

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

BRUNNA CARVALHO VIANA CAMPOS

**VIVÊNCIA DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA:
avaliação da qualidade de vida das mães**

**BRASÍLIA - DF
2013**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

BRUNNA CARVALHO VIANA CAMPOS

**VIVÊNCIA DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA:
avaliação da qualidade de vida das mães**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão de Graduação para Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Ms. Josiane Maria Oliveira de Souza

Co-Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Gisele Martins.

**BRASÍLIA - DF
2013**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Campos, Brunna Carvalho Viana.

Vivência da maternidade na adolescência: avaliação da qualidade de vida das mães / Brunna Carvalho Viana Campos. – 2013.

62 f.: il. color.; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Curso de Enfermagem, 2013.

Orientadora: Prof^a Ms. Josiane Maria Oliveira de Souza

1. Qualidade de Vida 2. Adolescência 3. Maternidade. I. Souza, Josiane Maria Oliveira de. II. Universidade de Brasília. Curso de Enfermagem. III. Vivência da maternidade na adolescência: avaliação da qualidade de vida das mães.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

BRUNNA CARVALHO VIANA CAMPOS

**VIVÊNCIA DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA:
avaliação da qualidade de vida das mães**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado a Comissão de Graduação para TCCE da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Data de aprovação: ____ de _____ de 2013.

Orientador: Prof^a. Ms. Josiane Maria Oliveira de Souza

Prof^a. Ms. Anna Carolina Faleiros Martins

Prof^a. Ms. Marina Morato Stival

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por toda proteção e benção concedida em minha vida, O qual me auxiliou a nunca desistir perante os desafios e dificuldades, depositando em meu coração a certeza de conquistas incríveis.

À Virgem Maria, minha mãe Santíssima, por sempre me cobrir com seu manto sagrado, de forma a acalmar meu coração a esperar pela concretização dos projetos Divinos em minha vida.

Aos meus pais amados, Lourival Viana Campos e Maria de Fátima Carvalho Viana, por todo incentivo e apoio concedido durante meus anos de estudos, por acreditarem nos meus sonhos. Vocês são os meus exemplos de determinação, garra e alegria. Amo vocês!

Ao meu irmão, Raphael Carvalho Viana Campos, e cunhada, Juliana Oliveira, pela força, compreensão, ajudas diárias e por me ensinar a enfrentar as situações com sabedoria e bom humor. Nunca esquecer!

À minha irmã, Nathalia Carvalho Viana Campos, pela compreensão, força e por se fazer presente em todas as etapas da minha vida. Nunca esquecer!

À “turma mais bonita da cidade” pelo companheirismo durante esses cinco anos, juntos sempre enfrentamos e superamos as dificuldades, nos tornando uma turma dedicada, unida e vitoriosa. Obrigada pela oportunidade de construir belas amizades e viver momentos inesquecíveis, principalmente, às florzinhas do meu coração.

Às minhas amigas extremamente companheiras, Bruna Rafaela e Cléia Pires, por todas as palavras otimistas, conselhos e disposição a ajudar. Obrigada!

A minha orientadora prof^a Josiane por acreditar no meu potencial de aluna, me apoiando a pesquisar minha área de interesse, por todo auxílio e contribuição na elaboração dessa pesquisa. Obrigada pelos ensinamentos, trocas de experiência e incentivos.

À prof^a Gisele Martins, minha querida mestra na área de pesquisa desde o 2º semestre de graduação, por todos os anos e conhecimentos compartilhados, pelos conselhos profissionais, por ter despertado em mim o interesse pelo mundo da pesquisa, por urologia e pela pediatria. Obrigada pelo cuidado e carinho durante minha jornada acadêmica.

“Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena acreditar no sonho que se tem, ou que seus planos nunca vão dar certo, ou que você nunca vai ser alguém. Tem gente que machuca os outros, tem gente que não sabe amar. Mas eu sei que um dia a gente aprende. Se você quiser alguém em quem confiar, confie em si mesmo. Quem acredita sempre alcança!”

Mais uma vez – Renato Russo

CAMPOS, B. C. V. **Vivência da maternidade na adolescência: Avaliação da qualidade de vida das mães.** 2013. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2013.

RESUMO

Objetivou-se avaliar a qualidade de vida de mães adolescentes que vivenciam a maternidade em uma Unidade Básica de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia, Distrito Federal. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa e descritiva, com 23 mães adolescentes que responderam o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers (1985) e um instrumento semiestruturado que investigou o perfil sócio-demográfico, obstétrico e neonatal. Na análise dos dados as questões abertas do instrumento semiestruturado foram categorizadas, agrupadas e analisadas descritivamente por meio de porcentagens e os escores do IQV foram apresentados segundo média, desvio-padrão e valores mínimo e máximo, através do programa *Microsoft Office Excel (2010)*. A faixa etária prevalente entre as mães foi de 16 a 19 anos (86,96%), em sua maioria as adolescentes estavam em união estável (52,17) e não exerciam uma ocupação remunerada (47,82%). O IQV geral foi de 23,9. O domínio socioeconômico obteve o menor escore (19,9) e o domínio família teve o maior escore atribuído (26,6), seguido pelo domínio psicológico/espiritual (25,7). Os resultados dessa pesquisa permitiram um conhecimento e a identificação de pontos relevantes para a QV de adolescentes que vivenciam a maternidade, destacando-se o domínio socioeconômico como mais prejudicado e o domínio familiar com impacto mais positivo no processo de maternas das entrevistadas.

Descritores: Qualidade de vida, Adolescente, Gravidez na Adolescência, Enfermagem Materno-Infantil.

CAMPOS, B. C. V. **Experience of motherhood in adolescence: Assessment of quality of life of mothers.** In 2013. 62f. Completion of course work (Nursing Course) - University of Brasilia, Faculty of Ceilândia Ceilândia, Brasilia, 2013.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the quality of life among adolescents who had the maternity experience in public health clinic from Ceilandia region, Federal District. It was a cross-sectional and descriptive survey, using 23 mothers at adolescent age who answered the Ferrans & Powers Quality of Life Index (1985) and a semi-structured tool which investigated socio-demographic, obstetric and neonatal profile. In the data analysis, the open-questions of the semi-structured tool were categorized, grouped and analyzed descriptively based on percentages and the scores of Quality of Life Index (QLI) were presented by average, standard-deviation, minimum and maximum values, using *Microsoft Office Excel (2010)* program. The prevalent age among adolescent mothers was 16 up to 10 years of age (86.96%), the majority were married (52.17%) and did not work (47.82%). The overall QLI was 23.9. The socio-economic domain had the lowest score (19.9) and the family domain had the highest score (26.6), followed by psychological/spiritual domain (25.7). The study findings allowed a better knowledge and the identification of the relevant aspects involved in the Quality of Life among adolescent mothers who lived the maternity experience, highlighting the socio-economic domain with a negative impact and the family domain with a positive impact during adolescent maternity experience.

Key-words: Quality of Life, Adolescent, Pregnancy in Adolescence, Maternal-Child Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Uso de método contraceptivo antes e após a gravidez. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.	35
Figura 2. Experiência e percepção das mães adolescentes durante a gestação e a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.	36
Figura 3. Vontade de engravidar novamente de mães adolescentes que vivenciam a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sócio-demográficos das mães adolescentes que vivenciam a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.	33
Tabela 2. Dados do histórico gestacional de mães adolescentes que vivenciam a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.	35
Tabela 3. Dados do histórico obstétrico de mães adolescentes que vivenciam a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.	38
Tabela 4. Dados neonatais e da criança, filhos de mães adolescentes que vivenciam a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.	39
Tabela 5. Escores do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (1985) de mães adolescentes que vivenciam a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.	40

LISTA DE SIGLAS

DF	Distrito Federal
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
FEPCS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos do Brasil
IG	Idade Gestacional
IQV	Índice de Qualidade de Vida
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRAIA	Programa de Atenção Integral ao Adolescente
QV	Qualidade de Vida
RN	Recém Nascidos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1. ADOLESCÊNCIA	14
2.1.1. Processo de Adolescer.....	15
2.1.2. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência	18
2.2. GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	22
2.2.1. Gravidez na Adolescência.....	22
2.2.2. Maternidade na Adolescência	23
2.3. QUALIDADE DE VIDA	26
2.3.1. Mensuração de Qualidade de Vida.....	27
3. OBJETIVOS.....	29
3.1. OBJETIVO GERAL.....	29
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4. METODOLOGIA	30
5. RESULTADOS	32
6. DISCUSSÃO.....	42
7. CONCLUSÕES.....	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54
APÊNDICE B. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	55
ANEXO 1. ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS	58
ANEXO 2. PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	60

1. INTRODUÇÃO

A maternidade adolescente é um problema em constante crescimento no Brasil, que envolve questões médicas, biológicas, sociais, econômicas, culturais e psicológicas, relacionadas entre si, podendo acarretar impacto na qualidade de vida das adolescentes e riscos para a gestante e concepto (SILVA; CALVO, 2006). Constitui-se assim um binômio médico-social de amplitude considerável, no qual merece a atenção dos profissionais de saúde, ampliando as ações de prevenção e orientação a essas adolescentes em situação de gestação precoce.

A atenção à saúde no Brasil constata, no decorrer dos anos, um crescimento do quantitativo de adolescentes grávidas, conseqüentemente, de mães adolescentes (SILVA et al., 2006). Nos anos de 1970 a 1991, houve um crescimento de aproximadamente 26%, nas ocorrências de gestações entre 15 e 16 anos. (SILVA; CALVO, 2006). De acordo com Silva et al. (2006), foram realizados, durante o ano de 2000, 2,5 milhões de parto em hospitais públicos brasileiros, sendo 27,56% mães com idades entre 10 e 19 anos, o que equivaleu à 689 mil adolescentes, portanto, em cada dez mulheres que tiveram filhos duas eram adolescentes.

Marçal (2011), em seu estudo, aponta estatísticas mais atualizadas: “A Organização Population Reference Bureau (2011) estima que, a cada ano, 139.558.000 mulheres tem um filho no mundo, das quais 16 milhões, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), estão entre 15 e 19 anos de idade”. Segundo os Indicadores e Dados Básicos do Brasil (IDB, 2011), no ano de 2010, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes no Brasil foi de 19,31%, sendo no Distrito Federal (DF) de 13,48% (RIPSA, 2011).

Com a historicidade apresentada dos índices de gestação na adolescência percebe-se sua prevalência significativa durante as últimas décadas, podendo ser considerado uma questão de saúde pública. Entretanto, faz-se necessário considerar que a gravidez na adolescência não ocorre, totalmente, por falha na contracepção ou na orientação anticoncepcional, muitas dessas gestações podem ser resultado de um planejamento, mesmo sendo em uma faixa etária precoce. Deste modo, na área da saúde é importante compreender o significado e o impacto de uma gestação precoce na vida da adolescente, sendo assim a avaliação da qualidade de vida é uma das formas de se adentrar nesta compreensão, visto que permite o entendimento da problemática na vida social e cultural da jovem. Além disso, pode servir como subsídio para criação e implantação de estratégias voltadas a assistência humanizada e a prevenção da gravidez na adolescência (ABECHE, 2008).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ADOLESCÊNCIA

A adolescência pode ser entendida como uma etapa de transição, durante o desenvolvimento humano, entre a infância e a vida adulta, que é marcada por diversas modificações físicas, psicológicas, emocionais e sociais. Além dessas alterações, nessa fase meninos e meninas procuram desenvolver uma identidade, uma personalidade própria e há o aparecimento do desejo de autoafirmação, o que pode acarretar conflitos internos (CRUZ, 2007; ALMEIDA et al., 2007; FONSECA, GOMES, 2004). Portanto, o período de adolecer é considerado conflitivo, pois, durante esse processo ocorrem crises interiores, esporadicamente ou de forma recorrente, devido ao fato do adolescente se ver frente ao confronto de ser o que a sociedade impõe ou ser o que realmente deseja ser (ALMEIDA et al., 2007).

Para a OMS, a adolescência é o período delimitado pela faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, definição cronológica adotada no Brasil, pelo Ministério da Saúde (MS) (REATO et al., 2006). Porém, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) considera adolescente àquele que possui entre 12 e 18 anos (MARÇAL, 2011; REATO et al., 2006; TAQUETTE, VILHENA, 2005). De acordo com Marçal (2011), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) classifica a adolescência como precoce, dos 10 aos 14 anos, e como adolescência tardia, equivalente dos 15 aos 19 anos.

