acima estão de acordo com Teixeira (2006, p. 1385) quando diz que “a situação frequente impele a jovem a contrair o casamento de forma prematura habitualmente indesejada e, por isso mesmo, com grande probabilidade de insucesso”. Segundo Silva (2003), o apoio familiar e do companheiro é fundamental para que a adolescente consiga superar as dificuldades de uma gravidez precoce e indesejada, entendendo-se que:

Durante a gestação, a falta de apoio do parceiro pode precipitar sentimento de insegurança e baixa autoestima os quais comprometem o seu estado de saúde, embora estudos demonstrem que grande parte dos relacionamentos maritais entre adolescentes são marcados por conflitos em consequência da imaturidade psicológica e dependência econômica familiar.

Em se tratando de planejamento da gestação, a Tabela 7 mostra que 69% das adolescentes não planejaram a gestação.

Tabela 7- Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com o planejamento da gestação. São Luís-MA, 2010.

<b>GESTAÇÃO PLANEJADA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	18	69,23
Sim	08	30,77
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

O referido fenômeno segundo Cauduro (2005) vem sendo observado há algumas décadas no Brasil e que tem escapado do controle das políticas dirigidas a esta população. Por sua vez, Moreira; Santos; Rugierro (2010) afirmam que as adolescentes engravidam na sua maioria sem planejamento, por falta de informação, difícil acesso aos serviços de saúde, busca afetiva de um objeto de amor, experimentação sexual, fatores sociais, por mero esquecimento, imprevisibilidade da relação sexual, insegurança em utilizar métodos contraceptivos e desconhecimento sobre métodos anticoncepcionais.

Sobre o conhecimento e uso de métodos contraceptivos, 69,23% das adolescentes relataram ter conhecimento sobre o uso dos mesmos antes da gravidez, entretanto não utilizava, e 30,77%, não tinham conhecimento sobre o assunto, surgindo o interesse somente após a gestação. (Tabela 8)

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual das 26 adolescentes gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes de acordo com o conhecimento sobre métodos contraceptivos. São Luís-MA, 2010.

<b>MÉTODOS CONTRACEPTIVOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	18	69,23
Não	08	30,77
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Os dados do Ministério da Saúde revelam que apesar da maior difusão de informação sobre o uso de métodos anticoncepcionais “cerca de 45% a 60% dos adolescentes brasileiros inicia a vida sexual sem nenhum método contraceptivo, ocasionando uma gestação com possíveis implicações biológica, psicológica e social a futura mãe” (BRASIL, 2008). Estudos mostram que é de conhecimento das jovens o uso de métodos anticoncepcionais, mas seu uso não foi equivalente comparado com os resultados, tornando as jovens mais vulneráveis as DST, AIDS e gestações não planejadas, mostrando que há um espaço muito grande entre informações e mudança de comportamento (LIMA, 2008).

## 6 CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluiu-se que:

a) Grande parte das adolescentes grávidas tem ensino fundamental incompleto e não abandonaram os estudos pelo fato de terem engravidado;

b) Metade das adolescentes sobrevive com uma renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, estão compreendidas na faixa etária entre 17 a 19 anos e seu parceiro entre 21 a 24 anos, moram com seus pais e se relacionam com seu parceiro;

c) A gestação não foi planejada pelas gestantes, embora a maioria tenha relatado ter conhecimento sobre métodos contraceptivos.

Sugere-se aos profissionais da área de saúde que enfoque em consultas, palestras educativas, reuniões e visitas domiciliares, temas pertinentes à sexualidade, adolescência, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros, de forma clara, simples, objetiva, sem preconceitos ou julgamentos, visando assim, um novo modo de pensar, sentir e agir em relação a essa clientela.

## REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. **Gravidez indesejada na adolescência**. Disponível em: < <http://www.ecodebate.com.br/2010/04/27/gravidez-indesejada-na-adolescencia-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>>. Acesso em: 8 nov. 2010.

