

UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



# **IMPACTO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO DISTRITO DA GUARDA**

Dora Margarida Mariano Leal

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Medicina

Orientador:  
Dra. Cremilda Maria Costa

Junho de 2006

## *Agradecimentos*

Às parturientes adolescentes no Hospital de Sousa Martins, entre os anos de 2001 e 2006, que amavelmente responderam a todas as perguntas do questionário, realizado por via telefónica.

Às funcionárias, Sra. Isabel, Sra. Ana e Sra. Cláudia, do Departamento de Estatística e Informática do Hospital de Sousa Martins, pela disponibilidade e ajuda prestadas na recolha de dados.

Ao Instituto Nacional de Estatística (INE), nomeadamente ao Serviço de Apoio ao Cliente pela prontidão com que disponibilizaram os dados solicitados.

À minha orientadora, Dra. Cremilda Costa, pela paixão que me incutiu pela temática da Gravidez na Adolescência e pela ajuda prestada durante a elaboração da dissertação.

À minha irmã, Catarina Leal, por todo o apoio que me deu durante a realização do mestrado, bem como a todos os familiares que estiveram ao meu lado durante esta etapa da minha vida.

A todas as pessoas que se cruzaram no meu percurso académico e contribuíram de alguma forma para o meu enriquecimento científico, pessoal e humano.

## *Sumário*

**Introdução:** O desenvolvimento do país e do mundo tende a que os jovens tenham cada vez mais estudos, emancipando-se mais tarde. Neste contexto, uma gravidez na adolescência pode causar graves transtornos para a jovem adolescente e seu ambiente circundante.

**Objectivos:** Pretendeu-se com este estudo compreender o impacto da gravidez na adolescência no Distrito da Guarda a nível de incidência e consequências obstétricas, fetais e biopsicossociais. Foi, ainda, objecto de estudo a caracterização do perfil das adolescentes e a identificação de factores predisponentes.

**Metodologia:** Foram analisados 187 processos clínicos e inquiridas 41 parturientes adolescentes no Hospital de Sousa Martins, entre 2001 e 2006.

**Resultados:** Neste período a Taxa de fecundidade na adolescência reduziu 41,5%. Verificou-se uma idade média das parturientes de 17,1 anos e de início da actividade sexual de 14,5 anos. Constatou-se que 85% tinham 6 ou menos anos de escolaridade, 56% tinham poucos conhecimentos sobre sexualidade e contracepção e que unicamente 5% usava sempre contracepção. Ocorreu atraso e deficiência na vigilância pré-natal. Comparando a população adolescente com a geral, na população adolescente a probabilidade de parto pré-termo e de baixo peso foram, respectivamente, 3 e 1,22 vezes superiores, sendo na população geral a probabilidade de cesariana 1,22 vezes superior. Houve precipitação do matrimónio em 37% dos casos. Verificou-se aumento da responsabilidade e alteração da atitude face à contracepção e seguimento médico.

**Conclusão:** O estudo permitiu-nos concluir que houve redução da incidência da gravidez na adolescência. Constituem factores de risco a baixa escolaridade, precocidade do início da actividade sexual, precariedade dos conhecimentos sobre sexualidade e contracepção, negligência no uso de contracepção, casamento precoce e ausência de planos. A gravidez na adolescência associa-se a um atraso e uma vigilância pré-natal inadequadas e a um risco aumentado de parto pré-termo e baixo peso ao nascer, não estando associada ao risco aumentado de cesariana. As principais consequências biopsicossociais foram o abandono escolar, dependência de terceiros, precipitação do casamento, interrupção voluntária da gravidez, atraso no conhecimento e comunicação da gravidez, alteração do estado laboral e mudança de atitude relativamente à contracepção e seguimento médico.

## **Abstract**

**Introduction:** The development of a country and the world makes that young people have more studies, delaying their emancipation. In this context, the teenage pregnancy can cause serious inconveniences for young adolescents and their surrounding environment.

**Objectives:** With this study, we tried to understand the impact of teenage pregnancy in the District of Guarda, at level of incidence and obstetric, foetal and psychosocial consequences. It was also studied the profile of this adolescents and the identification of risk factors.

**Methodology:** 187 medical records were analyzed and were questioned 41 adolescent mothers admitted in Hospital Sousa Martins, between 2001 and 2006.

**Results:** In this period, Fertility Rate in Adolescence decreased 41.5%. It was verified that the average age of parturient women was 17.1 years old and that the initiation of sexual activity was 14.5 years old. It was found that 85% had 6 or less years of schooling, 56% had little knowledge about sexuality and contraception and only 5% of those women always used contraception. Not only there was a delay but also a deficiency in prenatal vigilance and 53% of the adolescents had less than 5 medical visits. Comparing the adolescent population with the general population, the pre-term birth probability was 3 times higher and the low weight birth probability was 1.22 times higher, although in the general population the probability of cesarean was 1.22 times higher than the adolescent population. 37% of the studied cases precipitated into marriage. There was accountability and change of attitude towards contraception and medical follow.

**Conclusion:** The study allowed us to conclude that there was a reduction on the incidence of pregnancy in adolescence. Low education, early initiation of sexual activity, precariousness of knowledge about sexuality and contraception, negligence in the use of contraception, early marriage and lack of plans, constitute risk factors. The pregnancy in adolescence is associated with a delay and an inadequate prenatal vigilance and to an increased risk of pre-term birth and low birth weight, not being associated with the increased risk of caesarean. The main psychosocial consequences were: school dropout, dependence of third parties, precipitation into marriage, voluntary interruption of pregnancy, delay in communication and knowledge of pregnancy, change of employment status and change of attitude towards contraception and medical follow.

# Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	i
<b>Sumário</b> .....	ii
<b>Abstract</b> .....	iii
<b>Índice de Gráficos</b> .....	vi
<b>Índice de Tabelas</b> .....	viii
<b>Lista de Abreviaturas e Siglas</b> .....	ix
<b>Introdução</b> .....	1
1. Justificação e importância do tema.....	1
2. Adolescência.....	2
3. Evolução do papel do adolescente.....	4
4. Sexualidade na adolescência .....	5
5. Gravidez na adolescência .....	6
6. Incidência mundial e portuguesa da gravidez na adolescência .....	7
7. Factores de risco para a gravidez na adolescência .....	9
8. Consequências da gravidez na adolescência .....	11
<b>Objectivos</b> .....	15
1. Gerais.....	15
2. Específicos.....	16
<b>Metodologia</b> .....	17
1. Desenho .....	17
2. Fontes .....	17
3. Controlo Semântico .....	17
4. População de Estudo.....	18
5. Limitações .....	18
<b>Procedimentos</b> .....	19
1- Obtenção de dados do INE .....	19
2- Consulta de processos do HSM.....	19
3- Dados referentes à Obstetrícia Geral no HSM .....	20
4- Implementação de questionários pós-parto .....	20
5- Recolha bibliográfica.....	20

<b>Resultados</b> .....	21
1. Obtenção de dados do INE .....	21
2. Consulta de processos do Hospital Sousa Martins .....	25
3. Implementação de questionários pós-parto .....	31
4. Dados referentes a Obstetrícia Geral no HSM .....	48
<b>Discussão</b> .....	50
1. Taxa de fecundidade .....	50
2. Perfil pessoal e social das grávidas adolescentes .....	51
3. Factores de Risco .....	52
4. Consequências Obstétricas .....	57
5. Consequências para o Recém Nascido .....	60
6. Consequências Psicossociais .....	61
<b>Conclusão</b> .....	66
1. Taxa de fecundidade .....	66
2. Perfil pessoal e social das grávidas adolescentes .....	66
3. Factores de Risco .....	67
4. Consequências Obstétricas .....	69
5. Consequências para o Recém Nascido .....	70
6. Consequências Psicossociais .....	71
7. Importância da prevenção .....	74
8. Prevenção – o futuro .....	75
<b>Bibliografia</b> .....	76
<b>Anexos</b> .....	a
Protocolo 1: Protocolo de Consulta nos Processos .....	a
Protocolo 2: Protocolo de pesquisa nos GDH do HSM .....	c
Questionário 1: Questionário pós-parto .....	d
Autorização .....	j

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Distribuição dos adolescentes portugueses por etapa da adolescência (dos 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos) e por sexo, no ano de 2006. ....	3
<b>Gráfico 2:</b> Distribuição dos adolescentes do Distrito da Guarda por etapa da adolescência (dos 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos) e por sexo, no ano de 2006. ....	3
<b>Gráfico 3:</b> Distribuição da Taxa de fecundidade na adolescência (15-19 anos) por regiões portuguesas, em %, no ano de 2006. ....	8
<b>Gráfico 4:</b> Evolução da Taxa de fecundidade na adolescência (15-19 anos), em anos pares, de 1990 a 2006. ....	8
<b>Gráfico 5:</b> Evolução da Taxa de fecundidade na adolescência (15-19 anos) no Distrito da Guarda, de 2001 a 2006. ....	22
<b>Gráfico 6:</b> Evolução da razão entre a Taxa de fecundidade na adolescência (TFA) e a Taxa de fecundidade geral (TFG), no Distrito da Guarda, de 2001 a 2006. ....	23
<b>Gráfico 7:</b> Evolução da Taxa de fecundidade na adolescência em Portugal, de 2001 a 2006. A taxa encontra-se expressa em gravidez por 1000 mulheres. ....	24
<b>Gráfico 8:</b> Evolução da razão entre a Taxa de fecundidade na adolescência (TFA) e a Taxa de fecundidade geral (TFG) em Portugal, de 2001 a 2006. ....	24
<b>Gráfico 9:</b> Distribuição etária das parturientes, com idade inferior a 19 anos de idade, no Hospital de Sousa Martins entre os anos 2001 e 2006. ....	25
<b>Gráfico 10:</b> Evolução da percentagem de parturientes casadas entre os anos de 2001 e 2006. ....	26
<b>Gráfico 11:</b> Peso relativo de cada uma das causas de Cesariana. ....	28
<b>Gráfico 12:</b> Distribuição do tipo de partos relativamente ao tempo gestacional em partos pré-termo (<36 semanas), a termo (36 a 42 semanas), pós-termo (>42 semanas) e de tempo desconhecido, nos anos em estudo. ....	29
<b>Gráfico 13:</b> Peso relativo dos problemas encontrados nos recém-nascidos, nos anos em estudo. A.C.I.U. corresponde a atraso de crescimento intra-uterino. ....	30
<b>Gráfico 14:</b> Distribuição das inquiridas por nível de escolaridade. ....	31
<b>Gráfico 15:</b> Distribuição dos companheiros das inquiridas por nível de escolaridade. ....	32
<b>Gráfico 16:</b> Distribuição das inquiridas por estado laboral no momento da gravidez. ....	32
<b>Gráfico 17:</b> Distribuição dos companheiros das inquiridas por estado laboral no momento da gravidez. ....	33
<b>Gráfico 18:</b> Distribuição das inquiridas por estado laboral no momento actual. ....	33
<b>Gráfico 19:</b> Distribuição dos companheiros das inquiridas por estado laboral no momento actual. ....	34
<b>Gráfico 20:</b> Frequência com que as inquiridas coabitam com o pai do bebé, pais ou sogros ou com outros elementos. ....	34
<b>Gráfico 21:</b> Distribuição dos elementos do núcleo familiar por frequência de contribuição para o sustento do núcleo familiar das inquiridas. ....	35
<b>Gráfico 22:</b> Distribuição da idade de início de actividade sexual das inquiridas. ....	35
<b>Gráfico 23:</b> Distribuição da frequência de uso de contraceptivos antes da gravidez. ....	36
<b>Gráfico 24:</b> Distribuição do tipo de contraceptivo utilizado antes da gravidez. ....	36
<b>Gráfico 25:</b> Distribuição da frequência de uso de contracepção pelas inquiridas, no momento actual. ....	37
<b>Gráfico 26:</b> Distribuição do tipo de contraceptivo utilizado pelas inquiridas na actualidade. ....	37
<b>Gráfico 27:</b> Distribuição das inquiridas por grau de conhecimento sobre sexualidade e contracepção antes da gravidez. ....	38
<b>Gráfico 28:</b> Distribuição das inquiridas por frequência de planeamento da gravidez. ....	39
<b>Gráfico 29:</b> Distribuição das inquiridas por frequência de ponderação da interrupção voluntária da gravidez. ....	39
<b>Gráfico 30:</b> Distribuição das inquiridas por qualidade da relação com o pai do bebé antes da gravidez. ....	40

<b>Gráfico 31:</b> Distribuição das inquiridas por tipo de relação com o pai do filho, na actualidade.....	40
<b>Gráfico 32:</b> Distribuição das inquiridas por relação entre o momento do casamento e a gravidez.....	41
<b>Gráfico 33:</b> Distribuição das inquiridas por momento de conhecimento da gravidez.....	41
<b>Gráfico 34:</b> Distribuição da frequência com que o pai do bebé, uma amiga ou a mãe foram os primeiros a ser informados da gravidez.....	42
<b>Gráfico 35:</b> Distribuição das inquiridas por momento em que informaram o pai do bebé da gravidez.....	42
<b>Gráfico 36:</b> Distribuição das inquiridas por momento em que deram conhecimento da gravidez aos seus familiares.....	43
<b>Gráfico 37:</b> Distribuição das inquiridas por momento da primeira consulta médica.....	43
<b>Gráfico 38:</b> Distribuição das inquiridas por qualidade de apoio fornecido pelo companheiro durante a gravidez.....	44
<b>Gráfico 39:</b> Distribuição das inquiridas por qualidade de apoio fornecido pelos familiares durante a gravidez.....	44
<b>Gráfico 40:</b> Distribuição das inquiridas por qualidade de apoio fornecido pelos amigos durante a gravidez.....	45
<b>Gráfico 41:</b> Distribuição das inquiridas por qualidade de apoio fornecido pelas pessoas circundantes.....	45
<b>Gráfico 42:</b> Frequência das alterações na vida das inquiridas originadas pela gravidez.....	46
<b>Gráfico 43:</b> Distribuição das inquiridas pela manifestação de vontade de retomar planos anteriores à gravidez.....	46
<b>Gráfico 44:</b> Distribuição das inquiridas pelo seguimento em Consultas de planeamento familiar.....	47
<b>Gráfico 45:</b> Distribuição das inquiridas por adesão às Consultas de saúde infantil do seu filho.....	47
<b>Gráfico 46:</b> Frequência de cada tipo de parto no Hospital de Sousa Martins, de 2001 a 2006.....	48
<b>Gráfico 47:</b> Frequência de cada tipo de parto, relativamente ao tempo de gestação, no Hospital de Sousa Martins nos anos em estudo.....	49
<b>Gráfico 48:</b> Distribuição do peso do recém-nascido por baixo peso (<2500g), peso insuficiente (2500 a 3000g) e peso adequado (>3000g), no Hospital de Sousa Martins nos anos em estudo.....	49

## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1:</b> Número de habitantes do sexo feminino do Distrito da Guarda, distribuídos pelas faixas etárias dos 15 aos 19 anos e dos 15 aos 49 anos, do ano de 2001 ao ano de 2006.....	21
<b>Tabela 2:</b> Número de nados vivos no Distrito da Guarda distribuídos pelas faixas etárias das mães, dos 15 aos 19 anos e dos 15 aos 49 anos, do ano de 2001 ao ano de 2006. ....	21
<b>Tabela 3:</b> Distribuição da Taxa de fecundidade no Distrito da Guarda pelas faixas etárias dos 15 aos 19 anos e dos 15 aos 49 anos, do ano 2001 ao ano 2006, expressa em %.....	22
<b>Tabela 4:</b> Distribuição da Taxa de fecundidade em Portugal pelas faixas etárias dos 15 aos 19 anos e dos 15 aos 49 anos, do ano 2001 ao ano 2006. A taxa encontra-se expressa em gravidez por 1000 mulheres.....	23
<b>Tabela 5:</b> Distribuição etária das parturientes por ano de estudo.....	25
<b>Tabela 6:</b> Distribuição dos tipos de profissão por ano, de 2001 a 2006.....	26
<b>Tabela 7:</b> Distribuição dos tipos de paridade por ano, de 2001 a 2006 .....	27
<b>Tabela 8:</b> Distribuição do número de Consultas pré-natais por ano, de 2001 a 2006.....	27
<b>Tabela 9:</b> Distribuição do tipo de parto por ano, de 2001 a 2006 .....	27
<b>Tabela 10:</b> Distribuição do número de semanas de gestação por ano, de 2001 a 2006 .....	28
<b>Tabela 11:</b> Distribuição do peso do recém-nascido por baixo peso (< 2500g), peso insuficiente (2500 a 3000g) e peso adequado (>3000g), nos anos em estudo.....	29
<b>Tabela 12:</b> Distribuição do número de semanas de gestação por grandes grupos no Hospital de Sousa Martins, nos anos em estudo .....	49

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

**A.C.I.U.** – Atraso de crescimento intra-uterino

**EUA** – Estados Unidos da América

**g** – Grama

**GDH** – Grupos de Diagnóstico Homogéneo

**HSM** – Hospital de Sousa Martins

**INE** – Índice Nacional de estatística

**IVG** – Interrupção voluntária da gravidez

**Nº** – Número

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**RN** – Recém-nascido

**TFA** – Taxa de fecundidade na adolescência

**TFA/ TFG** – Razão entre a Taxa de fecundidade na adolescência e a Taxa de fecundidade geral

**TFG** – Taxa de fecundidade geral

**%** – Por cem

**‰** – Por mil

# **Introdução**

## **1. Justificação e importância do tema**

Durante o estágio de 6º ano na valência de Ginecologia e Obstetrícia, acompanhei a Dra. Cremilda Costa nas suas actividades clínicas, tendo-me fascinado o trabalho desenvolvido com as jovens adolescentes.

O Hospital de Sousa Martins tem investido na área da sexualidade na adolescência tendo criado, no ano de 2001, a Consulta de ginecologia para adolescentes e a Consulta de obstetrícia para adolescentes, daí ter sido o local eleito por possuir o campo adequado para investigar esta área da medicina.

O desenvolvimento do país e do mundo tende a que os jovens tenham uma escolarização mais longa e como tal atrasem a sua inserção na vida activa e se emancipem mais tarde. Neste contexto, uma gravidez na adolescência pode causar graves transtornos para a jovem adolescente e seu ambiente circundante. Assim sendo, apesar da pesquisa bibliográfica apontar para uma redução da gravidez na adolescência, este tema não deixa de ser um assunto sempre actual.

Este trabalho pretende, então, identificar o impacto da gravidez na adolescência no Distrito da Guarda. Foi, ainda, objecto de estudo identificar potenciais factores de risco e conhecer as consequências que uma gravidez nesta fase da vida comporta, nomeadamente a nível obstétrico, neonatal e biopsicossocial.

Deste modo, este estudo torna-se importante por ser o primeiro a abordar a gravidez na adolescência no Distrito da Guarda sob esta perspectiva, especialmente após a implementação das referidas consultas para adolescentes.

Espera-se, então, que ajude a compreender melhor a complexidade desta área e a melhorar possíveis abordagens, nomeadamente na prevenção do surgimento da gravidez e na atenuação de possíveis complicações futuras.

## **2. Adolescência**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é a fase da vida que decorre entre os 10 e os 19 anos de idade correspondendo ao período de transição entre a infância e a idade adulta. Esta caracteriza-se por alterações fisiológicas rápidas, verificando-se um crescimento acelerado, maturação do sistema reprodutor e alterações no aspecto físico. Sob o ponto de vista da saúde, existe uma notável diferença entre a etapa precoce, que vai dos 10 aos 14 anos, e a etapa tardia, que abarca dos 15 aos 19 anos de idade (Lopes *et al.*, 1992).

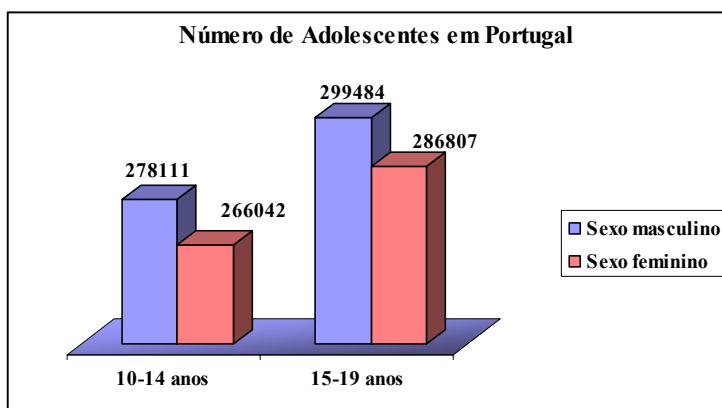
Na passagem da dependência da infância para a independência da idade adulta, ao longo de um processo de maturação progressiva, ocorre um significativo desenvolvimento psicossocial, em particular dos aspectos emocionais, intelectuais e espirituais. Lima (1985, pp. 477) refere mesmo que “a adolescência se caracteriza por uma transição gradativa de um organismo infantil para um organismo adulto com reflexos somáticos e psíquicos, principalmente aqueles que dizem respeito à esfera sexual”. (Zaganelli, 2006)

Para Erikson, a adolescência constitui um período de ‘moratória psicossocial’ por ser uma época na qual o jovem se sente livre para experimentar papéis e estilos de vida adulta tais como a iniciação da actividade sexual, o uso de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas, enquanto se completa a definição da identidade do ‘EU’ a qual se subordina a identificações infantis. (Borges, 1999)

Nesta fase da vida, o pensamento mágico, que corresponde à ideia preconcebida de que nada de mau lhe poderá acontecer, independentemente das acções praticadas, é inerente ao desenvolvimento psicológico do adolescente. (Borges, 1999)

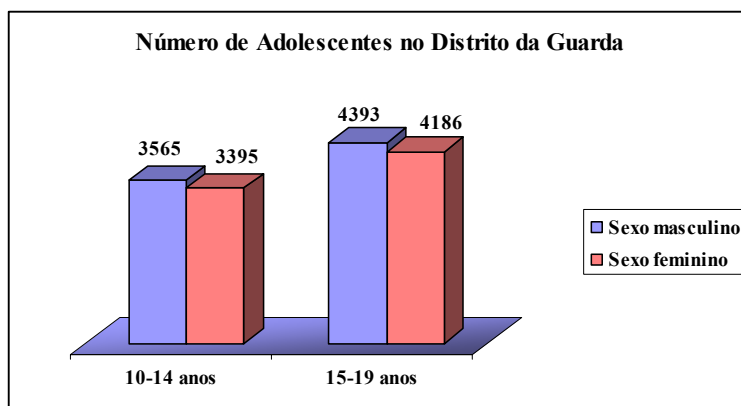
Segundo o Instituto Nacional de Estatística, existem 1 130 444 adolescentes em Portugal, sendo 577 595 do sexo masculino e 552 849 do sexo feminino. (INE, 2007) Há, portanto, um ligeiro desequilíbrio entre os sexos com predominância de

adolescentes rapazes (51,1%). No gráfico 1, podemos observar o número de adolescentes em Portugal e a sua distribuição por sexo, segundo se encontrem na etapa precoce ou na etapa tardia da adolescência, ou seja, dos 10 aos 14 anos ou dos 15 aos 19 anos, respectivamente.



**Gráfico 1: Distribuição dos adolescentes portugueses por etapa da adolescência (dos 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos) e por sexo, no ano de 2006.**

Segundo a mesma fonte, existem 15539 adolescentes no Distrito da Guarda, sendo 7958 do sexo masculino e 7581 do sexo feminino. Verifica-se, então, uma masculinização ligeiramente superior à tendência nacional (51,2%). No gráfico 2, podemos observar a distribuição do número de adolescentes do Distrito da Guarda por sexo e etapa da adolescência. (INE, 2007).



**Gráfico 2: Distribuição dos adolescentes do Distrito da Guarda por etapa da adolescência (dos 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos) e por sexo, no ano de 2006.**

### **3. Evolução do papel do adolescente**

As oportunidades sociais e culturais ao alcance dos adolescentes encontram-se em constante aumento contribuindo, deste modo, para um aumento da velocidade de crescimento nesta faixa etária. Por outro lado, à medida que se prolongam os estudos ou as fases de preparação profissional, a idade com que se chega a adulto é cada vez mais tardia alargando, assim, o período de dependência económica e familiar. Verifica-se, então, um encurtamento da passagem da infância para a adolescência e um alargamento desta última fase. (Frizzo *et al*, 2005)

Devido às inúmeras alterações alimentares e educativas deste século, a velocidade de crescimento do corpo também se encontra em aumento crescente. O decréscimo da idade de menarca constitui uma prova destas alterações da velocidade de desenvolvimento. Segundo May (1978), nos finais do século XIX, a idade mais provável para este fenómeno situava-se entre os dezasseis e os dezassete anos de idade, enquanto que actualmente a idade média em que ocorre a primeira menstruação situa-se entre os doze e os treze anos de idade.

O contexto social em que os adolescentes crescem também é palco de inúmeras modificações ligadas directamente ao fenómeno da reprodução. Por um lado, assiste-se à democratização do acesso à cultura, com a rápida massificação da difusão da actividade sexual através de meios de comunicação como a Televisão e a Internet. Por outro lado, a sociedade tem um tipo de organização familiar mais restritivo, com diminuição do número de elementos familiares, o que origina um maior afastamento do fenómeno da maternidade. Esta dicotomia gera no adolescente uma condição difícil de ultrapassar visto que há maior acessibilidade à sexualidade, mas menor propensão para as suas consequências. A adolescência é, então, um período em que a fertilidade é biologicamente possível mas socialmente desfavorável. (Justo, 2000)

#### **4. Sexualidade na adolescência**

A saúde sexual e reprodutiva é um componente fundamental da saúde das mulheres e homens durante toda a sua existência. A adolescência é o momento mais relevante para o reconhecimento da sexualidade, para a aprendizagem do corpo e, muito frequentemente, para a decisão sobre as potencialidades reprodutivas. (Hubner, 1998)

A adolescência constitui, então, uma etapa marcada por mudanças biológicas, psicológicas e sociais, acompanhadas por notórios sentimentos de atracção sexual e profundas meditações sobre a capacidade de decidir. (Justo, 2000)

Em quase todo o mundo, a maioria das mulheres torna-se sexualmente activa no período de adolescência, podendo este facto alcançar os 75% em grande parte dos países desenvolvidos e ultrapassar 90% em muitos países da África sub-Saariana. (Alan Guttmacher Institute, 1990)

A actividade sexual e a gravidez na adolescência surgem como problemas emergentes que não são, todavia, peculiares à nossa época. A História da civilização mostra que a actividade sexual dos adolescentes suscitou, desde sempre, padrões éticos e morais dependentes da cultura. Na Ásia e na África, verificou-se que nalguns países se aplicam medidas coercivas, enquanto que noutros países se nota um estímulo ao casamento precoce, encorajando e fazendo prosperar gravidezes e partos nesta fase. Algumas culturas africanas toleram a pratica sexual de crianças em fase pré-púbere tendo, contudo, rituais como o ensino do coito interrompido para prevenção da gravidez. Nas mesmas culturas, quando ocorre uma gravidez nestas circunstâncias, o padrão moral impõe o abortamento e aplica diversas punições como o ostracismo, a desgraça social e até o infanticídio. Em muitas outras regiões da América Latina, África, Ásia e Oceânia, onde a actividade sexual e a reprodução pré-conjugal são culturalmente aceitáveis, há tradição de casamentos não oficiais, consensuais ou coniventes,

propiciando, deste modo, uma grande frequência de gravidez em adolescentes. (Zaganelli, 2006)

Na actualidade, Portugal é um país em que, maioritariamente, o casamento é diferido para a fase adulta, mas em que predomina a iniciação da prática sexual antes do matrimónio.

## **5. Gravidez na adolescência**

A gravidez na adolescência define-se, segundo a Organização Mundial de Saúde, como a gestação que ocorre entre os 10 e os 19 anos de idade. Contudo, apesar de se registarem gestações no grupo dos 10 aos 14 anos estas são muito mais frequentes na etapa tardia encontrando-se, por isso, uma maior disponibilidade de informação sobre esta última fase. Este facto é relevante uma vez que a existência de riscos durante a gravidez é muito superior na adolescência precoce, havendo uma intensificação das perturbações emocionais e da negação da gravidez (Maddaleno, 1995).

Em 1939 Escobel publicou, como facto histórico, o caso de Lina Medina que foi mãe aos cinco anos incompletos. O parto ocorreu por cesariana e resultou num nado vivo de 3000g. É de realçar que se tratava de um caso excepcional uma vez que a menarca tinha ocorrido nos primeiros meses de vida e a menina tinha uma configuração corpórea de mulher púbere em miniatura perfeita. (Rezende, 2005).

O fenómeno da gravidez na adolescência não é recente, no entanto, emergem novas formas de compreendê-lo segundo o pensamento da sociedade ocidental moderna. A análise deste fenómeno nas camadas populares exige um entendimento que depende dos determinantes económicos e socioculturais, bem como dos diferentes valores de cada segmento que interagem na nossa sociedade (Menezes, 1996).

Em meados da década de 70, os Estados Unidos foram informados de que havia uma “epidemia” de gravidez na adolescência. Desde então, de acordo com o Instituto Alan Guttmacher, houve uma tendência geral de diminuição da Taxa de gravidez nesta faixa etária. (Alan Guttmacher Institute, 1990).

A gravidez na adolescência é, então, uma doença da sociedade, tendo as suas origens no passado, existindo connosco no presente e, se não for prevenida e detida, continuará a espalhar-se no futuro. (Clark, 1971).

## **6. Incidência mundial e portuguesa da gravidez na adolescência**

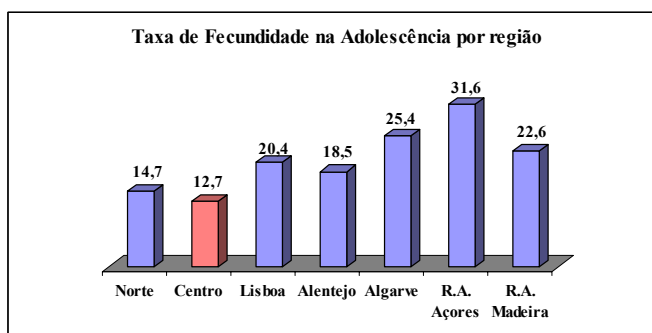
A incidência da gravidez na adolescência é muito variável consoante os países e as épocas. Segundo Nelson (1997), é impossível avaliar o verdadeiro número de gravidezes na adolescência por se desconhecer o número total de abortos espontâneos ou provocados não notificados.