A forma de vivenciar a adolescência está relacionada com variáveis como a idade, aspectos históricos, geográficos e questões de gênero (MARÇAL, 2011). Portanto, a adolescência não deve ser compreendida apenas por sua definição cronológica, e sim como um processo de construção da vida pessoal e coletiva, tendo o adolescente como protagonista, para o alcance da independência, autonomia e responsabilidade social (SANT'ANA et al., 2006).

Atualmente, a chegada da adolescência está cada vez mais precoce e se prolonga pelo período da idade adulta. Desse modo, os autores Grossman (2010) e Almeida et al. (2007) consideram que há um prolongamento da adolescência. Segundo Almeida et al. (2007), a antecipação do início desse período pode ser decorrente da curiosidade por novas sensações,

da ocorrência de namoros virtuais, da facilidade e rapidez de acesso a diversas informações, e das novas e precoces formas de expressões sexual.

2.1.1. Processo de Adolescer

O processo de adolescer é uma condição de transição dinâmica, progressiva e não definitiva, que se faz importante para o crescimento e desenvolvimento do adolescente, relacionando-se com o crescer até atingir a maturidade. Esse processo depende do indivíduo, da sua história de vida e de questões políticas e sociais envolvidas no crescer e desenvolver (MARÇAL, 2011; RODRIGUES et al., 2009). Roehrs et al. (2010) reforçam essa ideia afirmando que a adolescência não se dá de maneira linear e ocorre gradativamente. Durante essa etapa o adolescente busca e conquista sua independência e espaço, exigindo mudanças nos padrões de comportamento, a fim de alcançar novas competências. Portanto, ocorrem ações reorganizativas internas e externas, como forma de adaptação às modificações de vida no âmbito biológico, psicológico e social.

De acordo com Brêtas et al. (2008), o adolescente vivencia, durante esse processo, uma fase de luto marcada: pela perda do corpo infantil, pela aceitação das transformações corporais, do controle dos impulsos sexuais; perda da bissexualidade infantil; luto pela separação dos pais, com a passagem da dependência infantil para a independência adulta e pela procura da identificação fora do ambiente familiar, com a busca de uma identidade que não seja infantil.

Durante esse processo de novidades e descobertas o adolescente tenta encontrar seu papel dentro do círculo social no qual está envolvido, seu lugar na sociedade, se projetar na vida adulta, num futuro incerto, com sonhos, desejos, projetos de vida e ambições (ROEHRS et al., 2010; BRÊTAS et al., 2008). A complexidade desse período se dá por envolver diferentes contextos sociais, como os ambientes familiares, domésticos, escolares, de lazer, serviços de saúde, entre outros cenários que interagem com o jovem. É imprescindível o estabelecimento e a vivência de novas relações interpessoais, sendo de extrema relevância para a constituição de um adolescer saudável, uma vez que o ser humano vive num estado de interdependência e essas relações contribuem para o estabelecimento da identidade individual (ARAÚJO et al., 2010; ARAÚJO, 2008; BRÊTAS et al., 2008).

Segundo Marçal (2011), o processo de adolecer é marcado por duas características opostas, sendo uma positiva e a outra uma visão negativa. A primeira refere-se à adolescência como um estado de alegria, saúde, beleza, despreocupação e a experimentação de aventuras amorosas; a juventude sendo vista como um momento valoroso, com o surgimento da veneração ao corpo estereotipado, à beleza. Por outro lado, a adolescência é simbolizada como um momento de rebeldia, agressividade, violência, intolerância, problemas de identidade e perturbações psicológicas. Tendo isso como referência a adolescência se reduz a uma fase turbulenta e sem ordem.

É uma fase que envolve diversas situações diferentes, complementares e necessárias, por isso, o indivíduo deve vivê-la de forma minuciosa, procurando se conhecer. Através dessa vivência o adolescente, provavelmente, descobrirá o seu papel social e incorporará em seu cotidiano atributos como valores, questões morais, crenças, ideais, atitudes, princípios e vontades, auxiliando na consolidação do processo de desenvolvimento psíquico do jovem (BRÊTAS et al., 2008).

No decorrer dessa etapa do desenvolvimento ocorrem as manifestações da sexualidade, que é um evento universal, porém, a forma de ser vivenciada não é homogênea. Para entender a manifestação da sexualidade é imprescindível considerar o contexto histórico, cultural e social do adolescente, de forma, que a sexualidade não seja restringida apenas ao seu aspecto reprodutivo (BUSANELLO et al., 2009). Amaral e Fonseca (2006) afirmam que nas últimas décadas estudos apontaram para uma antecipação da vida sexual feminina e masculina, o aumento da taxa de fecundação no grupo de jovens, o uso precoce de anticoncepcionais e a relação entre o início da atividade sexual e o menor nível de escolaridade no grupo de adolescentes.

O desenvolvimento sexual do adolescente sofre influência dele próprio, da família, do seu grupo de iguais, sendo de importância significativa para determinar o comportamento do mesmo, fatores que caracterizam a heterogeneidade da sexualidade entre os adolescentes (BERGAMIM; BORGES, 2009).

A temática sexualidade deve ser abordada pelos pais, a fim de orientar os filhos em relação a dúvidas, angústias, tabus, mitos e preconceitos, tanto no âmbito do ser adulto como relacionado à sexualidade. Isto serve como alicerce e base de amparo que diminuirá as dificuldades relativas a esta fase, visto que a falta do convívio familiar pode acarretar na ausência de certos valores na formação dos jovens. Mas, no atual contexto os pais tem encontrado dificuldades em abordar o tema com seus filhos adolescentes (BUSANELLO et al., 2009; ALMEIDA et al., 2007).

Desenvolvimento físico, psíquico e social

A adolescência é marcada por transformações ligadas aos aspectos físicos, cognitivos e emocionais. As modificações físicas ocorrem, predominantemente, através da puberdade, no qual há o aparecimento dos caracteres sexuais secundários. Esta fase é caracterizada pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, modificação na composição corporal e oscilação hormonal (ALMEIDA et al., 2007).

Roehrs et al. (2010) afirmam que a puberdade é constituída por modificações corporais e caracterizada por mudanças físicas em três níveis fundamentais: 1) nível no qual acontece a ativação dos hormônios gonadotróficos da hipófise anterior; 2) no segundo nível, ocorre a secreção gonadotrofina hipofisária e do hormônio de crescimento hipofisário, que funciona estimulando a produção de gametas femininos e masculinos; 3) no terceiro nível, as características sexuais primárias são desenvolvidas, havendo o aumento do pênis, dos testículos, ou da vagina e do útero e desenvolve-se as características sexuais secundárias, representadas, por exemplo, pelo aparecimento do pelo pubiano, mudança de voz e surgimento da mamas.

Essas mudanças físicas são determinantes na modificação da aparência corporal de meninas e meninos, podendo causar desconforto e ansiedade para alguns adolescentes. Portanto, as alterações ocorridas na puberdade exercem influência direta no comportamento psicológico e na saúde mental dos adolescentes, no qual desencadeiam, nestes, preocupações com o corpo e dúvidas em relação à normalidade dos eventos (MARÇAL, 2011; ROEHRS et al., 2010; ALMEIDA et al., 2007). Almeida et al. (2007) apontam para as diferenças nas preocupações surgidas de acordo com o sexo do adolescente, no qual, rapazes estão mais preocupados com a altura, formação de pelos no corpo, timbre da voz e largura dos ombros, por outro lado, as meninas se preocupam, basicamente, com a feminilidade, o delineamento mamário e os aspectos que caracterizam o corpo feminino, por exemplo, cintura fina e os quadris largos.

No desenvolvimento psicossocial da adolescência se destacam como qualidades marcantes: energia, sexualidade, força, destemor, violência, impulsividade, prepotência, desafio, curiosidade, entre outros. Além das mudanças psicossociais e físicas, ocorrem modificações moral, cognitiva e sexual, que se interligam, exigindo assim, uma reorganização da nova identidade (ROEHRS et al., 2010).

Para Brêtas et al. (2006), a menarca é um dos acontecimentos que assume papel importante no desenvolvimento psicossocial da adolescente, pois marca a passagem da infância da menina para a adolescência.

Os aspectos emocionais na adolescência, em meio a essas mudanças, são muito instáveis, e podem surgir sentimentos de impotência, falta de segurança e ambivalência, ocasionados pelas mudanças do corpo, bem como a baixa auto-estima e à indefinição de projeto de vida, o que pode aumentar a vulnerabilidade a quadros depressivos e tentativa de suicídio (ROEHRS et al., 2010).

2.1.2. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência

A sexualidade é um elemento essencial da condição humana e sua prática deve ser garantida no âmbito dos Direitos Humanos, abrangendo uma variedade de direitos sexuais e reprodutivos capazes de garanti-la. O direito sexual e reprodutivo faz parte do direito à saúde, uma vez que esse direito contém liberdades como o direito de ter controle sobre sua própria saúde e corpo, que engloba a liberdade sexual e reprodutiva (MORAES et al., 2012; SANT'ANA et al., 2006).

Os direitos sexuais e reprodutivos na adolescência devem ser reconhecidos e garantidos, bem como ocorre na etapa adulta da vida, uma vez que os adolescentes são sujeitos portadores de direitos próprios, autônomos e livres. Porém, o reconhecimento desse direito nessa população não acarreta na concepção que seja inteiramente compreendido ou aceito na cultura populacional envolvida, resultando em controvérsias políticas e legais, que, atualmente, se tornam centro do conservadorismo moral (VENTURA; CORRÊA, 2006). O contexto da adolescência brasileira é composto por dificuldades e déficits na implantação de políticas públicas que promovam o desenvolvimento completo do sujeito. Para o crescimento e desenvolvimento seguro e saudável do adolescente, no que se refere aos direitos reprodutivos, torna-se necessário a tríade saúde-educação-família (MORAES et al., 2012).

A Assembleia Geral da *World Association for Sexology*, durante o XV Congresso Mundial de Sexologia, em Hong Kong, no ano 1999, elaborou uma declaração sobre tais direitos, que devem ter seu reconhecimento, promoção, respeito, assegurados por todas as sociedades de todo mundo. Essa declaração preconiza que o ser humano deve ter: **direito à liberdade sexual** – no qual o indivíduo tem a possibilidade de expressar seu potencial sexual;

direito à autonomia sexual – que abrange a habilidade individual de decidir as questões reativas a sua própria vida sexual, de forma autônoma, incluindo também o controle e o prazer do corpo, sem tortura, mutilações e violência de qualquer espécie; **direito à privacidade sexual** – direito de decidir os comportamentos sobre a intimidade, sem infringir os direitos sexuais dos outros; **direito à igualdade sexual** – envolve a liberdade de todas as formas de discriminação, independente de sexo, gênero, orientação sexual e opções de vida; **direito à livre associação sexual** – ou seja, o direito a escolhas, como a de se casar ou não, de divórcio e de estabelecimento de outros tipos de associações sexuais responsáveis; **direito reprodutivo** – que assegura o direito em escolher ter filho ou não, o número de filhos, o tempo entre cada um e o direito de acesso aos métodos contraceptivos; **direito à educação sexual** – processo que deve ser garantido em todas as etapas da vida, independente da faixa etária, e que deveria envolver todos os níveis e instituições sociais e; **direito à saúde sexual** – relaciona a prevenção e tratamento de todos os problemas sexuais, preocupações e desordens (SANT’ANA et al., 2006).

Dentre as legislações que abordam os direitos dos adolescentes, tanto relacionado à saúde quanto ao sexual e reprodutivo, tem-se:

1) Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

O ECA delibera sobre a proteção integral da criança e do adolescente. No âmbito da sexualidade é imprescindível considerar esse estatuto, uma vez que não há integralidade do indivíduo sem considerar os componentes da sexualidade (MORAES et al., 2012). A legislação reconhece que a condição de pessoa em desenvolvimento não priva os adolescentes do direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, autonomia, direito de se expressar, se refugiar, ter auxílio e orientação (VENTURA; CORRÊA, 2006).

O Estatuto deve garantir todas as oportunidades para o desenvolvimento do indivíduo, dando prioridade aos direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura e ao lazer. Assegurar a proteção do adolescente em relação à sua exposição a formas degradantes de constrangimento e exploração, à negligência, à omissão e qualquer tipo de violência. Porém, há uma ausência no ECA de artigos que abordem a questão da sexualidade ou dos direitos sexuais e reprodutivos do adolescentes, bem como sobre a maternidade e a proteção contra abuso e exploração sexual (MORAES et al., 2012; VENTURA; CORRÊA, 2006).