ARAÚJO, Ednaldo Cavalcante. **Gravidez na adolescência**: uma das ocorrências mais preocupantes relacionados ao exercício da sexualidade da adolescência. 2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/rss/authors/77746>>. Acesso em: 21 nov.2009.

BERLOFI, Luciana Mendes et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um programa de planejamento familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.2, abr./jun. 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Jovens mães**. Disponível em: <<http://ibgeteen/datas/saude/jovensmaes.html>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**: diretrizes gerais para atendimento do adolescente: acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento: distúrbio da puberdade: desenvolvimento psicológico do adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. v.1.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **PSF- Saúde da Família**. 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atençãobasica.php>>. Acesso em: 3 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 60p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Marco teórico referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 56p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://www.google.com.br/scarch?client=Firefox-a&rls=org.mozilla%3Apt-BR%3Aofficial&channel=s&hl=PT-BR>>. Acesso em: 7 jan. 2009.

BARROSO, Camila Geovana Gonçalves et al. Gestação na adolescência: resultados Perinatais de adolescentes atendidas em maternidades públicas. **Revista do Hospital Universitário**, v.8, n.1, jan./jun. 2007.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde. **Núcleo de Atenção Integral à saúde de adolescente-NASAD**. Disponível em: [www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttcd-CHAVE=6804](http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttcd-CHAVE=6804). Acesso em: 21 nov. 2009.

CARVALHO, Ingrid Espejo et al. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde adolescentes gestantes. **Revista de saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.5, out. 2008.

\_\_\_\_\_.; SILVA, João Luís Pinto; MELLO, Maeve Brito de. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.54, n.1, jan./fev. 2008.

CAVALCANTI, Sylva et al. **Sexologia e ginecologia**. Rio de Janeiro: FEBRASCO, MEDSI, 1995.

CAUDURO, Lenir Severo; MOTTA, Maria da Graça Corso da. **Vivência familiar e social do pai adolescente**. Porto Alegre, 2005. p. 119-128. Disponível em: <<http://www.Google.com.br/scarch?client=Firefox-a&rls=org.mozilla%3Apt-BR%3Aofficial&channel=s&hl=PT-BR>>. Acesso em: 7 jan. 2010.

CUNHA, Alfredo de Almeida; CALDAS, Maria Luiza Costa da Silva; PAIVA, Anaelmira Soares. Perfil psicossocial da gravidez na adolescência. IM: MONTEIRO, Denise Leite Maria; CUNHA, Alfredo de Almeida; BASTOS, Álvaro da Cunha. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 1998. cap. 2. p.9-30.

DUARTE, Albertina Takiuti. **Tratado de genecologia**: sexualidade e plano de vida na adolescência. 3. ed. São Paulo: Rocca, 2000.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. **Ensinando a cuidar da mulher do homem e do recém-nascido**. São Paulo: Yendes, 2005.

FRAZÃO-CORRÊA, R. da G. C. "**Gestação na adolescência: a imagem do corpo no olhar da adolescente grávida**". 2001. Dissertação de Mestrado, São Luis. Centro de ciência Biológicas e da Saúde. Universidade de Maranhão.

GOMES, S. M. T.A. Gravidez e adolescência. **Revista Mundo Jovem**, v. 29, p. 5, 1992.

KAGAN, Jeromes et al. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. 3. ed. Harba,1995.

LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; PICCININI, Cesar Augusto; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. **Maternidade adolescente**. 2006. Programa de Pós - Graduação em Psicologia, São Paulo, 2006.

LIMA, Kelly Cristina Gomes de et al. Conhecimento das gestantes adolescentes sobre o trabalho de parto prematuro e os riscos à saúde do feto. **Rev. Enferm.**, Pernambuco, v.2, n.1, p. 43-54, 2008.

MAGALHÃES, Maria de Lourdes Caltabiano et al. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos?. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v.28, n.8, ago. 2006.

MACHADO, Nicole O. et al. Características sócio-demográficas e reprodutivas de adolescentes atendidas no pós-parto no instituto da criança da universidade de São Paulo. **Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento**, São Paulo, v. 17, n.3, dez. 2007.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, jun. 2008.