Segundo o Instituto Alan Guttmacher, anualmente, cerca de 14 milhões de mulheres no mundo são mães entre os 15 e os 19 anos de idade. A maternidade entre as adolescentes é mais comum nos países em desenvolvimento, onde 25 a 50% das jovens tiveram o seu primeiro filho antes dos 18 anos de idade. Nos países desenvolvidos este valor é inferior a 10%. (Alan Guttmacher Institute, 2005)

Segundo Singh e Darroch, as Taxas de gravidez na adolescência variam muito nos diversos países desenvolvidos, verificando-se a menor Taxa nos Países Baixos (12‰) e maior Taxa na Federação Russa (102‰). Valores inferiores a 40‰ são encontrados no Japão e em muitos países da Europa Ocidental e valores um pouco mais elevados, na ordem dos 40 a 69‰, são encontrados na Austrália, Canadá, Nova Zelândia e noutros países Europeus. (Singh & Darroch, 2000)

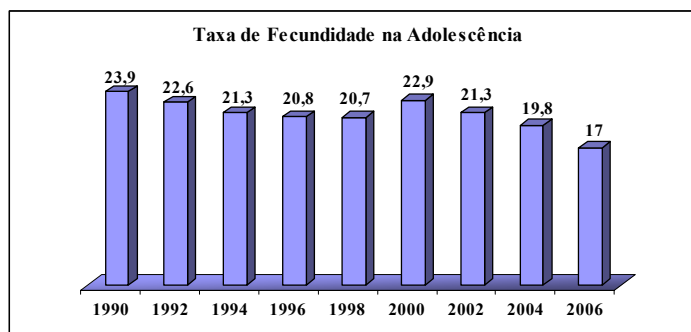
Desde 1970, quando os Estados Unidos identificaram como “epidemia” a gravidez na adolescência, têm-se vindo a implementar muitas medidas para combater este fenómeno. O estudo feito por Henshaw verificou que as medidas aplicadas foram eficazes, conseguindo reduzir a Taxa de gravidez na adolescência tardia em 28%, desde 1990 até 2000. (Henshaw, 2004).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, a Taxa de fecundidade da faixa etária dos 15 aos 19 anos no ano de 2006 foi de 17,0‰. No gráfico 3, podemos observar que a Região Centro é a região portuguesa que possui a Taxa de fecundidade na adolescência mais baixa (12,7‰), enquanto que a Região Autónoma dos Açores tem a Taxa de fecundidade na adolescência mais elevada (31,6 ‰). (INE, 2007). O grande desequilíbrio regional poderá ser justificado pelos diferentes tipos de estrutura familiar e diferentes formas de encarar a maternidade.



**Gráfico 3: Distribuição da Taxa de fecundidade na adolescência (15-19 anos) por regiões portuguesas, em ‰, no ano de 2006**

No gráfico 4, podemos observar a evolução da Taxa de fecundidade na adolescência, dos 15 aos 19 anos, em Portugal, nos anos pares. (INE, 2007).



**Gráfico 4: Evolução da Taxa de fecundidade na adolescência (15-19 anos) portuguesa, em anos pares, de 1990 a 2006**

Verificou-se um decréscimo acentuado na Taxa de fecundidade na adolescência, correspondendo o mínimo histórico ao último ano observado (2006). Neste período a Taxa de fecundidade passou de 23,9‰ para 17,0‰, o que corresponde a uma diminuição superior a 28,9%. A tendência à diminuição foi gradual mas apresentou uma ligeira inflexão em 2000. As maiores quebras pontuais ocorreram entre 2002 e 2004 (-1,5‰) e entre 2004 e 2006 (-2,8‰), o que parece demonstrar que as políticas de maior sensibilização e informação aos adolescentes têm surtido efeitos positivos. Durante os anos abrangidos por este estudo, de 2000 a 2006, verificou-se um decréscimo de 25,8%.

### **7. Factores de risco para a gravidez na adolescência**

A gravidez na adolescência parece ser mais prevalente nas classes socioeconómicas mais desfavorecidas, em famílias disfuncionais, como no caso de pais ausentes ou separados, e nalguns ambientes de risco, como a promiscuidade sexual ou abuso de drogas. A baixa escolaridade, a imaturidade psicológica, bem como a iniciação sexual precoce, associadas ao desconhecimento sobre saúde reprodutiva e contraceção levam a uma maior incidência de gravidez na adolescência. Por último, a vontade de engravidar é, ainda, outro factor de risco a considerar. (Figueiredo *et al*, 2006)

Encontram-se grávidas adolescentes em todos os estratos sociais, contudo, vários estudos apontam para uma maior incidência de gravidez na adolescência nos meios sociais mais desfavorecidos. Entendem-se como meios desfavorecidos não só os que têm uma habitação carenciada mas, também, aqueles em que as famílias são muito numerosas, têm baixo nível de escolaridade, formação profissional inexistente ou desemprego crónico. Como exemplo temos o estudo publicado por Silva (1983), onde 55% das grávidas adolescentes analisadas tinham 4 ou mais irmãos, 68% residia em

“bairros de lata”, 54% tinham menos de 4 anos de escolaridade, 65% não estudava nem trabalhava e 47% tinham os pais separados.

Segundo vários autores, como Stern & Medina (2000), a baixa escolaridade mais que uma consequência da gravidez na adolescência é um factor de risco. Isto porque verificaram que uma grande proporção das gravidezes na adolescência ocorre depois das jovens já terem abandonado a escola não podendo, portanto, ser consideradas como determinantes da pobreza mas, possivelmente, condicionadas por esta última.

Hart e Hilton realizaram um estudo que pretendia verificar as características psicológicas de três diferentes grupos de adolescentes, abrangendo o primeiro grupo jovens sexualmente inactivas, o segundo jovens sexualmente activas que usam adequadamente métodos contraceptivos e o terceiro grupo jovens sexualmente activas que não usam adequadamente contraceptivos. Neste estudo concluíram que as jovens do segundo grupo são psicologicamente maduras, desenvolvidas e organizadas, ou seja, funcionam como adultas. Por outro lado, as jovens do primeiro e terceiro grupos parecem funcionar a um nível psicologicamente imaturo e indiferenciado, ou seja, infantil. Como as jovens sexualmente inactivas têm baixos níveis de maturidade e de diferenciação psicológica, o facto da ausência de actividade sexual não reduz o risco de uma futura gravidez precoce. Este estudo permite, então, concluir que o nível de maturidade psicológica é o factor mais determinante para a gravidez na adolescência. (Hart & Hilton, 1988)

O surgimento dos anticoncepcionais possibilitou às mulheres poder escolher o melhor momento para ter filhos. Contudo, a informação e a disponibilidade da contracepção junto dos adolescentes não tem evoluído de forma a acompanhar o início precoce da vida sexual.

Uma explicação para a não adesão aos métodos contraceptivos é tentada por Machado & Paula (1996) ao verificarem que muitos adolescentes não assumem uma

vida sexualmente activa pois, na maioria dos casos, têm relações sexuais esporadicamente, o que lhes dá uma falsa sensação de segurança. É, ainda, de realçar que a sexualidade continua a ser um assunto tabu e que a adopção de medidas anticoncepcionais implica quebrar esse tabu. (Vitória, 1994). A negligência da contracepção constitui, então, um factor muito importante uma vez que, segundo Newcombe (1999), um adolescente que não usa nenhum método contraceptivo tem 90% de probabilidade de engravidar no espaço de um ano.

Além dos motivos que geralmente se atribuem à gravidez na adolescência, outros como o desejo de engravidar, a gravidez como estratégia de inserção no mundo adulto, a ideologia da maternidade e o desamparo emocional, também têm de ser considerados. (Menezes, 1996). Segundo Dadoorian (1998) as adolescentes que engravidam na adolescência estabelecem uma equivalência em que exercer a sexualidade implica ter um filho, o que simboliza a sua entrada na vida adulta. A gravidez pode, então, evidenciar necessidades inconscientes, podendo ser uma experiência simbólica de renascimento, preencher carências afectivas através do bebé ou podendo suprir uma relação de insatisfação com a mãe.

## **8. Consequências da gravidez na adolescência**

A gravidez na adolescência tem preocupado profissionais de saúde do mundo inteiro especialmente pelas implicações biológicas e psicossociais para a mãe adolescente e para o seu filho.

Uma das consequências de uma gravidez na adolescência é o atraso na vigilância pré-natal que ocorre, normalmente, devido à falta de apoio familiar. Silva (1983) verificou no seu estudo que apenas 23% das grávidas adolescentes recorreram a

consultas médicas no primeiro trimestre. Verificou, ainda, que 20% não tinham qualquer consulta de vigilância pré-natal, 12% tinham 1 a 3 consultas, 40% tinham 4 a 5 consultas e apenas 28% tinham mais de 6 consultas pré-natais.

Segundo João Justo, a visão clássica sobre a competência obstétrica das adolescentes é particularmente negativa uma vez que alguns estudos recentes apontam uma incidência elevada de alguns problemas clínicos ligados ao desenvolvimento da gravidez, ao trabalho de parto e à saúde do recém-nascido. Algumas dessas consequências são o desconhecimento do tempo de gravidez, anemia, proteinúria, aumentos da tensão arterial, toxémia, ruptura prematura de membranas, desencadeamento prematuro do parto, aumento das complicações do parto, desproporção feto-pélvica, infecções urinárias e infecções do trato genital. (Justo, J, 2000)

Outros estudos referem, contudo, que quando se ajusta ao estrato socioeconómico não há diferenças significativas no que diz respeito à taxa de pré-eclampsia, abortamentos espontâneos, prematuridade, apresentação pélvica, malformações e mortalidade neonatal, quando se compara a gravidez na adolescência com a da população em geral. (Weerasekera, 1997).

Nalguns estudos relatou-se uma associação entre gravidez na adolescência e partos distócicos. Exemplo deste facto é o estudo realizado por Silva (1983), onde se verificou uma incidência de 29% de partos distócicos.

É, ainda, de salientar que entre os inúmeros danos relacionados com a gestação precoce se encontram as perturbações de ordem afectiva, tanto em relação à mulher como ao bebé, verificando-se uma maior propensão à baixa auto-estima e a um risco mais elevado de depressão no terceiro trimestre da gravidez e no período pós-parto. (Gama *et al.* 2001)

No que se refere aos aspectos socioculturais, as pesquisas têm mostrado que a gravidez precoce pode trazer desvantagens no trajecto educacional da adolescente, contribuindo para a evasão escolar e dificultando o regresso à escola. Deste modo, a limitação do progresso académico e as possibilidades de adequação ao mercado de trabalho vêm-se reduzidas contribuindo, assim, para perpetuar as dificuldades socio-familiares em que as adolescentes se encontravam mergulhada antes de engravidar. (Johnson, 1974)

Uma outra consequência não desprezível da gravidez na adolescência é a pressão familiar para concretizar um casamento. Se bem que aparentemente benéfica, esta situação mostra-se muitas vezes artificial. Um dos seus resultados mais frequentes consiste na criação de novos problemas familiares em detrimento de soluções válidas para os problemas induzidos pela própria gravidez. Além disso, os divórcios subsequentes também são notoriamente elevados (Klein, 1978). Assim, muitas dessas jovens, mais cedo ou mais tarde, encontrar-se-ão sozinhas no lar e na maioria das vezes com vários filhos, aumentando ainda mais as suas dificuldades psicossociais e económicas.

Uma das consequências mais constantemente apontada para o recém-nascido é a associação entre a gravidez na adolescência e o maior risco de baixo peso ao nascer. Silva (1983) verificou no seu estudo que 19% dos bebés nasceram com menos de 2500g e que apenas 15% nasceram com mais de 3500g. Verificou, ainda, que 25% apresentavam valores de Apgar inferiores a 7 no primeiro minuto. (Silva, 1983)

Dentro dos mecanismos explicativos para este facto encontram-se os factores de natureza biológica, como a imaturidade do sistema reprodutivo e o ganho de peso inadequado durante a gestação e factores socioculturais, como a pobreza e a marginalidade social, combinados com o estilo de vida adoptado pela adolescente. Apesar da relevância de ambos os motivos, biológicos e socioculturais, a falta de

cuidados pré-natais associada à pobreza e a baixos níveis de instrução tem mostrado um papel preponderante na cadeia causal de recém-nascidos de baixo peso. (Roth, 1998)

Thompson *et al.* (1979) verificaram que é muito importante o amadurecimento psicológico da mãe durante a gravidez. Isto porque, mesmo nalguns casos em que o parto é eutócico e em que o bebê é saudável mas onde não se verificou o amadurecimento, o bebê acaba por apresentar atraso na aquisição de processos interactivos e de controlo dos estados.

Devido a todas estas potenciais complicações, costuma-se considerar a gravidez na adolescência como gravidez de alto risco. No entanto, é possível diminuir a incidência de todas essas complicações, tanto para a mãe como para o filho, se a gestante iniciar uma vigilância pré-natal precoce. Se possível, este seguimento deve ser multidisciplinar, com apoio do obstetra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, nutricionista, entre outros. O êxito deste tipo de atendimento foi comprovado em todos os serviços onde foi instalado, diminuindo inclusivamente a reincidência da gravidez na adolescência e aumentando o regresso da jovem mãe aos estudos após o nascimento do filho (Correa & Coates, 1993).

## *Objectivos*

### *1. Gerais*

- 1- Avaliar a da evolução da Taxa de fecundidade na adolescência no Distrito da Guarda entre os anos de 2001 e 2006.
- 2- Caracterizar o perfil pessoal e social das grávidas adolescentes.
- 3- Determinar possíveis factores de risco para a gravidez na adolescência.
- 4- Determinar consequências obstétricas da gravidez na adolescência.
- 5- Determinar consequências para o recém-nascido fruto de uma gravidez na adolescência.
- 6- Determinar consequências biopsiocossociais de uma gravidez na adolescência.

### *2.*

## *Específicos*

- 1- Determinar a Taxa de fecundidade na adolescência no Distrito da Guarda entre os anos de 2001 e 2006.
- 2- Analisar a evolução da Taxa de fecundidade na adolescência no Distrito da Guarda nesse período.
- 3- Comparar os resultados obtidos nos pontos 1 e 2 com os dados nacionais, europeus e mundiais disponíveis.
- 4- Caracterizar o perfil pessoal e social das grávidas adolescentes do Distrito da Guarda, entre os anos de 2001 e 2006.
- 5- Comparar os resultados obtidos no objectivo 4 com a literatura disponível.
- 6- Identificar possíveis factores de risco para a gravidez na adolescência.
- 7- Comparar os dados obtidos no último objectivo com a literatura disponível.
- 8- Determinar as consequências obstétricas de uma gravidez na adolescência nas parturientes do Distrito da Guarda, entre os anos de 2001 e 2006.
- 9- Comparar os dados obtidos no último objectivo com a evidência científica existente no momento.
- 10- Determinar as consequências para o recém-nascido fruto de uma gravidez na adolescência no Distrito da Guarda, entre os anos de 2001 e 2006.
- 11- Comparar os dados obtidos no último objectivo com a literatura disponível.
- 12- Determinar as consequências biopsiocossociais que uma gravidez na adolescência comporta.
- 13- Comparar os resultados obtidos no último ponto com os dados obtidos na literatura disponível.