2) Código de Ética dos Profissionais da Saúde

Quando se aborda as questões que abrangem a vida do adolescente, entre elas a sexualidade, faz-se necessário respeitar a privacidade, confiabilidade e sigilo profissional, de forma ética, a fim de garantir a preservação de situações constrangedoras. Os códigos de ética dos profissionais da saúde preveem o direito dos adolescentes de serem atendidos sozinho, se assim for seu desejo, independente da faixa etária. Porém, garantir esse direito não significa excluir a família do envolvimento com a saúde do adolescente ou retirar sua responsabilidade em relação aos seus filhos (MORAES et al., 2012).

Os autores citados anteriormente (2012) ressaltam que os profissionais devem saber distinguir entre as informações que devem ser mantidas em sigilo e as que possuem necessidade de serem informadas à família, como nos casos de risco à sua própria vida ou de terceiros. Porém, se for decidido a quebra de sigilo, por motivos éticos, o adolescente deve ser informado.

3) Planejamento Familiar

A Lei Federal do Planejamento Familiar (9.263/96) assegura o direito, a todo cidadão, de ter assistência à concepção, atendimento ao pré-natal, assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, controle das doenças sexualmente transmissíveis e controle e prevenção do câncer de cérvix, útero, mama e pênis, abrangendo também a população adolescente (MORAES et al., 2012).

4) Lei Federal 6.202/75 – Gestante Estudante

Essa lei assegura à estudante gestante a possibilidade de continuar os estudos no domicílio após o oitavo mês de gravidez e no período da licença maternidade. Essa garantia aumenta a possibilidade das gestantes adolescentes retornarem os estudos, uma vez que não acontecerá a reprovação da série, aumentando assim o incentivo para a conclusão dos estudos (MORAES et al., 2012).

2.2. GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

2.2.1. Gravidez na Adolescência

A ocorrência da gravidez na adolescência é um evento precoce, que pode ter como contribuinte, para o aumento dos índices estatísticos de casos de gestação na adolescência, a falta de conhecimento em relação aos métodos contraceptivos e o nível social. A precocidade da gravidez acontece com os jovens, independente, do nível de esclarecimento sobre uma relação sexual (NASCIMENTO et al., 2012; DINIZ, 2010). A gravidez é enfrentada como um problema, principalmente, por estar relacionada com a possível apresentação de vários comprometimentos no crescimento, no âmbito emocional, educacional, familiar e outros. Desta forma, se faz comum, a visão de que a gestação precoce é indesejada (NASCIMENTO et al., 2011).

O engravidar na adolescência faz com que o adolescente enfrente dois eventos estressores sinérgicos: a adolescência e a gravidez. O efeito sinérgico acontece pelo fato da adolescente se vê pressionada a assumir um maior grau de responsabilidade e independência, tendo que amadurecer de forma brusca (SCHAWARTZ et al., 2011). É relevante considerar que a gravidez durante a adolescência pode, assim como na fase adulta, ser indesejada ou planejada. Portanto, é necessário compreender e considerar as circunstâncias pessoais e sociais envolvidas nesse contexto, a fim de não correr o risco de reforçar comportamentos preconceituosos e discriminatórios, que não consideram as capacidades e os recursos das adolescentes para vivenciar e enfrentar os desafios cotidianos (NASCIMENTO et al., 2011).

Segundo Schawartz et al. (2011), a gravidez na adolescência é encarada como “problema social, decorrente dos seguintes enfoques: a) médico-epidemiológico – diz respeito aos fatores de riscos para a saúde materna e neonatal associados à idade reprodutiva; bem como os fatores de risco para uma gestação precoce intrínsecos ao comportamento; b) sociodemográficos – relacionam-se com o aumento quantitativo de mães solteiras devido à instabilidade de vínculos conjugais e o abandono escolar, repercutindo no futuro profissional e, conseqüentemente, na situação financeira e social; c) psicossociais – enfoca na autonomia da adolescente relacionada à família e sua capacidade de assumir responsabilidades sociais.

Soares e Lopes (2011) afirmam que, em muitos casos, a gestação na adolescência é vivenciada com dificuldade, uma vez que a adolescente vive uma situação conflituosa durante

a transição do seu papel de mulher em formação para o de mulher-mãe. Esse conflito pode ser consequência do despreparo físico, psicológico, social e econômico para o exercício do papel materno.

Em relação às possíveis consequências biológicas, devido à gestação na adolescência, encontra-se a ocorrência de prematuridade, mesmo quando existe o controle de outros fatores de risco que poderiam influenciar na duração da gestação e; a de baixo peso ao nascer, pois, há a associação entre a gestação precoce e o aumento do risco de nascidos vivos com o peso menor que 2500 gramas ao nascimento (SILVA; CALVO, 2006).

2.2.2. Maternidade na Adolescência

A maternidade é composta pelo cuidado materno, constituído por um conjunto de ações biopsicosocioambientais. Conforme Marçal (2011), esse cuidado materno é estabelecido depois de decorridos seis meses do parto, por ser o período que a maternagem se estabelece e a rede de apoio social diminui.

A ocorrência da maternidade na adolescência acarreta uma insegurança em relação ao papel materno, devido à ansiedade em relação à troca de papéis e ao medo de não saber cuidar do bebê, porém, essas expectativas negativas podem ser dissipadas no decorrer da vivência da maternidade, quando a adolescente passa a usufruir da convivência e do cuidado com o filho (LEVANDOWSKI et al., 2008).

Em relação à vivência da maternidade adolescente, há dois padrões de experiência que podem ocorrer: um positivo, relacionado ao sentimento de satisfação com o período vivenciado e expectativa de afeto do filho; e um padrão negativo, envolvido por sentimentos depressivos e estresse desencadeado por essa experiência (PATIAS et al., 2011). Inicialmente a maternidade pode se configurar por uma vivência baseada em conflitos, caracterizando-se de maneira negativa, entretanto, pode passar a ser vivenciada positivamente e adaptativamente ao longo da experiência, principalmente, se a mãe adolescente contar com uma rede de apoio social efetiva que auxilie na realização de suas tarefas.

Como salienta Patias et al. (2011), a percepção positiva da maternidade associa-se com a possibilidade do filho preencher possíveis carências afetivas existentes e ao fato da adolescente passar por um processo de amadurecimento. Muitas vezes há o sentimento de arrependimento frente à descoberta da gestação, porém, no decorrer da experiência maternal,

normalmente, ocorre o surgimento de sentimentos como o orgulho e a felicidade, tanto para a jovem como para sua família. Apesar das vivências positivas associadas à maternidade o enfoque dado costuma ser aos fatos negativos referentes a esse fenômeno (PATIAS et al., 2011; LEVANDOWSKI et al., 2008).

Levandowski et al. (2008) consideram plausível a ocorrência de maior dificuldade no papel maternal de adolescentes quando comparado ao de mães adultas, relacionado à interação e maternagem do bebê. Associam como possíveis causas: a vivência de maior estresse, a falta de apoio de um companheiro e a responsabilização de conciliar as demandas adolescentes, educacionais, laborais e maternais.

A maternidade acelera e adianta o processo de amadurecimento das adolescentes, o que provoca reflexos instantâneos em seus comportamentos, podendo, se tornarem mais responsáveis (NASCIMENTO et al., 2011). Silva et al. (2006) afirmam que a gravidez na adolescência interrompe com o rito de passagem no processo de adolecer, visto que, no momento que adolescente assume o papel maternal, passar a assumir, também, papéis que normalmente eram e responsabilidade dos adultos. Portanto, as adolescentes podem passar a procurar emprego e as que já tinham emprego, podem tentar aumentar a carga horária, com o objetivo de melhorar a renda familiar e assim diminuir ou amenizar o impacto da gestação precoce.

A gravidez e maternidade na adolescência, na maioria das vezes, acarretam na vida da adolescente instabilidade familiar, pobreza, interrupção das atividades escolares, carência psicoafetiva. Além da gravidez adolescente conter fatores de risco à gestante e ao neonato, como a mortalidade materna ou neonatal, prematuridade e baixo peso ao nascer (NASCIMENTO et al., 2011; SCHAWARTZ et al., 2011).

No âmbito social, o impacto negativo da gestação e maternidade na adolescência, ocorre, principalmente, devido ao afastamento e à dificuldade das adolescentes em concluir suas atividades escolares. Bem como a renda familiar, que é um fator socioeconômico relevante que impacta na dinâmica familiar e na vida da adolescente. Além das adolescentes serem vulneráveis a menores taxas de renda familiar, há uma grande probabilidade delas não terem companheiros ou uniões estáveis (SILVA; CALVO, 2006). A interrupção dos estudos relaciona-se, principalmente, com a necessidade de dedicar tempo para cuidar da criança e praticar o aleitamento materno (SILVA et al., 2006).

Adolescentes grávidas que não possuem vínculos conjugais podem ser rejeitadas pela família, devido ao estigma de mãe solteira. Estigmas que são pautados em bases e argumentos

culturais e morais, baseados nas desigualdades de gênero em relação à repressão sexual. Uma vez que há, socialmente, um maior controle sobre o comportamento sexual feminino em comparação ao masculino, abarcando a responsabilização à mulher pela prevenção da gravidez, no qual se o pai da criança assumir a gestação, a culpa da adolescente é amenizada (SOARES; LOPES, 2011).

Silva e Calvo (2006) ressaltam que o vivenciar da instabilidade conjugal contribui para a ocorrência de prejuízos emocionais e, também, para a ocorrência de transtornos de ordem afetiva, no qual se potencializam se a adolescente não tem o apoio familiar e viver em um ambiente familiar pouco acolhedor e conturbado pela novidade da gravidez não esperada. Dentre os prejuízos emocionais relacionados à maternidade precoce estão: a baixa auto-estima, a ausência de apoio familiar, a vivência de um elevado nível de estresse, ausência ou poucas expectativas para o futuro e a presença de sintomas depressivos. Porém, há adolescentes que vivenciam a gestação e maternidade cultivando aspectos psicológicos positivos, como: a possibilidade de concretizar o sonho de casamento, a autonomia econômica e social da família de origem e a necessidade de se autoafirmar.

2.3. QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida (QV) é definida pela OMS como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, em um contexto cultural e de um sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões, referências e preocupações (ABECHE, 2008). É importante ressaltar que seu conceito, na literatura, não é amplamente definido, por se tratar de um conceito complexo, abstrato, subjetivo e multidimensional podendo ter uma diversidade de significados, com diferentes abordagens teóricas e inúmeros métodos para mensuração do conceito (KIMURA; SILVA, 2009; BENINCASA, 2010). O conceito é multidimensional e o construto deve ser composto por distintas dimensões.

Em relação à QV é importante salientar que há distinção entre seu conceito e o de padrão de vida. Uma vez que o conceito de padrão de vida baseia-se nas características relevantes da maneira de viver das sociedades e dos indivíduos, enquanto o de QV compreende os parâmetros de percepção subjetiva dos aspectos relevantes para a vida de uma pessoa, podendo ou não coincidir com indicadores de padrão de vida (PANZINI et al., 2007). No que se refere à subjetividade do conceito, a QV trata de considerar a percepção do indivíduo acerca do seu estado geral, sem relacionar com aspectos médicos, e de saúde, considerando assim como o sujeito avalia sua própria situação em cada dimensão relacionada à QV (SEIDL; ZANNON, 2004).

As dimensões que devem ser, minimamente, incluída na mensuração da QV, a fim de avaliar de forma multidimensional e abrangente são: a) física, que abrange a percepção do sujeito frente sua condição física; b) psicológica, que compreende a percepção do indivíduo sobre sua condição emocional e cognitiva e; c) social, ou seja, a percepção do indivíduo sobre os papéis sociais adotados na vida e os relacionamentos sociais.

A QV possui interseções com diversos conceitos eminentemente funcionais e biológicos, como estado de saúde, estado funcional e falta de capacidade/deficiência; sociopsicológicos, como por exemplo, bem-estar, felicidade e satisfação; e de origem econômica baseada na teoria “preferência”, possuindo, portanto, várias dimensões associadas. Inclusive a dimensão cultural, que é parte integrante e fundamental associada à percepção de QV (PANZINI et al., 2007).

Almeida et al. (2012), em seu livro, apresenta as percepções objetivas e subjetivas da QV, afirmando que o âmbito objetivo associa-se com a garantia e satisfação das necessidades básicas da vida humana, como a alimentação, habitação, trabalho, acesso ao saneamento básico, saúde e lazer; relacionando-se com questões concretas, independentes da interpretação do sujeito perante sua vida pessoal. Por outro lado, a esfera subjetiva da QV envolve, primeiramente, as ações do indivíduo perante sua própria vida, englobando suas opções de práticas, como expectativas e percepções de seus níveis de QV, bem como seus hábitos aprendidos e adotados perante a vida, que estão relacionadas com a realidade familiar, ambiental e social. Nessa esfera estão envolvidos os valores não materiais como amor, felicidade, solidariedade, satisfação e realização pessoal.