MOREIRA, M.G.; SANTOS, J.; RUGIERO, E.M.S. Gravidez na adolescência: uma consequência da falta de planejamento familiar. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos, 2010. Disponível em: <<http://www.usp.br/siicusp/Resumos/16Siicusp/3832.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2010.

MORGADO, Jorge. Gravidez em adolescentes: contexto e educação, gênero e educação: um diálogo necessário, **Ijuí**, n. 71/72, p. 93 – 109, jan./dez. 2004.

SILVA, Lúcia; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidados. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.2, mar./abr. 2006.

SANT'ANNA, M. J. C.; COATES, V. Gravidez na Adolescência: um novo olhar. In: SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de Atenção à saúde do Adolescente**. São Paulo: CODEPPS, 2006. p. 153-158.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. **Manual de Atenção à Saúde do Adolescente**. São Paulo: SMS, 2006.

SAITO, Maria Ignez; LEAI, Marta Miranda. **Educação sexual na escola**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.

SILVA, M. R. da. **Sentimentos sobre a paternidade e envolvimento de pais que residem e pais que não residem com seus filhos**. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio de Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SILVA, Ana Paula Figueira da et. al. Os fatores emocionais gerados pela gravidez na adolescência. **ConScientiae Saúde**, v.8, n.1, p.91-97, 2009. Disponível em: <  
[http://portal.uninove.br/marketing/cope/pdfs\\_revistas/conscientiae\\_saude/csaude\\_v8\\_n1/cnsv8n1\\_3k999.pdf](http://portal.uninove.br/marketing/cope/pdfs_revistas/conscientiae_saude/csaude_v8_n1/cnsv8n1_3k999.pdf)>. Acessoem: 8 nov. 2010.

TEIXEIRA, Ana Maria Ferreira Borges et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 1385-1396, jul. 2006.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n.8, ago. 2006.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**QUESTIONÁRIO**

**I PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO:**

**Escolaridade**

- ( ) Analfabeta ( ) Ensino fundamental incompleto  
( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto  
( ) Ensino médio completo

**Renda familiar**

- ( ) < que 1 salário mínimo ( ) de 1 a 2 salários mínimos ( ) 3 a 4 salários mínimos

**Abandonou a escola ao saber da gravidez?** ( ) Sim ( ) Não

**II PERFIL DEMOGRÁFICO:**

**Faixa etária**

Adolescente: \_\_\_\_\_ Parceiro: \_\_\_\_\_

**Estado Civil**

- ( ) Casada ( ) Mora com os pais e não tem relacionamento com o parceiro  
( ) Mora com os pais, porém se relaciona com o parceiro  
( ) Solteira, mas convive com o parceiro

**III SITUAÇÃO GESTACIONAL:**

**Gestação foi desejada?** ( ) Sim ( ) Não

**Tem conhecimento sobre métodos contraceptivos?** ( ) Sim ( ) Não

APÊNDICE B – Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Orientadora: Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm

End: Rua L Quadra 22 Casa 08 Parque Atenas CEP: 65.072-510 São Luís-MA Fone: (98) 3246-1194

e-mail: [rosemary@institutolaboro.com.br](mailto:rosemary@institutolaboro.com.br)

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadoras: Josete Costa dos Santos e Maria de Fátima Costa Rocha

**ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
BEZERRA DE MENEZES DO BAIRRO SÃO FRANCISCO EM SÃO LUIS – MA**

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa sobre Gravidez na Adolescência Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sra. que ajudarão a conhecer os problemas enfrentados sobre o referido assunto. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sra. quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sra. poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-econômico dentre outras. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal da Sra. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís,        /    /

\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do  
Pesquisador responsável

\_\_\_\_\_

Sujeito da Pesquisa

Unidade Básica de Saúde Bezerra de Menezes.  
Travessa Hemetério Leitão S/N São Francisco CEP: 65.000-000  
São Luís-MA.