# **Metodologia**

## **1. Desenho**

- Estudo descritivo observacional transversal e retrospectivo.

## **2. Fontes**

- Processos clínicos das parturientes adolescentes no Hospital de Sousa Martins de 2001 a 2006.
- Parturientes adolescentes no Hospital de Sousa Martins de 2001 a 2006.
- Dados fornecidos pelos Grupos de Diagnóstico Homogéneo do Hospital de Sousa Martins.
- Dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística.

## **3. Controlo Semântico**

- Para a consulta nos processos do Hospital Sousa Martins foram definidas como grávidas adolescentes as gestantes com menos de 18 anos de idade.
- Dado que a informação disponível pelo Instituto Nacional de Estatística referente à adolescência se encontra distribuída pelas faixas etárias entre os 10 e 14 anos de idade e entre os 15 e 19 anos de idade, sempre que foi necessária a utilização destes dados, nomeadamente para cálculo das taxas de fecundidade, as grávidas adolescentes foram consideradas aquelas na faixa etária dos 15 aos 19 anos.

- A adolescência foi dividida em adolescência precoce quando se encontrava na faixa etária dos 10 aos 14 anos e em adolescência tardia quando se encontrava na faixa etária dos 15 aos 19 anos.

#### **4. População de Estudo**

- Foram alvo de estudo 187 adolescentes cujo parto teve lugar no Hospital de Sousa Martins entre o ano de 2001 e o ano de 2006. Analisaram-se os processos clínicos das 187 adolescentes em estudo. Foram contactadas telefonicamente 167 dessas adolescentes, tendo-se obtido resposta ao questionário efectuado por esta via em 41 casos.

#### **5. Limitações**

- Não foram estudadas as grávidas adolescentes que interromperam voluntariamente a gravidez.

- Não estão incluídas grávidas adolescentes que, apesar, de pertencerem ao Distrito da Guarda, tenham tido o parto noutra hospital.

- Apenas foi possível obter resposta aos questionários em 22% das parturientes que deram à luz no Hospital de Sousa Martins de 2001 a 2006.

## **Procedimentos**

### **1- Obtenção de dados do INE**

Contactou-se o Instituto Nacional de Estatística através do Processo PI-12968415, da opção Informações do site [http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL\\_INE](http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE), onde foram solicitados os seguintes dados:

- Número de adolescentes entre os 15 e os 19 anos de idade, no Distrito da Guarda, dos anos de 2001 a 2006.

- Número de nados vivos de mães adolescentes, entre os 15 e os 19 anos de idade, no Distrito da Guarda, dos anos 2001 a 2006.

- Taxa de fecundidade em adolescentes, entre os 15 e os 19 anos de idade, em Portugal, entre os anos 2001 e 2006.

Utilizou-se, também, o site referido para pesquisar do número de adolescentes em Portugal e no Distrito da Guarda no ano de 2006. Obtiveram-se, ainda, as taxas de fecundidade portuguesas desde o ano de 1990 até ao ano de 2006, nas faixas etárias dos 15 aos 19 anos de idade e dos 15 aos 49 anos de idade.

### **2- Consulta de processos do HSM**

Obteve-se a autorização por parte do Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Sousa Martins, que se encontra em anexo, para consulta dos processos referentes às parturientes adolescentes no Hospital de Sousa Martins entre os anos de 2001 e 2006.

Realizou-se a consulta dos referidos processos seguindo o Protocolo 1- “Protocolo de consulta nos Processos”, que se encontra na secção anexos.

### **3- Dados referentes à Obstetrícia Geral no HSM**

Solicitaram-se os dados do Protocolo 2- “Protocolo de pesquisa nos GDH do HSM”, que se encontra anexo, relativos ao Hospital de Sousa Martins (HSM), dos anos de 2001 a 2006, através da consulta nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH).

### **4- Implementação de questionários pós-parto**

Contactaram-se todos os números telefónicos referentes às parturientes no Hospital Sousa Martins, entre os anos de 2001 e 2006, recolhidos na consulta dos processos em 2, num total de 167 contactos telefónicos.

Os contactos telefónicos foram efectuados entre o dia 15 de Março e o dia 12 de Abril de 2008. Quando o contacto telefónico se encontrava activo mas não havia resposta foi realizada uma nova tentativa após 30 minutos, seguida de mais uma tentativa diária nos 3 dias seguintes.

Quando a parturiente em causa atendeu o telefonema, foi-lhe aplicado o Questionário 1- “Questionário pós-parto”, que se encontra em anexo.

### **5- Recolha bibliográfica**

Para a pesquisa bibliográfica usou-se:

- 1) O motor de busca do Google Scholar através do site:

[scholar.google.com](http://scholar.google.com).

- 2) A base de dados da PubMed através do site:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

## **Resultados**

### **1. Obtenção de dados do INE**

Os dados obtidos referentes ao número de habitantes do sexo feminino no Distrito da Guarda, na faixa etária entre os 15 e os 19 anos e na faixa etária entre os 15 e os 49 anos de idade do ano 2001 ao ano 2006, encontram-se expressos na Tabela 1.

	<b>15-19 anos</b>	<b>15-49 anos</b>
<b>2001</b>	5064	31197
<b>2002</b>	4858	31144
<b>2003</b>	5692	31081
<b>2004</b>	4487	30869
<b>2005</b>	4491	32077
<b>2006</b>	4450	30967

**Tabela 1: Número de habitantes do sexo feminino do Distrito da Guarda, distribuídos pelas faixas etárias dos 15 aos 19 anos e dos 15 aos 49 anos, do ano de 2001 ao ano de 2006.**

Na Tabela 2 podemos observar os dados obtidos no Instituto Nacional de Estatística referentes ao número de nados vivos no Distrito da Guarda distribuídos pelas faixas etárias das mães, do ano 2001 ao ano 2006.

	<b>15-19 anos</b>	<b>15-49 anos</b>
<b>2001</b>	76	1363
<b>2002</b>	88	1351
<b>2003</b>	69	1272
<b>2004</b>	60	1274
<b>2005</b>	61	1243
<b>2006</b>	47	1156

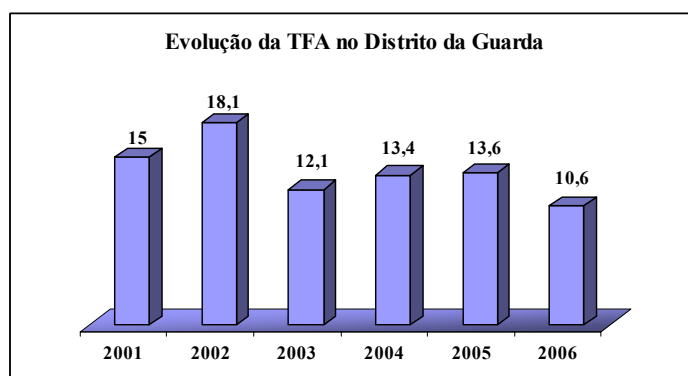
**Tabela 2: Número de nados vivos no Distrito da Guarda distribuídos pelas faixas etárias das mães, dos 15 aos 19 anos e dos 15 aos 49 anos, do ano de 2001 ao ano de 2006.**

Aplicou-se a fórmula de cálculo da Taxa de fecundidade (Número de nados vivos/ Número de mulheres x 1000) aos dados obtidos nos pontos anteriores. As taxas de fecundidade obtidas para as faixas etárias dos 15 aos 19 anos e dos 15 aos 49 anos, no Distrito da Guarda, entre os anos de 2001 e 2006, encontram-se na Tabela 3. A taxa encontra-se expressa em gravidez por 1000 mulheres.

	<b>15-19 anos</b>	<b>15-49 anos</b>
<b>2001</b>	15,0	43,7
<b>2002</b>	18,1	43,4
<b>2003</b>	12,1	40,9
<b>2004</b>	13,4	41,3
<b>2005</b>	13,6	38,8
<b>2006</b>	10,6	37,3

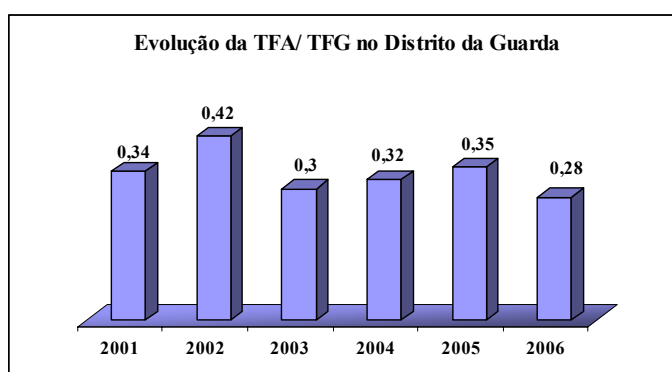
**Tabela 3: Distribuição da Taxa de fecundidade no Distrito da Guarda pelas faixas etárias dos 15 aos 19 anos e dos 15 aos 49 anos, do ano 2001 ao ano 2006, expressa em ‰.**

O Gráfico 5 expressa a evolução da Taxa de fecundidade na adolescência no Distrito da Guarda, de 2001 a 2006. Podemos observar que foi mais elevada no ano de 2002 com 18,1‰, seguida dos anos de 2001, 2005 e 2004 com, 15,0‰, 13,6‰ e 13,4‰, respectivamente. No ano de 2003 a Taxa de fecundidade na adolescência foi de 12,1‰, tendo-se verificado a Taxa mais baixa no ano de 2006, com 10,6‰.



**Gráfico 5: Evolução da Taxa de fecundidade na adolescência (15-19 anos) no Distrito da Guarda, de 2001 a 2006**

No Gráfico 6, podemos observar a evolução da razão entre a Taxa de fecundidade na adolescência e a Taxa de fecundidade geral no Distrito da Guarda, do ano 2001 ao ano 2006. Verificámos que esta foi mais elevada no ano de 2002, quando foi de 0,42, seguida do ano de 2005, 2001 e 2004, quando foi respectivamente de 0,35, 0,34 e 0,32. No ano de 2003 a mesma razão foi de 0,30 e no ano de 2006 verificou-se a razão mais baixa, de 0,28. Apesar da variação da razão ser crescente de 2001 a 2002 e de 2003 a 2005, num contexto global, a variação é decrescente tendo o máximo no ano de 2002 e o mínimo no ano de 2006.



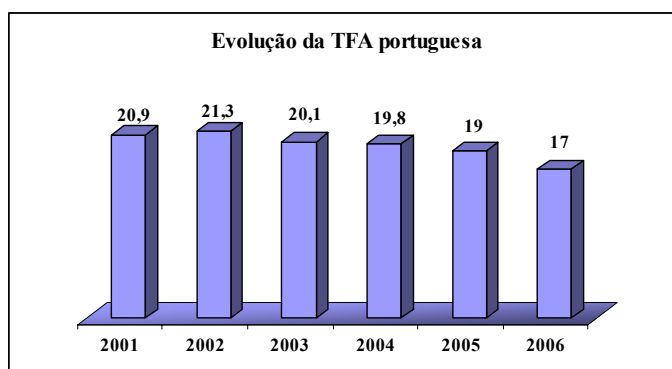
**Gráfico 6: Evolução da razão entre a Taxa de fecundidade na adolescência (TFA) e a Taxa de fecundidade geral (TFG), no Distrito da Guarda, de 2001 a 2006**

Os dados relativos à Taxa de fecundidade geral (entre os 15 e os 49 anos) e à Taxa de fecundidade na adolescência (entre os 15 e os 19 anos) em Portugal, de 2001 a 2006, encontram-se na Tabela 4.

	<b>15-19 anos</b>	<b>15-49 anos</b>
<b>2001</b>	20,9	43,2
<b>2002</b>	21,3	43,7
<b>2003</b>	20,1	42,9
<b>2004</b>	19,8	41,7
<b>2005</b>	19,0	41,8
<b>2006</b>	17,0	40,4

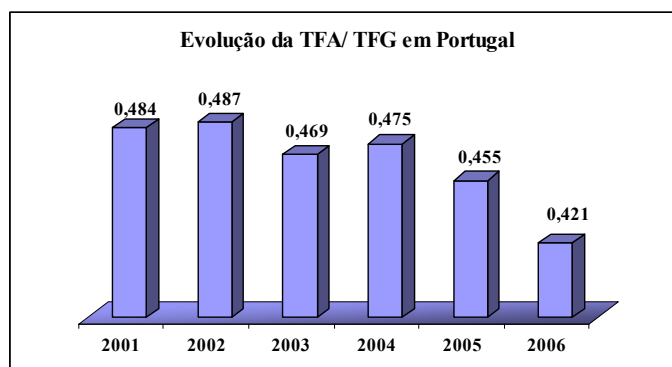
**Tabela 4: Distribuição da Taxa de fecundidade em Portugal pelas faixas etárias dos 15 aos 19 anos e dos 15 aos 49 anos, do ano 2001 ao ano 2006. A taxa encontra-se expressa em gravidez por 1000 mulheres.**

O Gráfico 7 expressa a evolução da Taxa de fecundidade na adolescência em Portugal, nos anos em estudo. Neste podemos observar que a taxa mais elevada foi observada no ano de 2002, sendo de 21,3‰, seguindo-lhe o ano de 2001, quando foi de 20,9‰. Nos anos de 2003, 2004, 2005 e 2006 foi sempre decrescendo, sendo de 20,1‰, 19,8‰, 19‰ e de 17‰, respectivamente.



**Gráfico 7: Evolução da Taxa de fecundidade na adolescência em Portugal, de 2001 a 2006. A taxa encontra-se expressa em gravidez por 1000 mulheres.**

No Gráfico 8, podemos observar a evolução da razão entre a Taxa de fecundidade na adolescência e a Taxa de fecundidade geral em Portugal, do ano 2001 ao ano 2006. Verificou-se que a razão mais elevada foi no ano de 2002, 0,487, seguida do ano de 2001 e 2004, quando foi respectivamente 0,484 e 0,475. No ano de 2003 a razão foi de 0,469, no ano de 2005 foi de 0,455, tendo-se verificado a razão mais baixa no ano de 2006, quando foi de 0,421.



**Gráfico 8: Evolução da razão entre a Taxa de fecundidade na adolescência (TFA) e a Taxa de fecundidade geral (TFG) em Portugal, de 2001 a 2006**

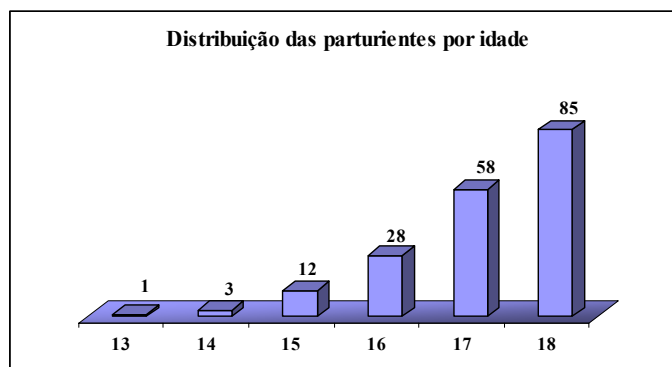
## 2. Consulta de processos do Hospital Sousa Martins

No período de 1 de Janeiro de 2001 a 31 de Dezembro de 2006, no Hospital de Sousa Martins, houve 187 parturientes com idade inferior a 19 anos de idade. Na Tabela 5 podemos observar a sua distribuição etária por anos de análise.