2.3.1. Mensuração de Qualidade de Vida

A relevância em se avaliar QV está relacionada com o enfoque que valoriza a perspectiva do indivíduo e permite avaliar o impacto que uma questão de vida, social ou de saúde, exerce no sujeito. Na área da saúde, a medida de QV se dá como um importante desfecho nas avaliações de tecnologias em saúde e no desenvolver de tomada de decisão, em políticas públicas de saúde (CRUZ, 2010).

A mensuração de QV deve ser realizada através da própria pessoa sobre sua percepção de QV, não sendo recomendado que a avaliação seja realizada por um profissional de saúde, devido à subjetividade do construto (SEIDL; ZANNON, 2004). Com esse objetivo de mensurar a QV de um indivíduo, vários instrumentos foram desenvolvidos, podendo ser de natureza objetiva ou subjetiva. Os instrumentos podem ser direcionados e adequados para situações gerais ou específicas e constituem em questionários que avaliam e medem sentimentos, autovalorização ou condutas, podendo ser aplicados através de entrevistas ou questionário auto-aplicável (MARÇAL, 2011; VIDO, 2006).

Há três correntes que exercem influência na construção de instrumentos de avaliação de QV: 1) funcionalismo, que se baseia em um estado normal para determinada idade e função social e seu desvio, caracterizado por indicadores individuais de capacidades; 2) teoria do bem estar, que envolve as reações subjetivas das experiências de vida, avaliando a competência do sujeito em minimizar sofrimento e aumentar sua satisfação; e 3) teoria da

utilidade, de base econômica, que abrange a escolha individual ao compararem um determinado estado de saúde a outro (VIDO, 006).

Os instrumentos de avaliação podem se categorizar a partir da perspectiva na qual se propõe avaliar, portanto, há instrumentos para avaliar a QV geral, a qualidade de vida relacionada à saúde e a QV relacionada a uma doença específica. Uma vez que a maternidade é uma condição de vida e não de doença, o instrumento recomendado para avaliar a QV em mulheres mães é o de QV geral, que abrange amplamente os diferentes componentes do construto QV, fornecendo embasamento para compreensão das motivações, desejos, oportunidades, satisfação e bem estar, em distintos domínios de sua vida (CRUZ, 2010).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida de mães adolescentes que vivenciaram a maternidade, em uma Unidade Básica de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia, Distrito Federal.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os perfis social, demográfico, ginecológicos e obstétricos das mães adolescentes que vivenciam a maternidade;
- Avaliar a qualidade de vida das mães adolescentes por meio do Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers (1985);

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa e descritiva.

A pesquisa transversal avalia a relação entre exposição e doença ou desfecho em uma população específica, pré-determinada, em um momento pontual. Fornece informações sobre como as variáveis se relacionam, apresentando a situação de determinada população em um dado momento. Detecta também frequências de desfechos ou fatores de risco, bem como identifica os grupos mais ou menos afetados dentro da amostra. Comparando esse delineamento de pesquisa com outras metodologias, percebe-se que se trata de um método de rápida execução e facilidade em sua aplicação (PEREIRA, 1995; BASTOS e DUQUIA, 2007).

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Ceilândia, Região Administrativa do DF, unidade a qual possui implantado o Programa de Atenção Integral ao Adolescente (PRAIA).

A população do estudo foi constituída por adolescentes, entre a faixa etária de 10 a 19 anos, residentes em Ceilândia – DF, que vivenciaram uma gravidez durante essa fase da vida, associado ao fato de terem participado da criação de seus filhos. Essas adolescentes foram identificadas por meio de busca ativa na lista de paciente contida no caderno de pré-natal do setor ginecológico do centro de saúde e através de busca a livre demanda das mães adolescentes que foram vacinar seus filhos no período de Junho a Setembro de 2013, portanto trata-se de uma amostra por conveniência.

Foram incluídas adolescentes, entre a faixa etária de 10 a 19 anos, que exercem a maternidade, independente do número de filhos e do tipo de parto; usuárias da UBS estudada e que aceitaram participar da pesquisa, com a devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Foram excluídas da amostra adolescentes que não participam da criação de seu (s) filho (s), por não vivenciar o processo de maternar e as que se recusaram a participar da pesquisa. A amostra final da pesquisa foi constituída por 23 mães adolescentes que responderam aos critérios de inclusão.

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos, o primeiro refere-se a um semiestruturado (APÊNDICE B) contendo questões abertas e fechadas relativas aos dados sócio-demográficos, antecedentes gestacionais e obstétricos das adolescentes e antecedentes da criança; construído pela pesquisado, com base nos conhecimentos adquirido a partir da disciplina Cuidados Integral à Saúde da Mulher e Criança, do curso de Enfermagem, da

Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia. O outro instrumento que avalia o IQV (ANEXO 1), o qual consiste em um instrumento genérico de avaliação da QV, construído por Ferrans e Powers (1985) e validado para a realidade brasileira pela pesquisadora Miako Kimura (1999). Composto por 33 itens em cada parte do questionário, que abrangem quatro dimensões distintas: 1) saúde/funcionamento – 13 itens; 2) socioeconômico – 8 itens; 3) psicológico/espiritual – 7 itens e 4) família – 5 itens.

O instrumento consiste em duas partes, no qual o sujeito atribui valores em uma escala crescente de satisfação e de importância, que varia de 1 a 6. Na primeira parte, a escala de satisfação varia de muito insatisfeito (1) a muito satisfeitos (6) e na segunda parte, a variação é de sem muita importância (1) a muito importante (6) (KIMURA; SILVA 2009). Para a avaliação e cálculo dos escores, os itens de satisfação são ponderados com seu item correspondente de importância, resultando em valores combinados, sendo os mais altos escores níveis altos de satisfação e importância e os mais baixos, baixa satisfação e alta importância. Os valores dos escores podem variar de 0 a 30, sendo que valores mais próximos de 30 indicam uma melhor QV e considera-se a ponderação do nível de satisfação com o nível de importância.

Os questionários foram administrados, no formato de entrevista, com todas as participantes. As entrevistas foram transcritas no momento da coleta de dados. Os encontros foram realizados no ambiente da unidade básica de saúde.

Nas análises dos dados as questões abertas do instrumento semi-estruturado foram categorizadas, agrupadas e analisadas descritivamente por meio de percentagens. Os dados advindos das questões fechadas foram analisados de forma descritiva com distribuição de frequência e percentuais. As informações advindas do instrumento do IQV foram descritas por: média, desvio padrão, valores mínimo e máximo. Em todas estas análises utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel 2010*®, sendo gerados gráficos e tabelas para apresentação dos dados.

Considerando-se os aspectos de cunho ético referentes a pesquisas desenvolvidas com seres humanos, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) do DF, sob o parecer de nº 284.793, em 27/05/2013, e registro de CAAE nº 14097813.6.0000.5553 (ANEXO 2).

5. RESULTADOS

A amostra da pesquisa foi constituída por 23 mães adolescentes, predominando-se a faixa etária de 16 a 19 anos (86,9%). A idade mais frequentemente encontrada foi 19 anos, média de 17,91 anos, com desvio padrão de 1,47. Em relação à situação conjugal, constatou-se que mais da metade das adolescentes possuíam união estável (52,2%), sendo 21,7% casadas e 26,1% solteiras. O nível de escolaridade predominante na amostra foi o Ensino Médio Incompleto (43,5%), percebeu-se que a minoria havia completado o Ensino Médio (21,7%). Observou-se que a maioria das mães adolescentes (91,4%) tem apenas um filho (**Tabela 1**).

No que se refere à ocupação, 47,8% das adolescentes são responsáveis por cuidar do domicílio e da família, com a ocupação “Do lar”, não exercendo atividade remunerada; 8,7% exerciam atividade remunerada e 4,3 % exercia atividade remunerada e estudava, dentre as atividades exercidas está o trabalho de vendedora e secretária. A ocupação exercida pelas mães adolescentes reflete na administração financeira da família, no qual a maioria depende de seu companheiro para a renda familiar, uma vez que 47,8% dos companheiros das entrevistadas são os principais provedores financeiros da família. A renda familiar predominante foi de 1 a 3 salários mínimos por mês (65,3%). No qual, a maioria das famílias constituíam-se por três membros residindo à mesma casa (56,5%), onde esses membros em sua maioria eram a entrevistada, seu companheiro e seu filho.

Tabela 1. Dados sócio-demográficos das mães adolescentes que vivenciam a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.

DADOS	Total	
	N	%
Faixa etária na entrevista		
13-16 anos	3	13,1 %
16 a 19 anos	20	86,9%
Situação Conjugal		
Casada	5	21,7%
União Estável	12	52,2%
Solteira	6	26,1%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	8	34,8%
Ensino Médio Incompleto	10	43,5%
Ensino Médio Completo	5	21,7%
Número de filhos		
Um	21	91,4%
Dois	1	4,3%
Três	1	4,3%
Ocupação		
Remunerada	2	8,7%
Do lar	11	47,8%
Estudante	6	26,1%
Desempregada	3	13,1%
Remunerada e Estudante	1	4,3%
Números de membros que residem na mesma casa		
Três membros	13	56,5%
Quatro membros	5	21,7%
Cinco membros	2	8,7%
≥ Seis membros	3	13,1%
Principal provedor da família		
Companheiro	11	47,8%
Entrevistada e Companheiro	3	13,1%
Mãe da entrevistada	3	13,1%
Pai da entrevistada	2	8,7%
Mãe e companheiro da entrevistada	2	8,7%
Mãe e outro membro da família	2	8,7%
Renda Familiar Mensal		
< 1 SM	2	8,7%
1 a 3 SM	15	65,3%
>3 SM	1	4,3%
Não soube informar	5	21,7%
TOTAL	23	100%

A gestação não foi planejada para 82,6% das mães adolescentes, no qual apenas 17,4% referiram ter planejado a gravidez. Em relação ao uso de método contraceptivo, 60,9% e 82,6% utilizavam algum tipo de contracepção antes e depois de engravidar, respectivamente (**Tabela 2**). Das mães que utilizavam método contraceptivo, predominou-se o uso do preservativo (57,1%) antes de engravidar e o uso da pílula anticoncepcional (57,9%) após a experiência da gestação (**Figura 1**).

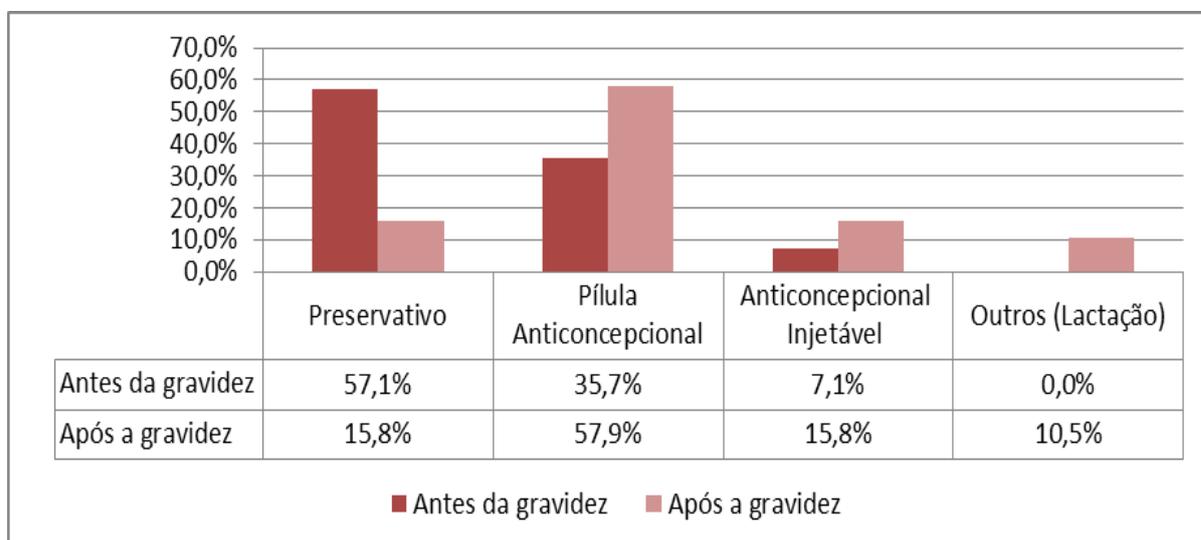
Considerando o momento em que a adolescente soube que seria mãe, 52,2% tiveram uma reação positiva e 47,8% tiveram uma reação negativa. No âmbito da família, 56,5% dos familiares tiveram uma reação positiva e 43,5% uma reação negativa. No momento em que a adolescente comunicou ao parceiro que estava grávida, 86,9% dos parceiros tiveram uma reação positiva em saber que seria pai, enquanto, 13,1% tiveram uma reação negativa (**Tabela 2**).