Idade	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
13	0	0	0	1	0	0	1
14	0	1	0	0	2	0	3
15	6	4	1	1	0	0	12
16	7	6	3	4	2	6	28
17	14	11	10	10	6	7	58
18	3	23	19	15	14	11	85
Total	30	45	33	31	24	24	187

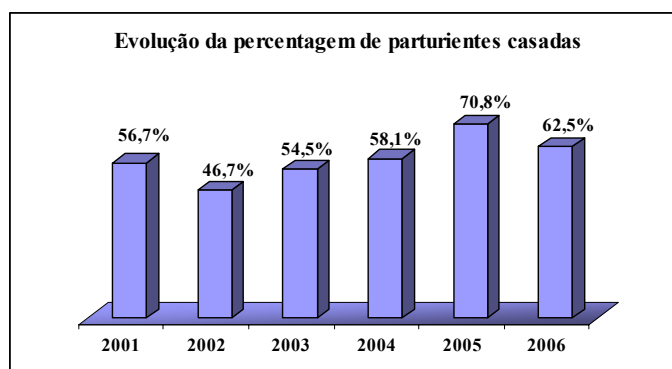
**Tabela 5: Distribuição etária das parturientes por ano de estudo**

A idade média das parturientes do nosso estudo foi de 17,1 anos e a moda das idades de 18 anos. Verificou-se que 45% das parturientes (85 parturientes) tinham 18 anos de idade, 31% (58 parturientes) tinham 17 anos, 15% (28 parturientes) tinham 16 anos e 6,4% (12 parturientes) tinham 15 anos. O número de parturientes na adolescência precoce, dos 10 aos 14 anos, foi de apenas 4, o que corresponde a 2% das parturientes. O Gráfico 9 mostra a distribuição etária das parturientes com menos de 19 anos no Hospital de Sousa Martins, entre os anos de 2001 e 2006.



**Gráfico 9: Distribuição etária das parturientes, com idade inferior a 19 anos de idade, no Hospital de Sousa Martins entre os anos 2001 e 2006**

No que respeita ao estado civil, verificou-se que 56,7% (106 parturientes) se encontravam casadas e 43,3% (81 parturientes) se encontravam solteiras. O Gráfico 10 exprime a evolução da percentagem de parturientes casadas desde o ano de 2001 até ao ano de 2006.



**Gráfico 10: Evolução da percentagem de parturientes casadas entre os anos de 2001 e 2006**

Em relação ao tipo de profissão das parturientes, apenas foram encontrados dados referentes a 179 parturientes, das quais 11% (20 parturientes) possuíam uma profissão remunerada, 16% (29 parturientes) eram estudantes, contudo, a grande maioria, 73% (130 parturientes) não eram estudantes nem possuíam uma profissão remunerada. Na Tabela 6 podemos encontrar a distribuição dos tipos de profissão nos anos em estudo.

Profissão	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Estudante	6	3	7	2	5	6
Com remuneração	2	8	4	2	1	3
Sem remuneração	22	26	22	27	18	15

**Tabela 6: Distribuição dos tipos de profissão por ano, de 2001 a 2006**

No referente à paridade, verificou-se que 88% (165 parturientes) eram nulíparas, 10% (18 parturientes) eram primíparas e 2% (4 parturientes) eram múltíparas. Na Tabela 7 podemos observar a distribuição da paridade nos anos de 2001 a 2006.

<b>Paridade</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Nulípara</b>	28	40	29	27	21	20
<b>Primípara</b>	2	5	4	4	3	0
<b>Múltipara</b>	0	0	0	0	4	4

**Tabela 7: Distribuição dos tipos de paridade por ano, de 2001 a 2006**

No estudo verificou-se que 8% (15 parturientes) não tinham Consultas de vigilância pré-natal, 45% (84 parturientes) tinham menos ou 5 Consultas de seguimento pré-natal e que 47% (88 parturientes) tinham mais de 5 Consultas de seguimento pré-natal. Na Tabela 8 podemos encontrar a distribuição do número de consultas de vigilância pré-natal nos anos em estudo.

<b>Nº de Consultas</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Sem consultas</b>	2	4	1	1	6	1
<b>≤ 5 consultas</b>	12	18	21	16	10	7
<b>&gt; 5 consultas</b>	16	23	11	14	8	16

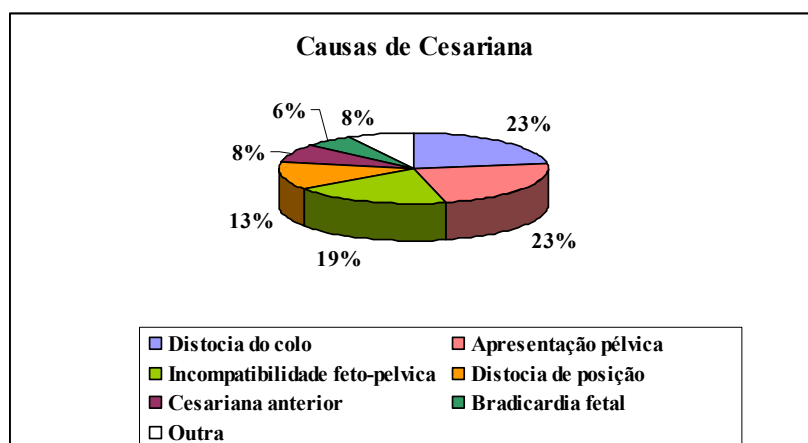
**Tabela 8: Distribuição do número de Consultas pré-natais por ano, de 2001 a 2006**

No que se refere ao tipo de parto, verificou-se que 65% (122 parturientes) tiveram partos eutócicos, 9% (17 parturientes) necessitaram da ajuda de fórceps e 26% (48 parturientes) foram submetidas a cesarianas. A Tabela 9 mostra a distribuição do tipo de parto por ano de estudo.

<b>Tipo de Parto</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Eutócico</b>	24	26	25	18	14	15
<b>Fórceps</b>	0	7	2	3	3	2
<b>Cesariana</b>	6	12	6	10	7	7

**Tabela 9: Distribuição do tipo de parto por ano, de 2001 a 2006**

No estudo verificámos que as causas mais frequentes para a realização de cesariana eram a distocia do colo e a apresentação pélvica, ambas em 23% (11 casos). Em 19% (9 casos), deveu-se a incompatibilidade feto-pélvica, em 13% (6 dos casos) foi devido a distocia de posição, em 8% (4 casos) foi devido a cesariana anterior e a outras causas e em 6% (3 casos) devido a bradicardia fetal. No Gráfico 11 podemos observar o peso de cada uma das causas.



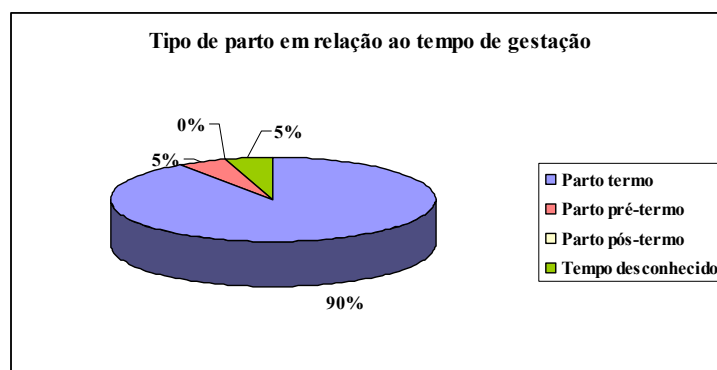
**Gráfico 11: Peso relativo de cada uma das causas de Cesariana**

Relativamente ao número de semanas de gestação, verificou-se que a média era de 38,7, sendo a moda de 40 semanas. A Tabela 10 mostra a distribuição do tempo de gestação, distribuído em quatro grandes grupos: inferior a 36 semanas de gestação, entre 36 e 42 semanas de gestação, superior a 42 semanas de gestação e idade gestacional desconhecida, relativamente aos 6 anos do estudo.

Semanas de gestação	2001	2002	2003	2004	2005	2006
< 36 semanas	1	1	1	1	4	1
36 a 42 semanas	29	40	31	29	18	22
> 42 semanas	0	0	0	0	0	0
Desconhecidas	0	4	1	1	2	1

**Tabela 10: Distribuição do número de semanas de gestação por ano, de 2001 a 2006**

Considerou-se parto pré-termo, quando ocorreu antes das 36 semanas de gestação, parto de termo quando ocorreu entre as 36 e as 42 semanas de gestação e parto pós-termo quando ultrapassou as 42 semanas de gestação. Conforme podemos observar no Gráfico 12, os partos em 90% (169 partos) são de termo e em 5% (9 partos) são pré-termo e de tempo desconhecido. Não houve partos pós-termo nos anos em estudo.



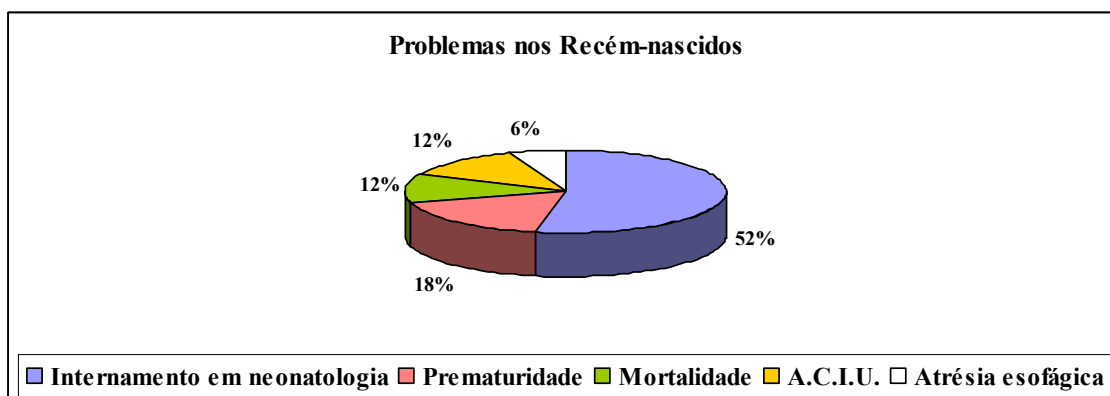
**Gráfico 12: Distribuição do tipo de partos relativamente ao tempo gestacional em partos pré-termo (<36 semanas), a termo (36 a 42 semanas), pós-termo (>42 semanas) e de tempo desconhecido, nos anos em estudo**

No nosso estudo, verificou-se que 64,7% (121 recém-nascidos) tinham peso adequado, ou seja mais de 3000g, 26,7% (50 recém-nascidos) tinham peso insuficiente, entre 2500 e 3000g e 8,6% (16 recém-nascidos) tinham baixo peso, ou seja, inferior a 2500 g. Na Tabela 11 podemos observar a distribuição do peso dos recém nascidos por estes grupos, nos anos de 2001 a 2006.

Peso do RN	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Baixo peso	2	3	5	2	4	0
Peso insuficiente	6	9	12	9	8	6
Peso adequado	22	33	16	20	12	18

**Tabela 11: Distribuição do peso do recém-nascido por baixo peso (< 2500g), peso insuficiente (2500 a 3000g) e peso adequado (>3000g), nos anos em estudo**

No estudo verificou-se uma incidência de problemas nos recém nascidos de 9,1% (17 casos). Como se pode observar no Gráfico 13, os principais problemas nos recém-nascidos são, em 52% (9 casos) necessidade de internamento na unidade de neonatologia, em 18% (3 casos) prematuridade, em 12% (2 casos) mortalidade e atraso do crescimento intrauterino (ACIU) e em 6% (1 caso) atresia esofágica.



**Gráfico 13: Peso relativo dos problemas encontrados nos recém-nascidos, nos anos em estudo. A.C.I.U. corresponde a atraso de crescimento intra-uterino.**

**3.**

## Implementação de questionários pós-parto

Contactaram-se as parturientes no Hospital de Sousa Martins entre os anos de 2001 e 2006, através dos 167 contactos telefónicos obtidos.

Verificou-se que 55% dos contactos telefónicos (92) se encontravam inactivos. Dos 75 contactos activos apenas 41 parturientes atenderam o telefone. Todas as parturientes que atenderam o telefone responderam às questões do Questionário 1- “Questionário pós-parto”, que se encontra anexo.

Relativamente ao nível de escolaridade, quando as inquiridas frequentaram os 4 primeiros anos foi considerada primária, quando frequentaram 5 ou 6 anos foi considerada de 2º ciclo, quando frequentaram 7, 8 ou 9 anos foi considerada de 3º ciclo, quando frequentaram 10, 11 ou 12 anos foi considerada secundária, quando frequentaram um curso profissional foi considerada profissional e quando frequentaram o ensino universitário foi considerada licenciatura. Conforme expresso do Gráfico 14, verificou-se que 51% (21 inquiridas) tinham o 3º ciclo de escolaridade, 22% (9 inquiridas) tinham o 2º ciclo de escolaridade, 9,8% (4 inquiridas) tinham a escolaridade primária ou tinham frequentado o ensino secundário, 4,9% (2 inquiridas) não tinham qualquer escolaridade, 2,4% (1 inquirida) tinha um curso profissional e nenhuma das inquiridas tinha uma licenciatura.