Quando a gravidez ocorreu 73,9% das adolescentes estavam estudando e 26,1% não estavam frequentando a escola. Das 17 adolescentes que estavam estudando quando soube da gravidez, 9 abandonaram os estudos (52,9%) e 8 continuaram estudando (47,1%). Das adolescentes que deixaram de estudar após a gestação, 6 abandonaram os estudos após o parto, para cuidarem de seus filhos; 1 abandonou após descobrir a gestação, pois tinha vergonha de ir gestante para a escola e 2 abandonaram por motivos não relacionados à gestação e sim com a distância da escola até a residência e com a obrigatoriedade de cursar a escola no turno noturno.

Tabela 2. Dados do histórico gestacional de mães adolescentes que vivenciam a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.

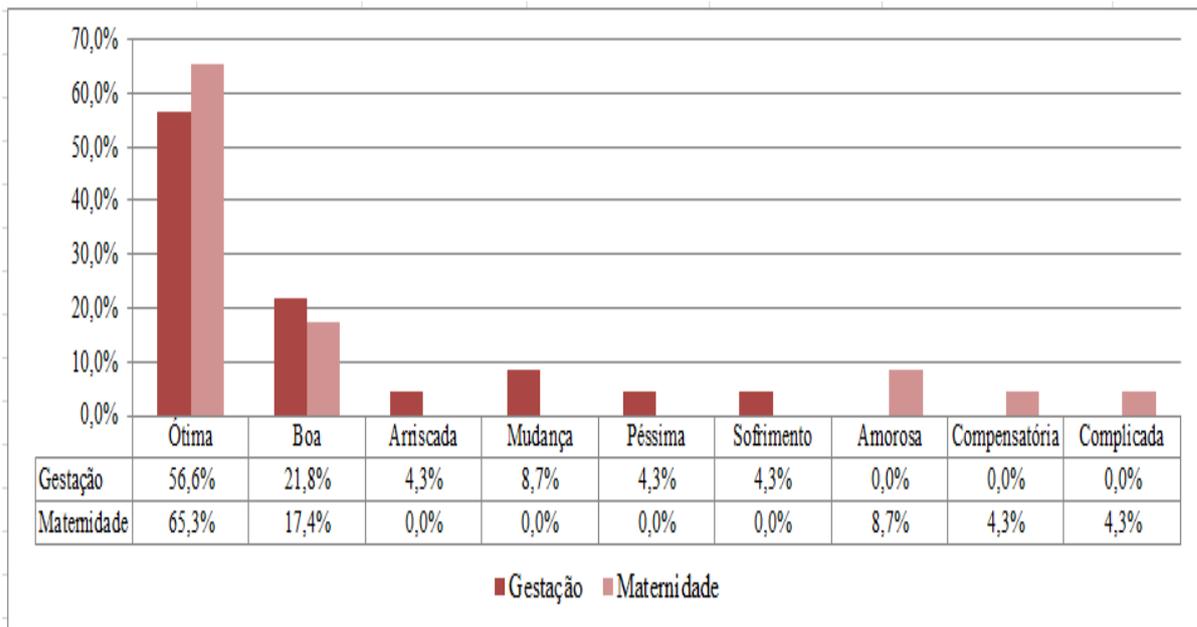
DADOS	N	Total	
			%
Planejamento da Gravidez			
Sim	4		17,4%
Não	19		82,6%
Uso de método contraceptivo antes de engravidar			
Sim	14		60,9%
Não	9		39,1%
Uso de contraceptivo atualmente			
Sim	19		82,6%
Não	4		17,4%
Reação materna ao saber da gravidez			
Positiva	12		52,2%
Negativa	11		47,8%
Reação da família ao saber da gravidez			
Positiva	13		56,5%
Negativa	10		43,5%
Reação paterna ao saber da gravidez			
Positiva	20		86,9%
Negativa	3		13,1%
Quando ocorreu a gravidez			
Estudante	17		73,9%
Não-estudante	6		26,1%
TOTAL	23		100%

Figura 1. Uso de método contraceptivo antes e após a gravidez. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.



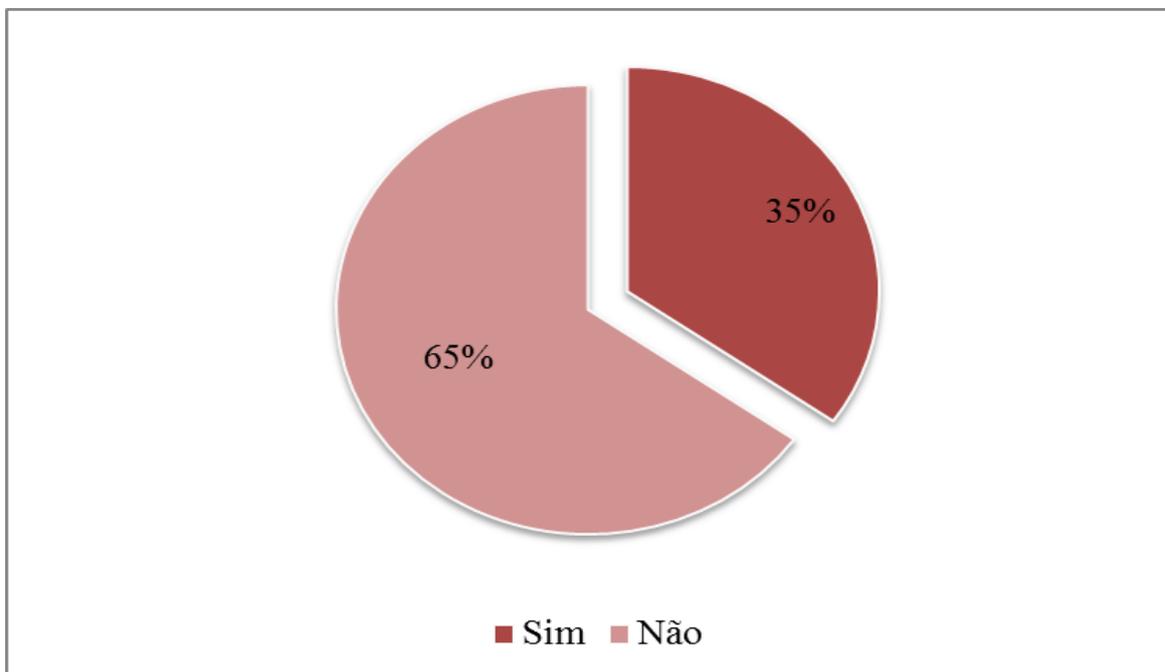
Para as adolescentes mães a gestação e a maternidade foram em sua maioria uma ótima experiência (56,6% e 65,3%, respectivamente), sendo uma boa experiência para 21,8% das mães durante a gestação e 17,4% durante a maternidade. Algumas adolescentes tiveram uma percepção negativa da gestação, considerando-a arriscada, devido aos riscos à saúde que a gestação na adolescência pode gerar, péssima e sofrida (4,3% cada). Tiveram as mães que consideraram a gestação como um período de mudança (8,7%), principalmente, pela responsabilidade que a adolescente deve adquirir nesse período. Por outro lado, as adolescentes consideraram a maternidade como uma experiência mais positiva, no qual 8,7% referiram-se a maternidade como sendo amorosa e 4,3% como sendo compensatória; para 4,3% das mães a maternidade é um período complicado, pois é difícil cuidar de uma criança, principalmente quando o filho era um recém-nascido (RN) (**Figura 2**).

Figura 2. Experiência e percepção das mães adolescentes durante a gestação e a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.



Após vivenciar a gestação e um período da maternidade, 65% das entrevistadas relataram não ter vontade de engravidar novamente, por outro lado, 35% das adolescentes possuem essa vontade, no qual pode-se destacar o quantitativo de adolescentes com vontade contrária a uma nova gestação (**Figura 3**).

Figura 3. Vontade de engravidar novamente de mães adolescentes que vivenciam a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.



Na tabela 3 estão apresentados os dados do histórico obstétrico das adolescentes, no qual se mostra que a maioria das adolescentes teve apenas uma gestação (82,6%). Predominando o parto normal como tipo de parto realizado (69,5%). Três adolescentes (13,1%) tiveram a vivência de um aborto. Houve complicação durante a gestação em sete mulheres (30,5%), dentre as complicações encontra-se: pré-eclâmpsia, parto prematuro, descolamento da placenta, infecção urinária e bolsa rota prematuramente.

Em relação à idade gestacional (IG) no momento do trabalho de parto, 52% das mães tiveram um parto a termo, com IG de 38 semanas a 40 semanas, 28% tiveram um parto prematuro (IG: < 38 semanas) e 12% tiveram um parto pós-termo (pós-datismo, IG: \geq 42 semanas) (**Tabela 3**). Os cálculos da porcentagem para a idade gestacional foram feitos considerando um total de 25, uma vez que uma das entrevistadas que respondeu teve 3 filhos. Outra entrevistada que teve mais de um filho não lembrava a idade gestacional.

Tabela 3. Dados do histórico obstétrico de mães adolescentes que vivenciam a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.

DADOS	Total	
	N	%
Número de Gestações		
Uma	19	82,6%
Duas	2	8,7%
Três	2	8,7%
Número de Partos Normais		
Um	14	60,9%
Dois	1	4,3%
Três	1	4,3%
Nenhum	7	30,5%
Número de Partos Cesáreos		
Um	7	30,5%
Nenhum	16	69,5%
Quantidade de Aborto		
Um	3	13,1%
Nenhum	20	86,9%
Complicação durante a gestação		
Sim	7	30,5%
Não	16	69,5%
TOTAL	23	100%
Idade Gestacional*		
< 38 semanas	7	28,0%
38 semanas a 41 semanas	13	52,0%
≥ 42 semanas	3	12,0%
Não lembra	2	8,0%
TOTAL	25	100%

*Os cálculos da porcentagem para a idade gestacional foram feitos considerando um total de 25, uma vez que uma das entrevistadas que respondeu teve 3 filhos. Outra entrevistada que teve mais de um filho não lembrava a idade gestacional.

Quanto aos dados neonatais e dos filhos das adolescentes, 30,5% dos recém-nascidos (RN) precisaram de algum tipo de assistência hospitalar após o nascimento, entre os cuidados necessários está a internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), devido às seguintes complicações: problemas respiratórios, anemia, icterícia e baixo peso ao nascer. Atualmente, três crianças (13,1%) possuem problema de saúde, especificamente, bronquite asmática (**Tabela 4**).

No que se refere ao aleitamento materno 100% das mães amamentaram seus filhos, sendo que a maioria ainda amamenta exclusivamente seus filhos, sem outros complementos alimentares (52,2%), estando dentre esses 12 com amamentação exclusiva, 75% em idade < 6 meses e 25% em idade igual a 6 meses. Entre as que deixaram de amamentar exclusivamente,

21,8% deu algum tipo de complementação alimentar antes dos 6 meses de idade. Predominou-se a amamentação até a faixa etária de menor a 6 meses de idade (53,8%), com 30,7% de mães que amamentaram seus filhos entre a idade de 6 meses a 1 ano e 15,4% que amamentaram até uma idade superior a 1 ano, sendo que 17 mães (65,9%) ainda amamentam seus filhos.

Tabela 4. Dados neonatais e da criança, filhos de mães adolescentes que vivenciam a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.

DADOS	Total	
	N	%
Assistência hospitalar ao RN		
Sim	7	30,5%
Não	16	69,5%
Número de Filhos Vivos		
Um	21	91,4%
Dois	1	4,3%
Três	1	4,3%
Problema de saúde na criança		
Sim	3	13,1%
Não	20	86,9%
Amamentação Materna		
Sim	23	100%
Não	-	-
Amamentação exclusiva		
Ainda amamenta exclusivamente	12	52,2%
Até < 6 meses	5	21,8%
Até 6 meses	4	17,4%
Até > 6 meses	1	4,3%
Não lembra	1	4,3%
Dificuldade em cuidar do filho		
Sim	4	17,4%
Não	19	82,6%
TOTAL	23	100%
Amamentação até a idade*		
<6 meses	14	53,8%
6 meses a 1 ano	8	30,7%
> 1 ano	4	15,4%
TOTAL	26	100%

*Os cálculos da porcentagem para a amamentação até a idade foram feitos considerando um total de 26, uma vez que duas entrevistadas tiveram mais de um filho.