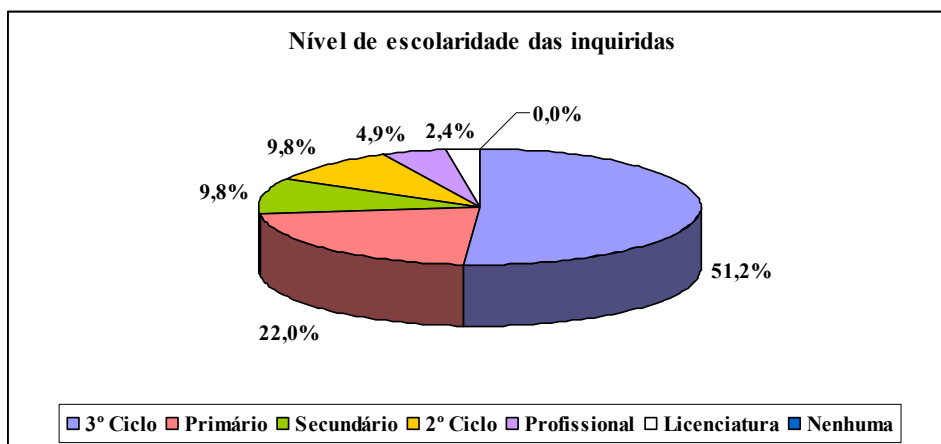
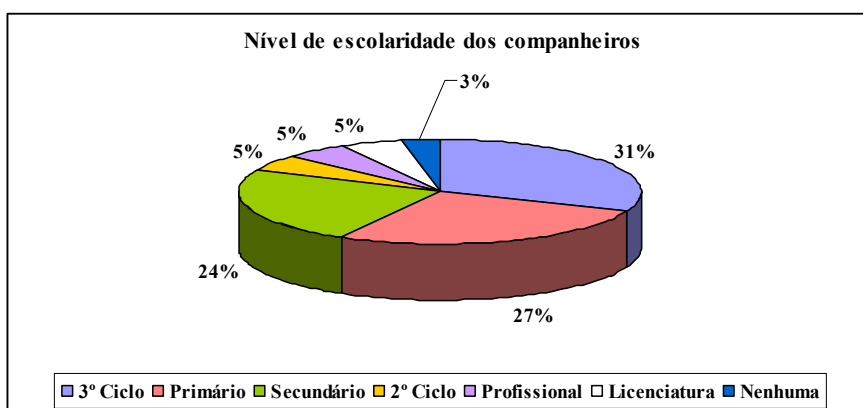


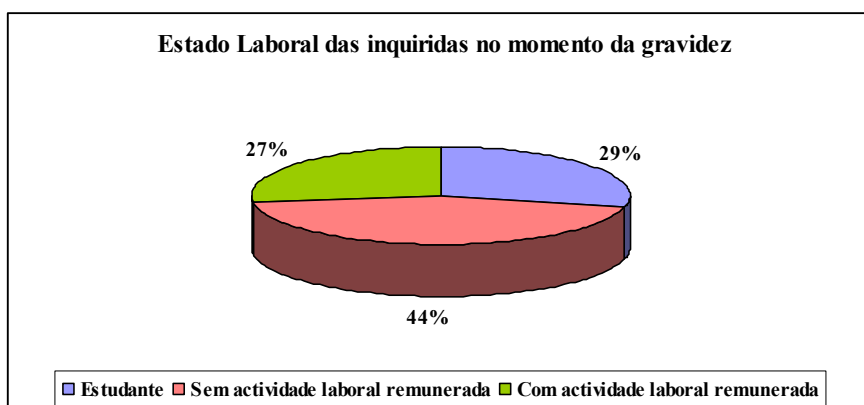
Gráfico 14: Distribuição das inquiridas por nível de escolaridade

Apenas 37 inquiridas conheciam o nível de escolaridade do companheiro. Seguindo a mesma classificação em relação ao nível de escolaridade do companheiro, verificou-se que 31% (11 companheiros) tinham o 3º ciclo de escolaridade, 27% (10 companheiros) tinham a escolaridade primária, 24% (9 companheiros) tinham frequentado o ensino secundário, 5% (2 companheiros) tinham frequentado o 2º ciclo, um curso profissional ou uma licenciatura e 3% (1 companheiro) não possuíam escolaridade. No Gráfico 15 podemos observar esta distribuição.



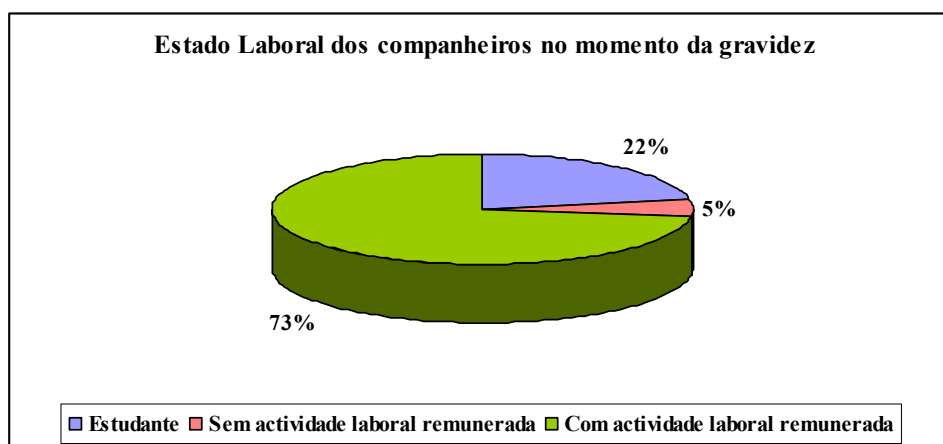
**Gráfico 15: Distribuição dos companheiros das inquiridas por nível de escolaridade**

Quanto ao estado laboral das inquiridas no momento da gravidez, observámos que 44% (18 inquiridas) se encontravam sem actividade laboral remunerada, 29% (12 inquiridas) eram estudantes e 27% (11 inquiridas) se encontravam com actividade laboral remunerada no momento da gravidez. O Gráfico 16 permite observar esta distribuição.



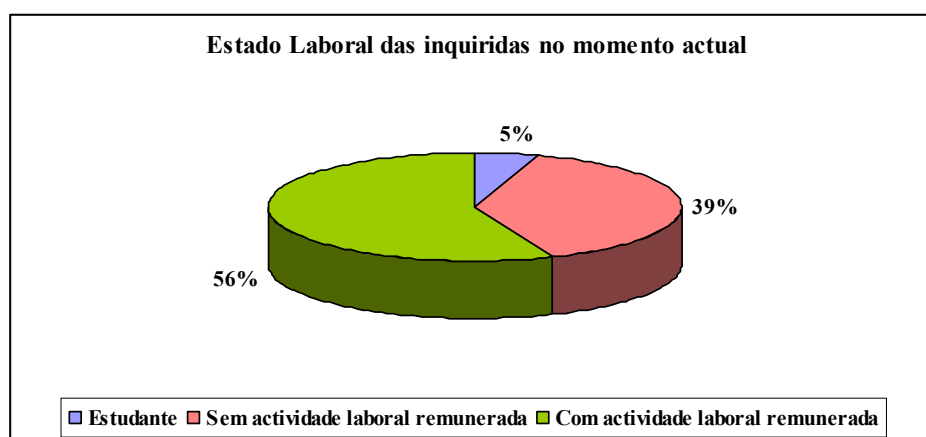
**Gráfico 16: Distribuição das inquiridas por estado laboral no momento da gravidez**

Quanto ao estado laboral dos companheiros das inquiridas no momento da gravidez, observámos que 73% (30 companheiros) se encontravam com actividade laboral remunerada, 22% (9 companheiros) eram estudantes e 5% (2 companheiros) se encontravam sem actividade laboral remunerada no momento da gravidez. O Gráfico 17 permite observar esta distribuição.



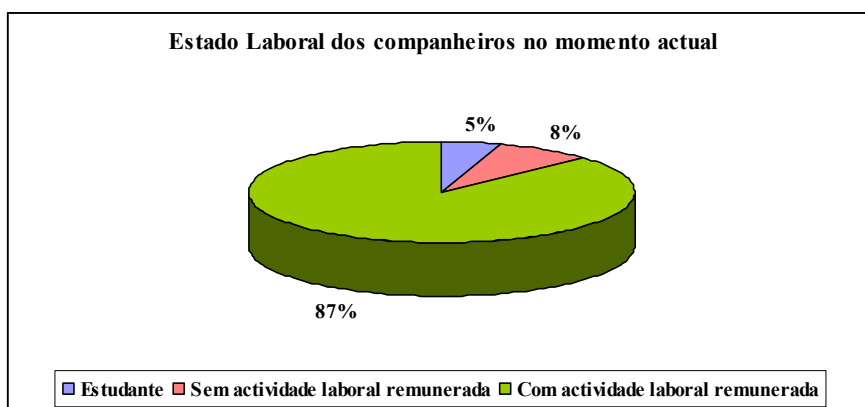
**Gráfico 17: Distribuição dos companheiros das inquiridas por estado laboral no momento da gravidez**

Quanto ao estado laboral das inquiridas no momento actual, observámos que 56% (23 inquiridas) se encontram com actividade laboral remunerada, 39% (16 inquiridas) se encontram sem actividade laboral remunerada e 5% (2 inquiridas) se encontram a estudar no momento actual. O Gráfico 18 permite observar esta distribuição.



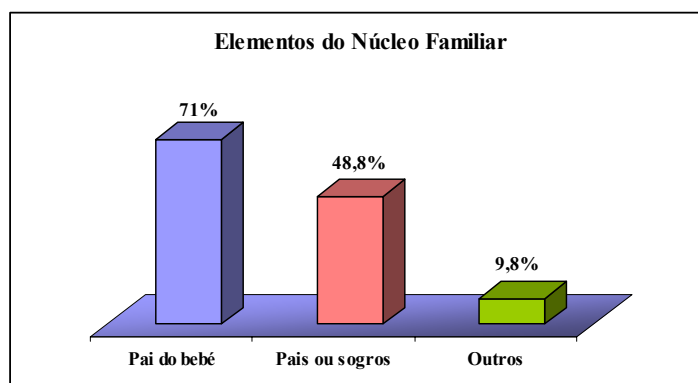
**Gráfico 18: Distribuição das inquiridas por estado laboral no momento actual**

Quanto ao estado laboral dos companheiros das inquiridas no momento actual, observou-se que 87% (32 companheiros) se encontram com actividade laboral remunerada, 8% (3 companheiros) se encontram sem actividade laboral remunerada e 5% (2 companheiros) se encontram a estudar no momento actual. O Gráfico 19 permite observar esta distribuição.



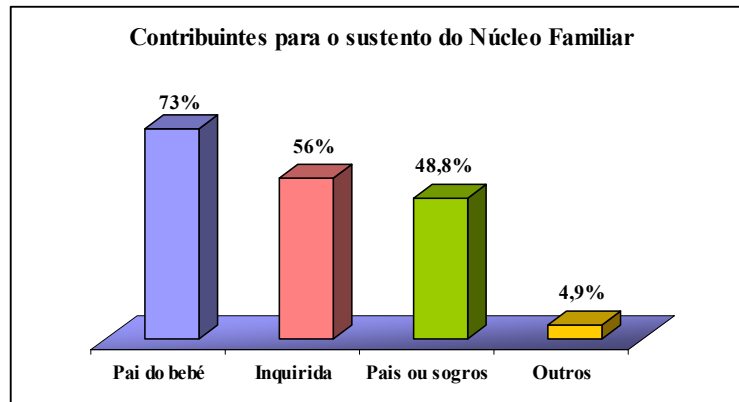
**Gráfico 19: Distribuição dos companheiros das inquiridas por estado laboral no momento actual**

Relativamente aos elementos do núcleo familiar das inquiridas no momento actual, verificou-se que 71% (29 inquiridas) convivem com o pai do filho, 48,8% (20 inquiridas) convivem com pais ou sogros e 9,8% (4 inquiridas) convivem com outros elementos, nomeadamente 4,8% (2 casos) com cunhados, 2,4% (1 caso) com irmãos ou com o actual companheiro. O Gráfico 20 mostra a frequência com que as inquiridas coabitam com cada um destes elementos. raciocínio



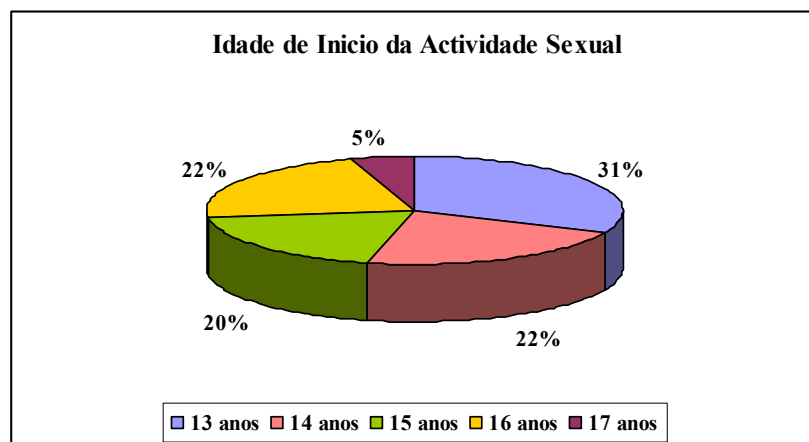
**Gráfico 20: Frequência com que as inquiridas coabitam com o pai do bebé, pais ou sogros ou com outros elementos**

No que respeita aos contribuintes para o sustento do núcleo familiar das 41 inquiridas, verificou-se que o pai do bebé é contribuinte em 73% (30 casos), a inquirida em 56% (23 casos), os pais ou sogros em 48,8% (20 casos) e outros elementos em 4,9% (2 casos). O Gráfico 21 permite observar a distribuição dos elementos do núcleo familiar por frequência de contribuição para o sustento do núcleo familiar.



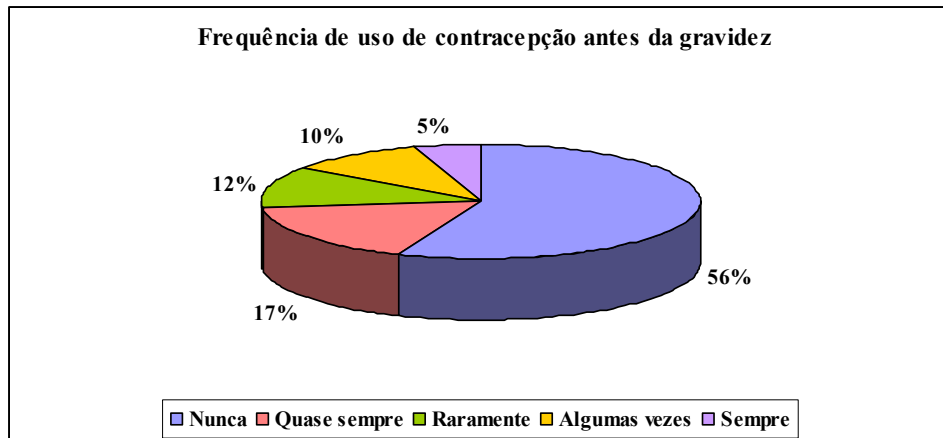
**Gráfico 21: Distribuição dos elementos do núcleo familiar por frequência de contribuição para o sustento do núcleo familiar das inquiridas**

Relativamente à idade de início da actividade sexual a média é de 14,5 anos e a moda de 13 anos. No Gráfico 22 podemos observar a distribuição das inquiridas por idade de início da actividade sexual.



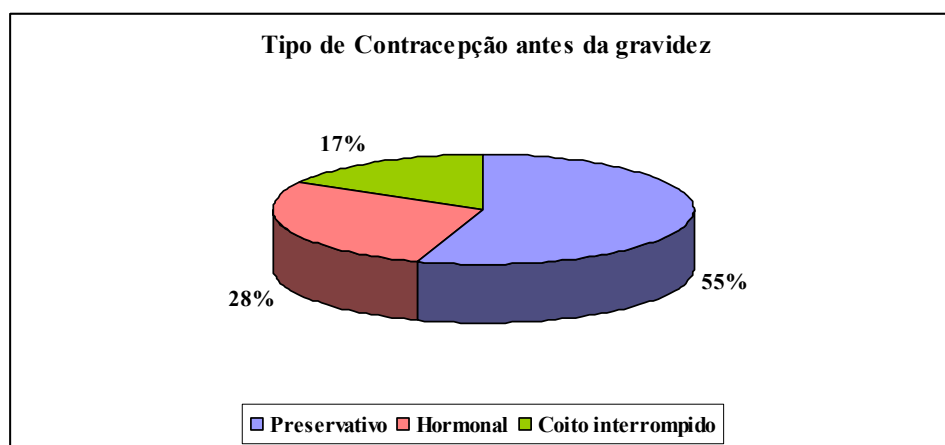
**Gráfico 22: Distribuição da idade de início da actividade sexual das inquiridas**

Relativamente à frequência do uso de contracepção antes da gravidez, conforme expresso no Gráfico 23, 56% (23 inquiridas) afirmaram nunca usar contracepção, 17% (7 inquiridas) usar quase sempre, 12% (5 inquiridas) usar raramente, 10% (4 inquiridas) usar algumas vezes e apenas 5% (2 inquiridas) afirmaram usar sempre contracepção.