Na tabela 5 estão apresentados os escores do IQV de Ferrans e Powers (1985), o escore total e por domínios: Saúde e Funcionamento, Socioeconômico, Psicológico/Espiritual

e Família. Os valores dos escores podem variar de 0 a 30, sendo que valores mais próximos de 30 indicam uma melhor QV e considera-se a ponderação do nível de satisfação com o nível de importância. Observa-se, que na percepção das mães adolescentes, o domínio com maior escore foi o familiar (26,6), seguido do domínio psicológico/espiritual (25,7) e com menor escore foi o domínio socioeconômico (19,9). Tendo-se um escore médio total igual a 23,9 para o IQV.

Tabela 5. Escores do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (1985) de mães adolescentes que vivenciam a maternidade. Região Administrativa de Ceilândia (DF), 2013.

Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers	Nº de Itens	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	N
Escore Total	33	23,9	3,7	23,9	17,5	29,1	23
Saúde e Funcionamento	13	23,8	5,3	24,9	8,1	29,5	23
Socioeconômico	8	19,9	4,4	18,8	13,6	29,3	23
Psicológico/Espiritual	7	25,7	4,5	26,8	15	30	23
Família	5	26,6	4,6	27,6	12,1	30	23

No domínio Saúde e Funcionamento havia 13 itens a serem respondidos pelas entrevistadas, os itens que obtiveram maiores médias de ponderação entre o nível de satisfação e importância, no qual pode-se obter escores de -15 a 15 para cada item do domínio, foram os itens: 26, “possibilidades de ter um futuro feliz?” e o 5, “capacidade para cuidar de si mesma sem ajuda de outra pessoa?”, com média 12,7 e 11,6 respectivamente. Nesse domínio, os itens que apresentaram menores médias foram: o item 18, “quantidade de preocupação em sua vida?” (M 2,5) e o item 3 “intensidade de dor que você sente?” (M 5,9).

No domínio com menor escore de qualidade de vida, o domínio socioeconômico, o item com maior média de ponderação (M 8,2) foi o que se referia a maneira como as entrevistadas administram seu dinheiro (item 24) e os com as menores médias: 22, “não ter trabalho?” e 19, “sua vizinhança?”, com média de -2,5 e 0,04, respectivamente.

No que se refere ao domínio que apresentou maior escore de QV, domínio família, o item com maior maior media de ponderação, entre a satisfação e importância, foi o item 9, “seus filhos?”, com média de 13,6 e o com menor média foi o item 8, “a saúde da sua família?”, com média de 9,2.

Em relação ao domínio psicológico/espiritual, obteve maior média de ponderação a questão sobre a fé em Deus, item 28, (M 13,7) e o menor média foi o item sobre a paz de espírito e tranquilidade das entrevistadas, item 27 (M 8,2).

Considerando os 33 itens do IQV, destaca-se que o item “Não ter trabalho?” foi o mais prejudicado para as adolescentes que vivenciam a maternidade e o relacionado com a fé em Deus foi o que obteve maior média de ponderação entre o nível de satisfação e importância, seguido pela satisfação e importância dos filhos.

6. DISCUSSÃO

Observou-se que a ocorrência da maternidade na adolescência apontou como faixa etária predominante a de 16 a 19 anos (86,96%), com maior prevalência na idade de 19 anos, fato que confere com outros estudos realizados no Brasil, que apresentam maior ocorrência na segunda metade da adolescência, 15 a 19 anos (ALMEIDA et al., 2003; SILVA et al. 2013; CAMINHA et al., 2012). Estudo realizado com puérperas adolescentes no Estado do Ceará encontrou predomínio da gestação na faixa etária de 15 a 19 anos (91%), porém, com a idade mais frequente encontrada de 17 anos (CAMINHA et al., 2012). Silva et al. (2013) acreditam que provavelmente a explicação para estudos encontrarem prevalência da gestação nessas faixas etárias é devido à natureza das pesquisas, de avaliação num espaço de tempo curto.

Por outro lado, Almeida et al. (2003) afirmam que nessa faixa etária adolescente pode-se considerar habitual, quando há o início precoce de atividades sexuais, o ato da prática sexual resultar em gravidez ou em casamento. Afirmação que pode ser encontrada nos resultados apresentados quando se observa a porcentagem de adolescentes em situação de união estável (52,16%) e casamento (21,73%), enquanto apenas 26,09% das mães se enquadravam em situação conjugal solteira. A grande ocorrência de uniões estáveis e o pequeno número de casamentos formais, em uma classe social baixa, relacionam-se com uma possível imposição social para que o casal em situação de gestação precoce formalize uma união e passe a conviver na mesma residência ou ter uma independência financeira dos pais (CHALEM et al., 2007).

Percebeu-se que em sua maioria as adolescentes residiam com seu companheiro e filho, não sendo uma frequência a nova composição familiar passar a se unir com a família de origem. Contestando os achados de Chalem et al. (2007), os quais apresentam a junção de moradia da mãe, bebê e companheiro com a família de procedência, compondo, assim, vários núcleos familiares compartilhando um mesmo espaço físico, organização familiar e renda.

Comumente, a gestação adolescente não é uma ação planejada, como observado 82,6% das mães estudadas não haviam planejado a gravidez. Tal achado também foi encontrado pelos estudos de Stefano et al (2011) e Soares e Lopes (2011), no qual as adolescentes em sua maioria não haviam planejado a gestação. Os autores supracitados (2011) consideram que a gravidez não planejada pode constituir um obstáculo e um possível desvio dos projetos de vida, enquanto, por outro lado, nos casos em que as adolescentes encontram-se casadas, o filho constitui um projeto de vida, partindo da ideia que ao serem mãe e responsável pela casa estão cumprindo com um papel social.

Porém, é importante salientar que mesmo considerando as possíveis consequências negativas da gestação no desenvolvimento da adolescente e do bebê, há casos nos quais a gestação pode ser almejada, passando assim por um planejamento, por se associar a aspectos positivos desencadeantes na vida das pessoas que a experimentam (PATIAS et al., 2011).

Adolescentes que engravidam sem um planejamento prévio podem relacionar essa ocorrência à ausência ou falha na anticoncepção, devido à falta de conhecimento ou dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos (HOGA, 2008). Os dados dessa pesquisa mostram que a maioria das adolescentes (60,87%) utilizava algum tipo de contracepção antes de engravidar e que essa porcentagem aumentou para 82,6% após a vivência da gestação. Por outro lado, Soares e Lopes (2011) afirmam que a experiência da maternidade não influencia, necessariamente, nas mudanças de atitudes anticoncepcionais, principalmente quando se observa adolescente tendo mais de uma gestação não planejada.

No que se refere ao perfil contraceptivo das adolescentes observou-se que houve uma mudança na preferência de método anticoncepcional antes e após a gravidez. No qual, antes de engravidar as adolescentes utilizavam em sua maioria (57,14%) o preservativo como método contraceptivo e após a gestação o método preferível foi a pílula anticoncepcional (57,89). São métodos mais utilizados, entre os adolescentes, o preservativo masculino e a pílula anticoncepcional, afirmação confirmada pelo estudo de Alves e Lopes (2008), o qual investigou o uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários.

A descoberta da gravidez foi enfrentada de maneira positiva pela maioria das entrevistas (56,52%), mesmo com a elevada taxa de não planejamento gestacional. Apresentam-se como reações maternas quanto à gravidez: alegria, susto, felicidade, preocupação, orgulho, culpa e medo (SOARES; LOPES, 2011; STEFANO et al., 2011; LEVANDOWISKI et al., 2008). Por outro lado, a pesquisa de Silva e Salomão (2003) apresentou uma tendência a reações iniciais desfavoráveis frente à descoberta da gestação.

A gestação na adolescência possui riscos à saúde, maternos e neonatais, na saúde materna há maiores riscos de ocorrer hipertensão arterial (pré-eclâmpsia ou eclâmpsia), complicações no parto, disfunções uterinas, infecções durante a gestação, hemorragias pós-parto e taxas de mortalidade. Em relação à saúde neonatal há aumento da incidência de anemia, baixo peso ao nascer, prematuridade, baixo índice de apgar do bebê, epilepsia e morte neonatal (PATIAS et al., 2011; STEFANO et al., 2011; LEVANDOWISKI et al., 2008). Os resultados desse estudo demonstraram a concretude dos riscos descritos na literatura, visto que 30,43% das adolescentes vivenciaram uma complicação de saúde durante a gestação, sendo elas: pré-eclâmpsia, parto prematuro, descolamento da placenta, infecção urinária e bolsa rota

prematuramente e, a mesma porcentagem de RN (30,43%) precisou de assistência hospitalar devido alguma complicação neonatal, sendo citado, problemas respiratórios, anemia, icterícia e baixo peso ao nascer.

No que tange à percepção das adolescentes em relação à gestação e maternidade, percebeu-se que a maioria considerou essas duas experiências de vida como ótima ou boa. Contudo, a gestação obteve uma relação maior com características negativas, como arriscada, péssima e sofrida, enquanto a maternidade foi caracterizada de forma mais positiva, como: amorosa e compensatória, tendo apenas um adjetivo menos positivo, complicada. Essa mudança de percepção da gestação à maternidade pode se dá devido à adaptação da situação ao longo do tempo de vivência, no qual há uma melhora no enfrentamento das possíveis ocorrências, portanto, considera-se que mesmo inicialmente haja um impacto negativo, a maternidade passa a ser avaliada de uma forma positiva (LEVANDOWSKI et al., 2008).

Patias et al. (2011) relatam que a gestação e a maternidade podem ser percebidas por dois padrões de experiência: um positivo, decorrente do sentimento de satisfação e afeto do filho; e outro negativo, relacionado aos sentimentos de estresse e depressão ligados a essa vivência. Desse modo, possivelmente, a criação de laços afetivos da mãe com seu filho pode ser contribuinte para a percepção positiva da maternidade.

Hoga (2008) afirma que há a predominância de sentimentos positivos em relação à maternidade devido a melhora da qualidade de vida que ocorre às mães. Em relação a esta afirmativa pode-se observar nos resultados deste estudo este impacto na qualidade de vida das mães durante a maternidade, visto que apresentaram uma média consideravelmente boa do IQV, uma vez que o escore máximo a ser obtido é 30 e a média apresentada foi de 23,9. Observando os escores médios apresentados por domínio percebe-se que o domínio com menor escore médio foi o socioeconômico (19,9) e o com a maior média de escore foi o domínio família (26,6).

Comparando os resultados obtidos nessa pesquisa com os de outros estudos os quais utilizaram o IQV para a avaliação da qualidade de vida de mulheres em situação de gestação, puerpério mediato e na maternidade, percebeu-se uma semelhança dos resultados com a pesquisa realizada por Ferreira et al. (2013), na qual pesquisaram adolescentes após a maternidade e obtiveram o domínio socioeconômico com o menor escore atribuído (17,34) e o domínio família com o maior escore (25,31), tendo o IQV geral uma média de 21,48.

Lara (2008) avaliou a qualidade de vida utilizando o IQV de mulheres em puerpério mediato e, em conformidade com os dados anteriormente apresentados, em sua pesquisa o domínio família apresentou o maior escore (28,5) e o domínio socioeconômico, o menor

escore (23,5), com um IQV geral de 25,82. No estudo de Vido (2006), o qual avaliou a QV de mulheres grávidas, os resultados também seguiram essa tendência, o domínio família com o maior escore (27,24) e o domínio socioeconômico com o menor escore (21,44).

Na pesquisa realizada por Silva e Salomão (2003) a maternidade enquanto exercício, em sua maioria, foi destacada como uma concepção favorável, sendo considerado pelos autores uma forma de desmistificar o pensamento que relaciona a maternidade com um “terromoto” na vida das jovens que a vivenciam.

A gestação e maternidade também foram interpretadas como um momento de mudanças por algumas adolescentes, considerando, principalmente, o quesito da responsabilidade e amadurecimento. No período gestacional há a reestruturação dos papéis desenvolvidos pela mulher, podendo haver conflitos psíquicos e profundas transformações da identidade feminina. Após o nascimento do bebê, destaca-se o amadurecimento das mães, pois a maternidade favorece a responsabilidade e a maturidade. O aumento da maturidade pode ser devido à vida difícil que as jovens presenciaram ou do próprio momento de transição para a vida materna, o qual representa um desafio de vida (LEVANDOWSKI et al., 2008; PATIAS et al., 2011).

O aleitamento materno foi relatado por 100% das entrevistadas, no qual a maioria ainda amamenta seus filhos com idade ≤ 6 meses de forma exclusiva (53,17%). O aleitamento materno exclusivo se faz importante para a prevenção de infecções, proteção contra quadros graves de infecção respiratória, devido à imunoproteção fornecida pelo leite materno, previne quadros graves de diarreia, prevenindo assim os índices de mortalidade e morbidade infantil. Portanto, devido à importância da amamentação exclusiva, o MS recomenda essa o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, que após esse período seja iniciada a alimentação complementar de forma gradativa (TOMA; REA, 2008).

A investigação da QV dessas adolescentes mostrou que o Domínio Socioeconômico é o com maior prejuízo, por ter apresentado menores escores do IQV. Infere-se que esse dado encontrado pode possuir influência dos dados sócio-demográficos apresentados, uma vez que apontam um prejuízo na formação escolar, na ocupação profissional e na renda familiar. Devido ao fato da maioria das participantes não terem completado o Ensino Médio, não possuem atividade remunerada, dependerem de seu companheiro financeiramente, abandonarem os estudos e com renda familiar predominante entre 1 a 3 SM.

Em relação ao nível de escolaridade, Stefano et al. (2011), consideram a gestação como um fator que contribui inversamente para o nível educacional das adolescentes mães, sendo uma população caracterizada por nível menor de escolaridade. Kassar et al. (2006),

concordam com os autores primeiramente citados no que diz respeito à maternidade estar relacionada com o afastamento e dificuldade nos estudos, porém, destacam a necessidade de se considerar que podem existir outros fatores sociais e econômicos interferindo no processo de escolarização. Como identificado por esse estudo, no qual a maioria das mães deixou de estudar por motivos relacionados à gestação, no entanto, houve casos em que as adolescentes não abandonaram a escola por motivos perinatais.

A gravidez e maternidade adolescentes estão relacionadas com a evasão escolar, no qual ocorre por uma renúncia materna para se adaptar à nova experiência de vida (PATIAS et al., 2011; OLIVEIRA-MONTEIRO et al., 2011), uma vez que o abandono escolar está muitas vezes interligado com a necessidade de permanecer em casa para cuidar de seu filho, como observado nos resultados apresentados. O estudo de Silva e Salomão (2003) traz como uma possível consequência do abandono escolar a imposição das avós dos bebês às mães adolescentes em descontinuar com os estudos para poder cuidar da criança. Motivo que não corrobora com os encontrados nesse estudo, visto que essa exigência foi imposta pelas próprias entrevistadas e não por suas mães.

As participantes do estudo realizado por Soares e Lopes (2011), consideram como projeto de vida mais prejudicado pela maternidade, a continuidade dos estudos. Sendo a impossibilidade de manter a frequência escolar e/ou um trabalho remunerado definido, pelos autores, como internalidade feminina, pois a maternidade adolescente retira as jovens do espaço público, confinando-as ao ambiente domiciliar. Vale ressaltar que essa ocorrência relaciona-se com a falta de sustentação social e familiar para as mulheres continuarem a investir na escolaridade e no trabalho.

O fato da maternidade não possuir uma relação intrínseca com o ingresso das adolescentes ao trabalho, faz com que as mesmas passem a se tornar dependentes dos outros como forma de garantir a sua subsistência, podendo, depender do companheiro, da mãe, do pai, ou de outras pessoas. Considerando esses aspectos percebe-se que o desenvolvimento econômico de jovens em situação de gestação precoce pode ser influenciado negativamente pelo baixo nível de escolarização e de situação socioeconômica familiar, bem como pela instabilidade conjugal enfrentada por algumas adolescentes (DIAS; AQUINO, 2006; LEVANDOWSKI et al., 2008; HOGA, 2008; SOARES; LOPES, 2011; PATIAS et al., 2011). As mães entrevistadas atribuíram ser importante ter um trabalho e níveis de satisfação baixos ao fato de não ter uma ocupação renumerada, fato que foi representado pela média baixa na ponderação entre o nível de satisfação e importância à pergunta “Ter um trabalho?”.

Referindo-se à dificuldade de acesso no mercado de trabalho, Hoga (2008) salienta que adolescentes em condição de maternidade vivenciam uma vulnerabilidade psicopatológica e riscos sociais, uma vez que há o enfrentamento de dificuldades de inserção ao trabalho, com prejuízos ao bem estar econômico e social.

O Domínio Família foi o que apresentou maior escore do IQV entre as adolescentes, com destaque para a satisfação e importância dos filhos. O papel da família na vida da adolescente em situação de gestação ou maternidade é considerado fundamental, pois representa uma grande fonte de apoio. O apoio familiar durante a gestação relaciona-se com a decisão da jovem de manter ou interromper a gravidez (LEVANDOWISKI et al., 2008). Por outro lado, durante a maternidade a ajuda familiar se dá no âmbito do cuidado com o bebê, normalmente, prestada por um familiar ou por uma pessoa próxima à puérpera. Esta ajuda é esperada pelas adolescentes, visto que pode haver insegurança pela falta de experiência em realizar os cuidados com o filho sozinhas (SILVA et al., 2009).

Segundo Levandowski et al. (2008), geralmente, o apoio familiar às gestantes e mães adolescentes acaba ocorrendo. E, que uma atitude de rejeição familiar pode ser decorrente de aspectos sociais bem pontuados, relacionados com preconceitos sociais.

A maioria dos familiares e companheiros demonstrou uma reação positiva quando soube da gravidez (56,52 e 86,95, respectivamente), essa demonstração de satisfação e felicidade em relação à gestação da adolescente pode ser considerada como um apoio imediato da família e companheiro. Portanto, é importante considerar que a felicidade e o orgulho podem ser uma experiência da família, geralmente, ocorrendo mobilização dos membros da família em torno da adolescente, estruturando uma verdadeira rede de ajuda à mãe e ao bebê (PATIAS et al., 2011). Todavia, sabe-se que poucas são as famílias as quais aceitam a situação de gravidez adolescente, lidando com compreensão e afeto com as jovens (MOREIRA et al., 2008).

7. CONCLUSÕES

Os resultados dessa pesquisa permitiram um conhecimento e análise dos pontos relevantes para a QV das adolescentes participantes que vivenciaram a maternidade na Região Administrativa Ceilândia (DF) e apontam para a importância de se considerar as diferentes variáveis para compreender de forma integral e holística os aspectos que interferem negativamente ou positivamente na vida dessas adolescentes.

Pode-se destacar que o domínio socioeconômico foi o mais prejudicado, apresentando menor escore de QV, demonstrando o aspecto de maior impacto na vida dessas mães adolescentes, no qual reafirma o problema social que as adolescentes em situação de maternagem enfrentam. Já o domínio família apresentou o maior escore na QV das adolescentes mães, o que provavelmente é um dos aspectos mais positivos nas relações de vida das entrevistadas, fato que pode estar associado ao apoio da família destinado à transição para o papel de mãe.

Considerar uma boa e melhor QV é um fato importante para reverter as possíveis dificuldades que a maternidade deposita na vivência das adolescentes. Atitudes devem ser tomadas para atingir a promoção das diversas dimensões da vida das mulheres, inclusive pelos profissionais de saúde, a fim de alcançar uma educação de saúde efetiva, para que as informações necessárias sejam disponíveis as adolescentes que iniciem sua vida sexual; uma promoção de saúde, prevenção de riscos e fornecimento de apoio social no período de transição para a vida maternal.

Os achados demonstram a realidade local de uma Unidade Básica da Região Administrativa do DF, Ceilândia. Desse modo, sugere-se a replicação do estudo em outras realidades de Regiões Administrativa do DF, Municipais, a fim de obtermos perfis mais representativos de adolescentes que vivenciam a maternidade.

Apresentou-se como limitações deste estudo: o tamanho amostral do estudo, que dificultou a realização de testes estatísticos de correlação do índice do IQV e seus domínios, com as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas; delineamento transversal, o qual não permite o estabelecimento de relações causais ou a observação da melhora da QV com a implementação de ações destinadas às adolescentes que vivenciam a maternidade.

REFERÊNCIAS

ABECHE, A. M. **Avaliação da percepção de qualidade de vida em puérperas adolescentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre** [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008. p. 26-29.

ALMEIDA, A. M. de et al. Maternidade na adolescência: um desafio a ser enfrentado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 5, p. 519-522. 2003.

ALMEIDA, I. S. de et al. O adolescer... um vir a ser. **Adolescência & Saúde**, v. 4, n. 3, p. 24-28. 2007.

ALMEIDA, M. A. B. et al. Qualidade de vida: definições e conceitos. In: _____. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP. 22 ed, 2012. p. 13-31.

ALVES, A. S. A.; LOPES, M. H. B. M. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n.2, p. 170-7. 2008.

AMARAL, M. A.; FONSECA, R. M. G. S. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 469-76. 2006.

ARAÚJO, A. C. **Adolescer saudável na ótica de adolescentes** [dissertação]. Rio Grande: Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2008. p. 21-23.

ARAÚJO, A. C. et al. Relacionamentos e interações no adolescer saudável. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n.1, p. 136-42. 2010.

BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232. 2007.

BENINCASA, M. **Avaliação da qualidade de vida e uso de drogas em adolescentes do município de São Paulo** [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010. p.25-27.

BERGAMIN, M. D.; BORGES, A. L. V. Fatores associados à iniciação sexual entre adolescentes da Zona Oeste do Município de São Paulo. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 3, p. 420-428. 2009.

BRÊTAS, J. R. S. et al. Os rituais de passagem segundo adolescentes. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n.3, p. 404-411. 2008.

BUSANELLO, J. et al. Sexualidade na adolescência: Realidade de uma comunidade rural. **Rev. Rene**, v. 10, n.1, p.62-71. 2009.

CAMINHA, N. O. et al. O perfil das puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza-Ceará. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 486-492. 2012.

CHALEM, E. et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio0demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 177-186. 2007.

CRUZ, L. N. **Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre** [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. p. 29-40.

CRUZ, T. J. Adolescente, família e o profissional de saúde. **Adolescência & Saúde**, v. 4, n. 3, p. 45-50. 2007.

DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p. 1447-1458. 2006.

DINIZ, N. C. **Gravidez na adolescência: Um desafio social** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Minas Gerais: Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família, Universidade Federal de Minas Geral, 2010. p. 16-19.

FERREIRA, F.M. et al. Qualidade de vida de adolescentes após a maternidade. **Acta Paul Enferm.**, vol. 26, n.3, p. 245-9. 2013.

FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Manifestações de gênero no processo de adolescer. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 231-237. 2004.

GROSSMAN, E. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. **Adolescência & Saúde**, v. 7, n. 3, p. 47-51. 2010.

HOGA, L. A. K. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: Experiências reveladas pela história oral. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 2. 2008.

KASSAR, S. B. et al. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n. 4, p. 397-403. 2006.

KIMURA, M.; SILVA, J. V. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. **Rev. Esc, Enferm. USP**, v. 43 (esp), p. 1098-1104. 2009.

LARA, A.C.L. **Qualidade de Vida no puerpério mediato** [dissertação]. Guarulhos: Universidade Guarulhos, 2008. p. 37.49.

LEVANDOWSKI, D. C. et al. Maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 251-263. 2008.

MARÇAL, F. **Avaliação da qualidade de vida de adolescentes após a maternidade** [dissertação]. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2011. p. 22- 39.

MORAES, S. P.; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n.1, p. 48-52. 2012.

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

NASCIMENTO, M. G. et al. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolescência & Saúde**, v. 8, n.4, p. 41-47. 2011.

NASCIMENTO, J. A. et al. Adolescentes gestantes: o significado da gravidez em suas vidas. **Adolescência & Saúde**, v. 9, n.3, p. 37-46. 2012.

OLIVEIRA-MONTEIRO, N. R. et al. Gravidez e maternidade de adolescentes: fatores de risco e proteção. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.**, v. 21, n. 2, p. 198-209. 2011.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 34, supl. 1, p. 105-115. 2007.

PATIAS, N. D. et al. Considerações sobre a gestação e a maternidade na adolescência. **Mudanças – Psicologia da saúde**, v. 19, n. 1-2, pg. 31-38. 2011.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

REATO, L. F. N. et al. Introdução. In: SECRETÁRIA DA SAÚDE. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2006. p. 17.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde**. 2011. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm#demog> >. Acesso em: 07/02/2013.

RODRIGUES, D. P. et al. O adolescer e ser mãe: representações sociais de puérperas adolescentes. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 455-462. 2009.

ROEHRS, H. et al. Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental. **Rev. Esc, Enferm. USP**, v. 44, n.2, p.421-428. 2010.

SANT'ANA, M. C. et al. Adolescência e direitos reprodutivos: elementos para o debate sobre uma proposta educativa em saúde. In: COELHO, E. B. S. et al. **Saúde da Mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006. p. 69-94.