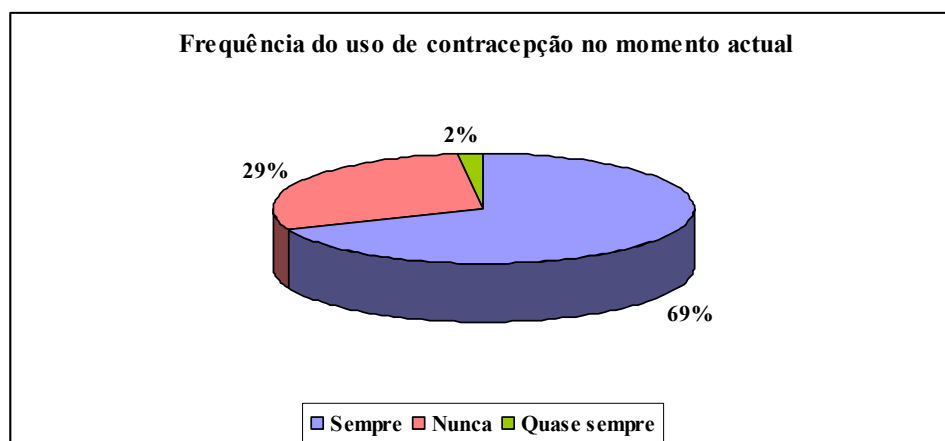
**Gráfico 23: Distribuição da frequência de uso de contraceptivos antes da gravidez**

Quando era utilizado contraceptivo antes da gravidez, 55% (10 inquiridas) utilizavam preservativo, 28% (5 inquiridas) utilizavam contraceptivos hormonais e 17% (3 inquiridas) utilizavam o método de coito interrompido. O Gráfico 24 explicita a frequência com que cada tipo de contracepção era utilizado antes da gravidez.



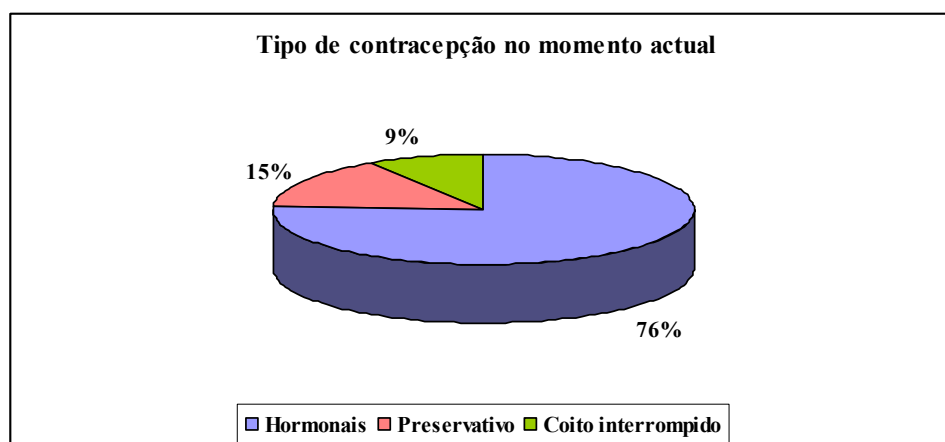
**Gráfico 24: Distribuição do tipo de contraceptivo utilizado antes da gravidez**

Verificou-se que actualmente 69% (28 inquiridas) utilizam sempre contracepção, 29% (12 inquiridas) nunca utilizam contracepção e 2% (1 inquirida) utiliza contracepção quase sempre. O Gráfico 25 mostra a frequência do uso de contracepção pelas inquiridas, na actualidade.



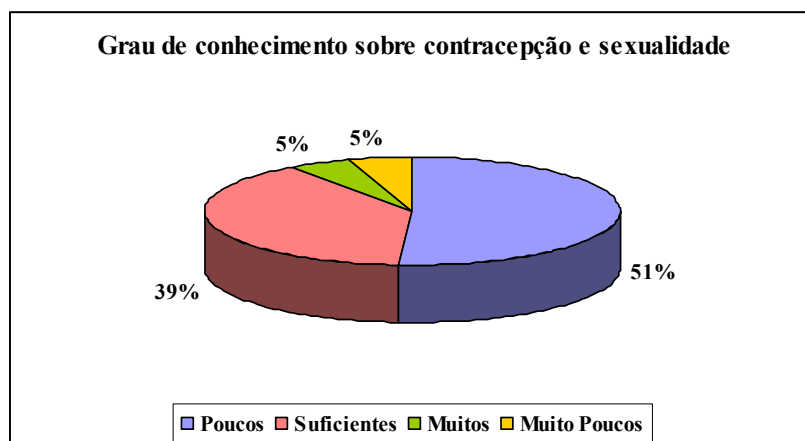
**Gráfico 25: Distribuição da frequência de uso de contracepção pelas inquiridas, no momento actual**

Constatou-se que actualmente o método de contracepção mais adoptado é o hormonal, em 76% (25 casos), seguido de preservativo em 15% (5 casos) e de coito interrompido em 9% (3 casos). O Gráfico 26 explicita a frequência com que cada tipo de contracepção é utilizado na actualidade.



**Gráfico 26: Distribuição do tipo de contraceptivo utilizado pelas inquiridas na actualidade**

No que respeita ao grau de conhecimentos sobre sexualidade e contraceção antes da gravidez, 51% (21 inquiridas) referiram possuir poucos conhecimentos, 39% (16 inquiridas) referiram ter conhecimentos suficientes, 5% (2 inquiridas) consideraram possuir muitos conhecimentos ou muito poucos conhecimentos. O Gráfico 27 relewa o grau de conhecimento das inquiridas sobre contraceção e sexualidade antes da gravidez.



**Gráfico 27: Distribuição das inquiridas por grau de conhecimento sobre sexualidade e contraceção antes da gravidez**

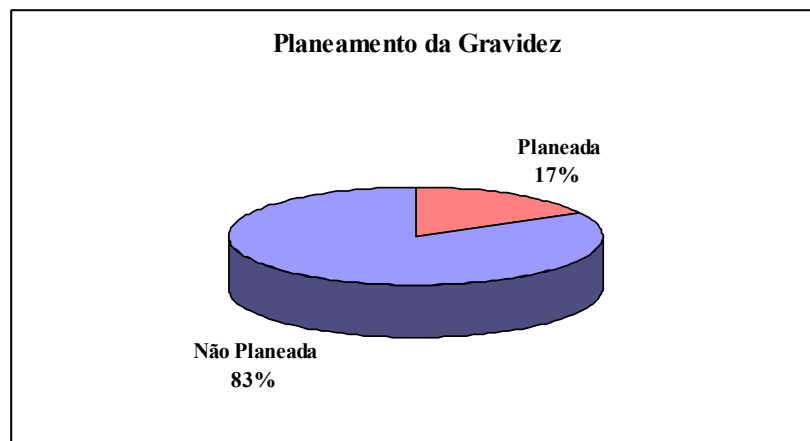
No que respeita à fonte de transmissão dos conhecimentos sobre contraceção, 42% (17 inquiridas) referiram os pais, 37% (15 inquiridas) a escola, 29% (12 inquiridas) os amigos ou os livros, 22% (9 inquiridas) as revistas, 17% (7 inquiridas) outros, dentro dos quais se destaca, em 6 casos, a televisão.

A Tabela 12 mostra a frequência das principais fontes de transmissão dos conhecimentos sobre sexualidade e contraceção.

Fonte de conhecimento	
Pais	17
Escola	15
Amigos	12
Livros	12
Revistas	9
Outros	7

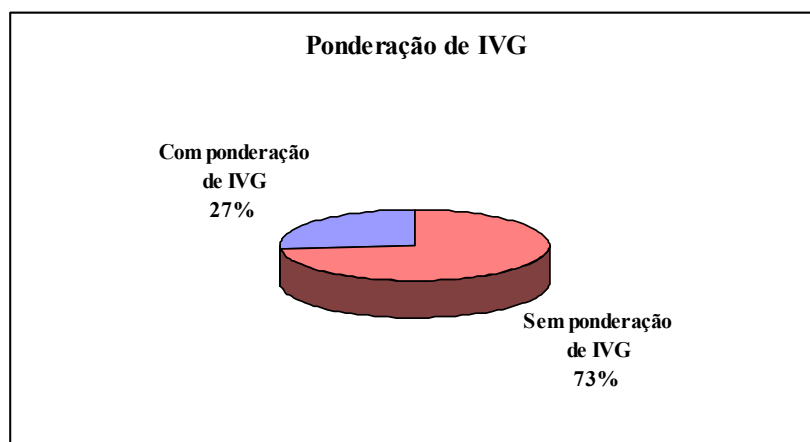
**Tabela 12: Principais fontes de transmissão de conhecimentos sobre sexualidade e contraceção**

No que respeita ao planeamento da gravidez, 83% (34 inquiridas) referiram que a gravidez não foi planeada e 17% (7 inquiridas) referiram que a gravidez foi planeada. No Gráfico 28 podemos observar esta distribuição.



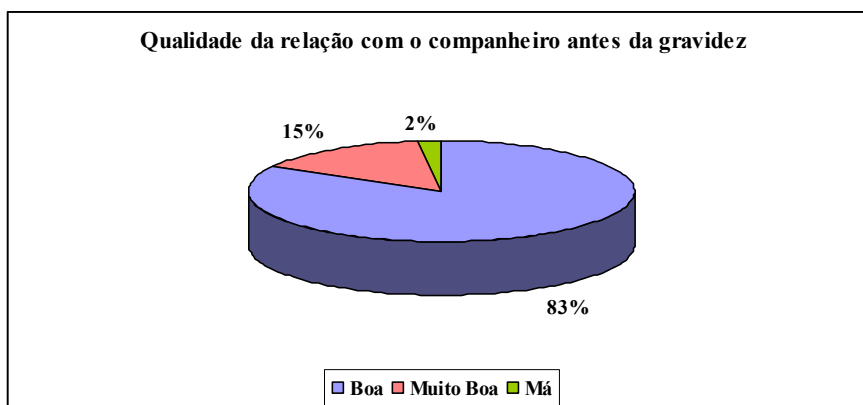
**Gráfico 28: Distribuição das inquiridas por frequência de planeamento da gravidez**

No que respeita à ponderação de interrupção voluntária da gravidez (IVG) por parte das inquiridas, 73% (30 inquiridas) afirmaram nunca a ter ponderado e 27% (11 inquiridas) afirmaram ter ponderado a interrupção voluntária da gravidez, mas ter decidido não a realizar. As razões mais apontadas para a ponderação da interrupção da gravidez foram a ausência de condições ideais para criar uma criança e a idade precoce. No Gráfico 29 podemos observar a distribuição da ponderação da IVG.



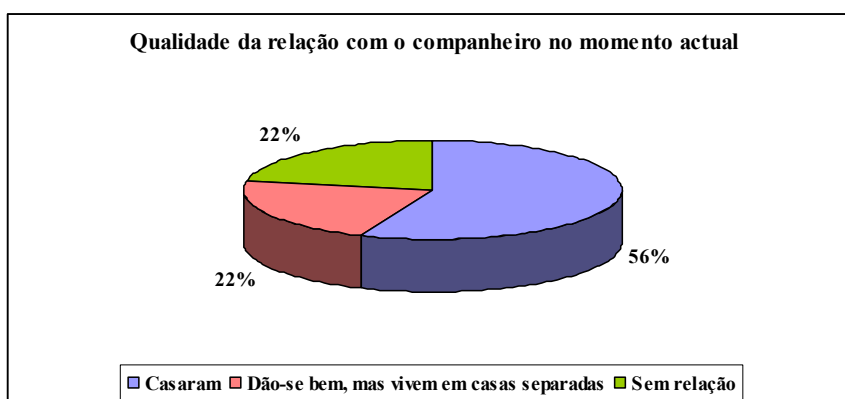
**Gráfico 29: Distribuição das inquiridas por frequência de ponderação da interrupção voluntária da gravidez**

Relativamente ao tipo de relação com o pai do bebé antes da gravidez, 83% (34 inquiridas) referiram que tinham uma boa relação, 15% (6 inquiridas) referiram que a relação era muito boa e 2% (1 inquirida) referiram que a relação era má. O Gráfico 30 expressa a distribuição das inquiridas por qualidade da relação com o pai do bebé no momento da gravidez.



**Gráfico 30: Distribuição das inquiridas por qualidade da relação com o pai do bebé antes da gravidez**

Relativamente ao tipo de relação com o pai do bebé na actualidade, 56% (23 inquiridas) referiram que se encontram casadas, 22% (9 inquiridas) referiram que se dão bem mas vivem em casas separadas e as restantes 22% (9 inquiridas) referiram que não têm qualquer relação com o pai do seu filho. O Gráfico 31 expressa a distribuição das inquiridas por qualidade da relação com o pai do bebé na actualidade.



**Gráfico 31: Distribuição das inquiridas por tipo de relação com o pai do filho, na actualidade**

Relativamente à relação entre o momento do casamento e a gravidez, verificou-se que 65% (15 inquiridas) casaram durante a gravidez, 35% (8 inquiridas) casaram antes da gravidez e nenhuma das inquiridas casou após a gravidez com o pai do seu filho. No Gráfico 32 podemos observar esta relação.

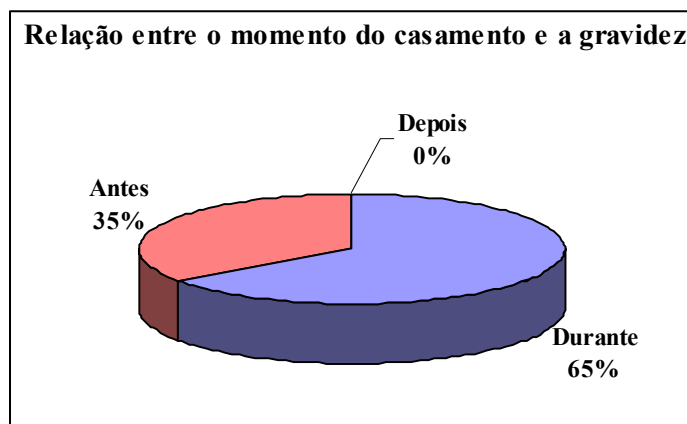


Gráfico 32: Distribuição das inquiridas por relação entre o momento do casamento e a gravidez

Relativamente ao momento de conhecimento da gravidez por parte das inquiridas, 45% (23 inquiridas) referiram ter tomado conhecimento da gravidez antes das 4 semanas, 51% (26 inquiridas) referiram ter tomado conhecimento entre as 4 e as 8 semanas e 4% (2 inquiridas) referiram ter tomado conhecimento apenas entre as 8 e as 12 semanas. O Gráfico 33 mostra a distribuição do momento de conhecimento da gravidez pela inquirida.