SCHWARTZ, T. et al. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.5, p. 2575-2585. 2011.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 5080-588. 2004.

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

SILVA, A. S. et al. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n.1, p. 48-56. 2009.

SILVA, D. V. da; SALOMÃO, N. M. R. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 135-145. 2003.

SILVA, R. C.; CALVO, M. C. M. Adolescência e gestação precoce em Florianópolis, SC. In: COELHO, E. B. S. et al. **Saúde da Mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006. p. 69-94.

SILVA, J. B. S. et al. Encontros e desencontros na trajetória percorrida pelos adolescentes a partir da gravidez. In: COELHO, E. B. S. et al. **Saúde da Mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006. p. 69-94.

SOARES, J. S. F.; LOPES, M. J. M. Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamentos rurais no Rio Grande do Sul. **Rev. Esc Enferm. USP**, v. 46, n. 4, p. 802-810. 2011.

STEFANO, D. D. et al. Caracterização das condições sociais e de saúde de mães adolescentes no primeiro ano pós-parto em um Município do Estado de São Paulo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p.795-812. 2011.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M. de. Aspectos éticos e legais no atendimento à saúde de adolescentes. **Adolescência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 10-14. 2005.

TOMA, T.S.; REA, M.F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, vol. 24, sup. 2, p. S235-S246. 2008.

VENTURA, M.; CORRÊA, S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p. 1505-1509. 2006.

VIDO, M. B. **Qualidade de vida na Gravidez** [dissertação]. Guarulhos: Universidade de Guarulhos, 2006. p. 13-16.

APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: **Avaliação da Qualidade de Vida de Adolescentes que vivenciam a Maternidade**. O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida de mães adolescentes usuárias de uma Unidade Básica de Saúde da Região Administrativa Ceilândia, Distrito Federal.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação nesta pesquisa se dará por meio das respostas a um questionário e a uma escala composta de perguntas objetivas. Terá duração aproximada de 20 minutos para a resposta dos mesmos.

Informamos que a você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com as pesquisadoras: Brunna Carvalho Viana Campos (3362-9252/8123-9052) ; Professora Josiane Maria Oliveira de Souza (3356-5778/8166-1861) e Professora Gisele Martins (82036118).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: 33254955

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o senhor (a).

Nome e assinatura da entrevistada

Nome e assinatura do Responsável

Assinatura da pesquisadora

Brasília, ___ de _____ de 2013.

APÊNDICE B. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número _____

Data da entrevista ___/___/____

I) Dados sociodemográficos

1. Data de Nascimento ___/___/____ 2. Idade: _____ anos

3. Naturalidade:

4. Situação conjugal: () Casada () Solteira () Divorciada () Tem um companheiro

() Separada () Viúva

Se tem companheiro: Qual a idade do seu companheiro? _____ anos

5. Escolaridade:

() Sem estudos

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo

6. Número de filhos e respectivas idades:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

7. Profissão/Ocupação: () Estudante () Dona de casa () Trabalha.

Se trabalha: Qual a atividade? _____

Qual a jornada de trabalho? _____

Onde a criança fica, enquanto você trabalha, ou com quem?

9. Número de membros da família (reside na mesma casa): _____

10. Quem é o principal provedor da família? _____

11. Renda média mensal da família: _____ reais

II) Histórico gestacional

14. Sua gravidez foi planejada? () Sim () Não
15. Antes de engravidar, você fazia uso de algum método contraceptivo?
() Sim () Não Qual? _____
16. Atualmente, você está fazendo uso de algum método contraceptivo?
() Sim () Não Qual? _____
17. No momento que soube que estava grávida, sua reação foi: () positiva () negativa
18. Quando soube que estava grávida, a primeira reação da sua família foi:
() positiva () negativa
19. Atualmente, como você descreveria a relação da sua família com você e com a criança: _____

19. Quando soube que estava grávida, a primeira reação do pai do seu filho (a) foi:
() positiva () negativa
19. Atualmente, como você descreveria a relação do pai do seu filho (a) com você e com a criança: _____

20. Você estava estudando quando soube da gravidez? () Sim () Não
- 20.1. Se sim, continuou estudando durante a gestação? () Sim () Não
21. Se abandonou os estudos, qual foi o motivo? _____

22. Se fosse possível descrever a experiência da **gestação** em uma palavra, qual seria?

23. Se fosse possível descrever a experiência da **maternidade** em uma palavra, qual seria?

III) Dados Obstétricos e da Criança

24. Gestações: ___ Partos Normais: ___ Partos Cesáreas ___ Abortos: ___

25. Idade gestacional no parto, dos respectivos filhos:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

26. Teve alguma complicação durante alguma gestação? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

Se mais de uma gestação, em qual? _____

27. O bebê precisou de algum cuidado especial no hospital? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

28. Número de filhos vivos: _____

29. Atualmente, seu (s) filho (s) tem algum problema de saúde? () Sim () Não

Se sim, Quais? _____

30. Você amamentou seu bebê? () Sim () Não

Se amamentou, foi amamentação exclusiva por quanto tempo? _____

Amamentou seu filho até qual idade? _____

Se não amamentou, qual foi o motivo? _____

31. Você sentiu alguma dificuldade em cuidar do seu filho () Sim () Não

Se sim, quais? _____

31. Você tem vontade de engravidar novamente? () Sim () Não

ANEXO 1. ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS

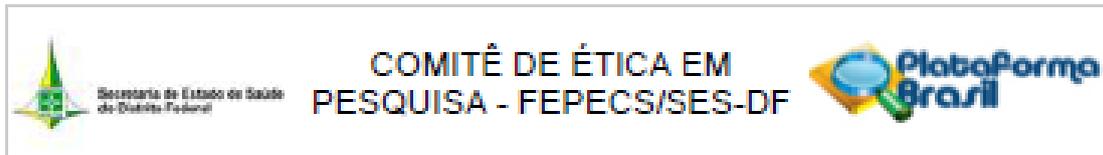
Parte 1. Para cada alternativa, por favor, escolha a resposta que melhor descreva como você está satisfeita com cada área da sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

Quanto você está satisfeita com...	Muito Insatisfeita	Moderadamente Insatisfeita	Pouco Insatisfeita	Pouco Satisfeita	Moderadamente Satisfeita	Muito Satisfeita
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. A intensidade de dor que você sente?	1	2	3	4	5	6
4. A energia que você tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. Sua capacidade para cuidar de si mesma sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
6. O controle que você tem sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
7. Sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
8. A saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Seu esposo, namorado ou companheiro?	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio emocional que você recebe de sua família?	1	2	3	4	5	6
15. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
16. Sua capacidade para cuidar das responsabilidades da família?	1	2	3	4	5	6
17. O quanto você é útil para os outros?	1	2	3	4	5	6
18. A quantidade de preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20. Sua casa, seu apartamento ou com o lugar que você mora?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho (se tiver algum trabalho, com ou sem remuneração)?	1	2	3	4	5	6
22. O fato de não ter um trabalho (se desempregada, aposentada ou incapacitada)?	1	2	3	4	5	6
23. Seu nível de escolaridade?	1	2	3	4	5	6
24. A maneira como você administra o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
25. As suas atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
26. Suas possibilidades de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
28. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
29. A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
30. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
31. Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
32. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
33. Você mesma de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Parte 2. Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descrever **o quanto importante** é para você está com este aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente Importante	Muito Importante
Quanto você está satisfeita com...						
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. Não ter dor?	1	2	3	4	5	6
4. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. Cuidar de si mesma sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
6. Ter controle sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
7. Viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
8. A saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Seu esposo, namorado ou companheiro?	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
15. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não da sua família?	1	2	3	4	5	6
16. Cuidar das responsabilidades da família?	1	2	3	4	5	6
17. Ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
18. Não ter preocupações?	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20. Sua casa, seu apartamento ou o lugar onde você mora?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho (se tiver algum trabalho, com ou sem remuneração)?	1	2	3	4	5	6
22. Ter um trabalho (se desempregado, aposentado ou incapacitado)?	1	2	3	4	5	6
23. Seu nível de escolaridade?	1	2	3	4	5	6
24. Ser capaz de administrar o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
25. Ter atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
26. Ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
28. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
29. Realizar seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
30. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
31. Estar satisfeita com a vida?	1	2	3	4	5	6
32. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
33. Ser você mesma?	1	2	3	4	5	6

ANEXO 2. PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Qualidade de Vida de Adolescentes que Vivenciam a Maternidade

Pesquisador: Josiane Maria Oliveira de Souza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14097813.6.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 284.793

Data da Relatoria: 27/05/2013

Apresentação do Projeto:

A maternidade adolescente é um problema em constante crescimento no Brasil, que envolve questões médicas, biológicas, sociais, econômicas, culturais e psicológicas, relacionadas entre si, podendo acarretar impacto na qualidade de vida das adolescentes e riscos para a gestante e concepto (SILVA; CALVO, 2006). Constitui-se assim um binômio médico-social de amplitude considerável, no qual merece a atenção dos profissionais de saúde, ampliando as ações de prevenção e orientação a essas adolescentes em situação de gestação precoce.

Objetivo da Pesquisa:

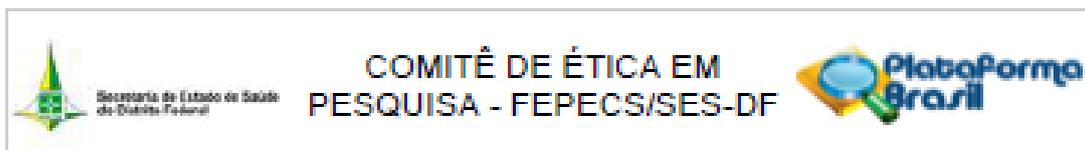
Objetivo Geral

Avaliar o índice de qualidade de vida de mães adolescentes que vivenciam a maternidade em uma Unidade Básica de Saúde da Região Administrativa Ceilândia, Distrito Federal.

Objetivo Específico

- Descrever os perfis social, demográfico, ginecológicos e obstétricos das mães adolescentes que vivenciam a maternidade;
- Correlacionar os escores de qualidade de vida com os dados sociodemográficos, obstétricos das adolescentes e os antecedentes da criança.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-004
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (51)3325-4055 Fax: (33)3325-4055 E-mail: cepes-df@saude.df.gov.br



Continuação do Parecer 204.793

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os objetivos do estudo estão claramente definidos. Os sujeitos foram adequadamente identificados. A beneficência para os usuários está clara. Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos da pesquisa. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, que será desenvolvido com adolescentes que estão vivenciando a maternidade no momento da investigação.

A pesquisa transversal avalia a relação entre exposição e doença ou desfecho em uma população específica, pré-determinada, em um momento pontual. Fornece informações sobre como as variáveis se relacionam, apresentando a situação de determinada população em um dado momento. Detecta também frequências de desfechos ou fatores de risco, bem como identifica os grupos mais ou menos afetados dentro da amostra. Comparando esse delineamento de pesquisa com outras metodologias, percebe-se que se trata de um método de rápida execução e facilidade em sua aplicação (PEREIRA, 1995; BASTOS e DUQUILA, 2007).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Fazem parte do projeto de pesquisa: folha de rosto devidamente preenchida, termo de concordância da diretora do HRC, Curriculum vitae do pesquisador responsável e demais pesquisadores, planilha de orçamento, referências bibliográficas, cronograma e TCLE.

Recomendações:

*Retirar do TCLE a frase que não há prejuízos de nenhuma forma para as pacientes. Pendência não atendida, pois pode ocorrer prejuízos psicológicos de constrangimento, etc. Portanto, deve ser retirada a frase acima citada do TCLE. Pendência atendida.

Colocar telefone (33254955) do CEP/FEPECS em todo TCLE impresso.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência atendida.

Situação do Parecer:

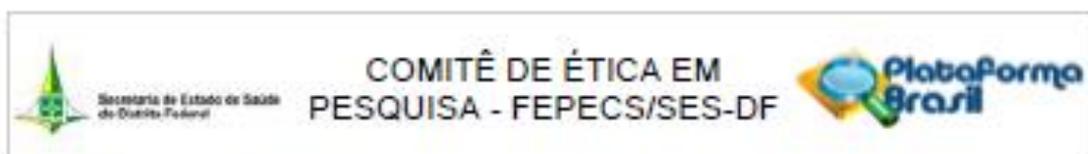
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASANORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br



Continuação do Parecer: 204.793

BRASILIA, 27 de Maio de 2013

Assinador por:
Iulz fernando galvão salinas
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-004
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepsedf@saude.df.gov.br