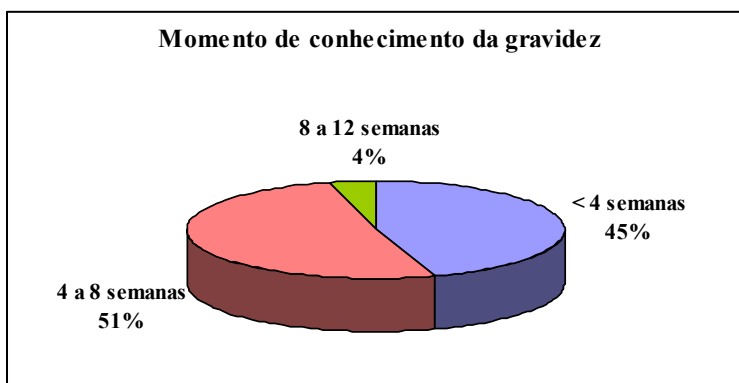


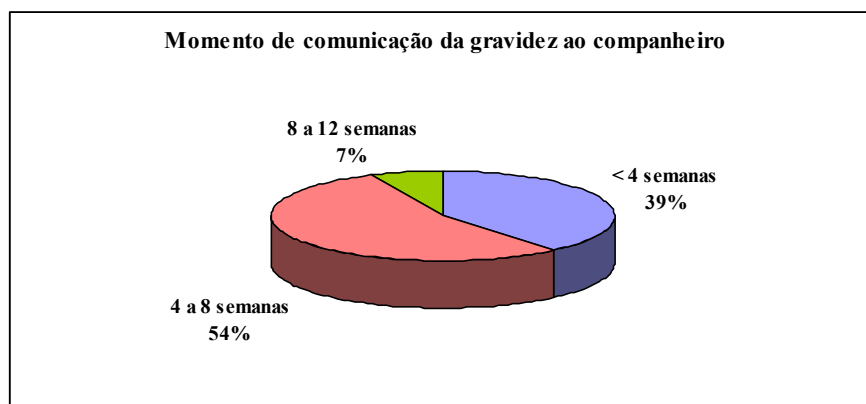
Gráfico 33: Distribuição das inquiridas por momento de conhecimento da gravidez

No que se refere à primeira pessoa a quem a inquirida deu conhecimento da gravidez, 49% (20 inquiridas) referiram que foi ao pai do bebé, 44% (18 inquiridas) referiram que foi a uma amiga e 7% (3 inquiridas) referiram que foi à mãe. No Gráfico 34 podemos encontrar a frequência com que cada um dos elementos foi informado em primeiro lugar.



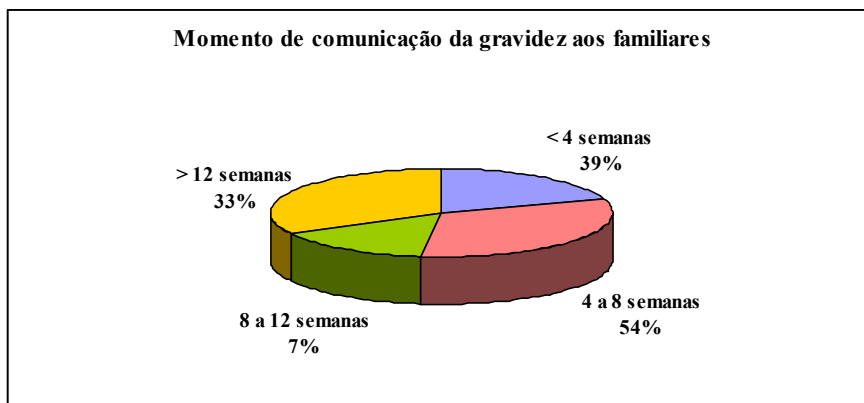
**Gráfico 34: Distribuição da frequência com que o pai do bebé, uma amiga ou a mãe foram os primeiros a ser informados da gravidez**

Relativamente ao momento em que as inquiridas informaram o pai do bebé da gravidez, 39% (16 inquiridas) referiram tê-lo feito antes das 4 semanas, 54% (22 inquiridas) referiram tê-lo feito entre as 4 e as 8 semanas e 7% (3 inquiridas) referiram tê-lo feito apenas entre as 8 e as 12 semanas. O Gráfico 35 mostra esta distribuição.



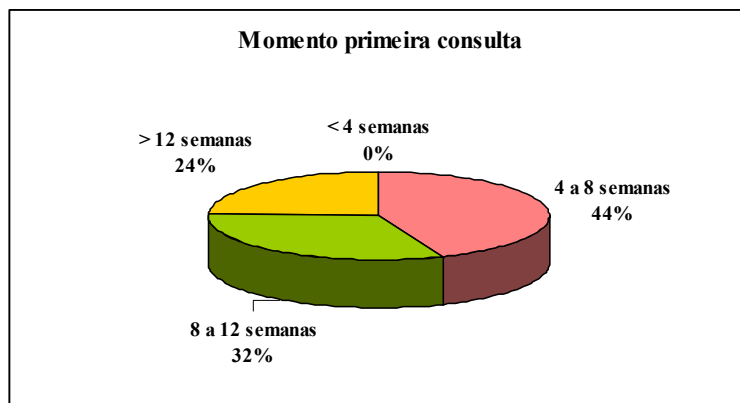
**Gráfico 35: Distribuição das inquiridas por momento em que informaram o pai do bebé da gravidez**

Relativamente ao momento em que as inquiridas informaram os seus familiares da gravidez, 20% (8 inquiridas) referiram tê-lo feito antes das 4 semanas, 32% (13 inquiridas) referiram tê-lo feito entre as 4 e as 8 semanas, 15% (6 inquiridas) referiram tê-lo feito entre as 8 e as 12 semanas e 33% (14 inquiridas) referiram só o ter feito após as 12 semanas. O Gráfico 36 mostra esta distribuição.



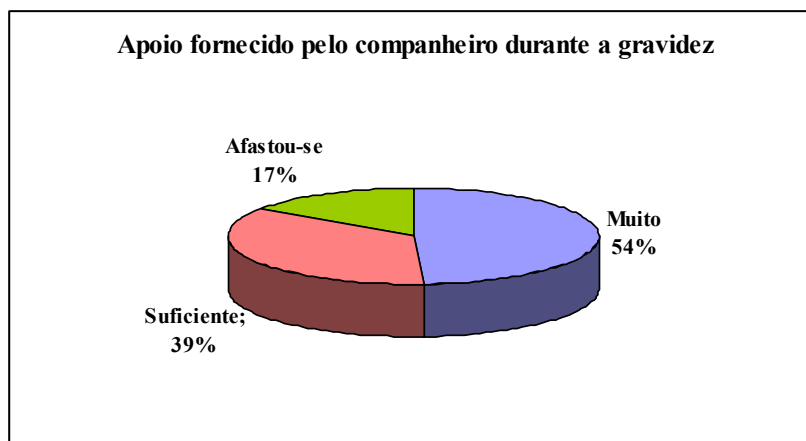
**Gráfico 36: Distribuição das inquiridas por momento em que deram conhecimento da gravidez aos seus familiares**

No que respeita ao momento da primeira consulta médica, nenhuma inquirida referiu ter ocorrido antes das 4 semanas, 44% (18 inquiridas) referiram ter ocorrido entre as 4 e as 8 semanas, 32% (13 inquiridas) referiram ter ocorrido entre as 8 e as 12 semanas e 24% (10 inquiridas) referiram só o ter feito após as 12 semanas. O Gráfico 37 mostra esta distribuição.



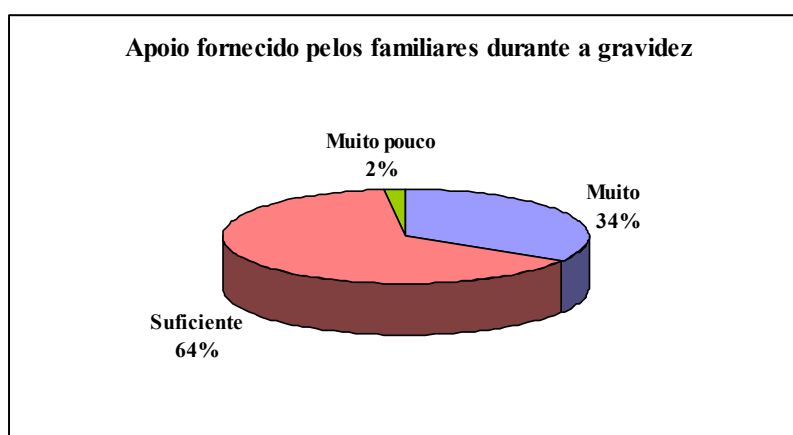
**Gráfico 37: Distribuição das inquiridas por momento da primeira consulta médica**

Relativamente ao apoio fornecido pelo companheiro durante a gravidez, 54% (22 inquiridas) referiram ter sido bom, 29% (12 inquiridas) referiram ter sido suficiente e 17% (7 inquiridas) referiram que o companheiro se afastou. O Gráfico 38 mostra a distribuição das inquiridas por qualidade do apoio fornecido pelo companheiro.



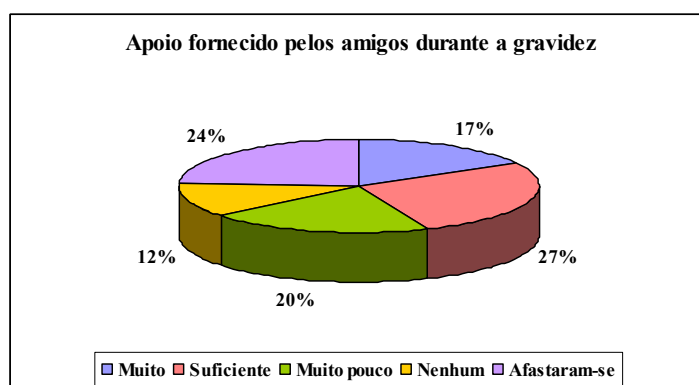
**Gráfico 38: Distribuição das inquiridas por qualidade de apoio fornecido pelo companheiro durante a gravidez**

Relativamente ao apoio fornecido pelos familiares durante a gravidez, 34% (14 inquiridas) referiram ter sido muito, 64% (26 inquiridas) referiram ter sido suficiente e 2% (1 inquirida) referiram ter sido muito pouco. O Gráfico 39 mostra a distribuição das inquiridas por qualidade do apoio fornecido pelos familiares.



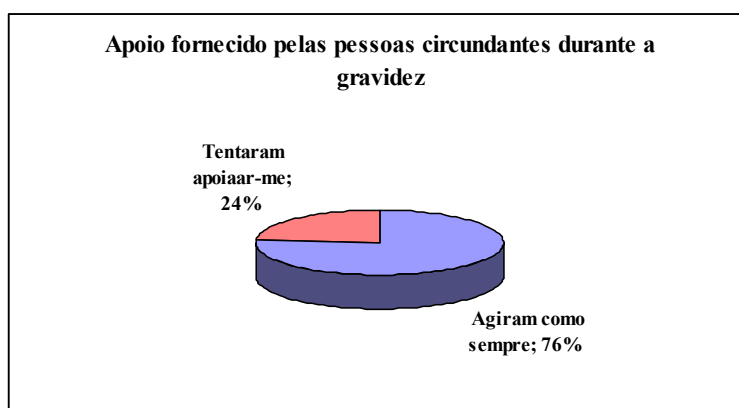
**Gráfico 39: Distribuição das inquiridas por qualidade de apoio fornecido pelos familiares durante a gravidez**

Relativamente ao apoio fornecido pelos amigos durante a gravidez, 17% (7 inquiridas) referiram ter sido muito, 27% (11 inquiridas) referiram ter sido suficiente, 20% (8 inquiridas) referiram ter sido muito pouco, 12% (5 inquiridas) referiram não ter tido nenhum apoio e 24% (10 inquiridas) referiram que os amigos se afastaram. O Gráfico 40 mostra a distribuição das inquiridas por qualidade do apoio fornecido pelos amigos.



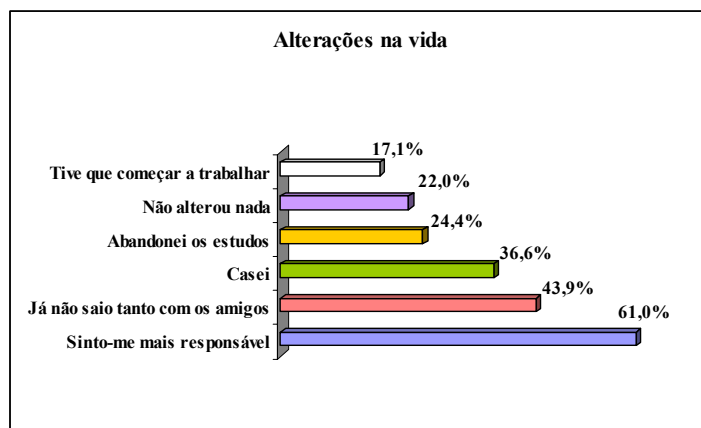
**Gráfico 40: Distribuição das inquiridas por qualidade de apoio fornecido pelos amigos durante a gravidez**

Relativamente ao apoio fornecido pelas pessoas circundantes (vizinhos, professores, outros) durante a gravidez, 24% (10 inquiridas) referiram que as tentaram apoiar e 76% (31 inquiridas) referiram que agiram como sempre. O Gráfico 41 mostra a distribuição das inquiridas por qualidade do apoio fornecido pelas pessoas circundantes.



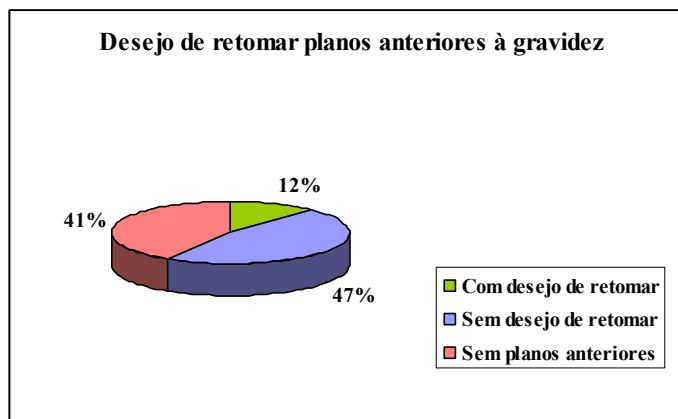
**Gráfico 41: Distribuição das inquiridas por qualidade de apoio fornecido pelas pessoas circundantes**

No que se refere às alterações causadas pela gravidez, 61% (25 inquiridas) referiram sentir-se mais responsável, 43,9% (18 inquiridas) referiram que já não saem tanto com os amigos, 36,6% (15 inquiridas) referiram que casaram, 24,4% (10 inquiridas) referiram que abandonaram os estudos, 22,0% (9 inquiridas) referiram que não alterou nada na sua vida, 17,1% (7 inquiridas) referiram que tiveram que começar a trabalhar, como podemos observar no Gráfico 42.



**Gráfico 42: Frequência das alterações na vida das inquiridas originadas pela gravidez**

No que respeita ao desejo de retomar os planos existentes antes da gravidez, 47% (19 inquiridas) referiram não ter desejo de retomar os planos anteriores à gravidez, 41% (17 inquiridas) referiram que já não tinham planos antes da gravidez e 12% (5 inquiridas) referiram ter desejo de retomar planos anteriores à gravidez. No Gráfico 43, encontra-se esta distribuição.

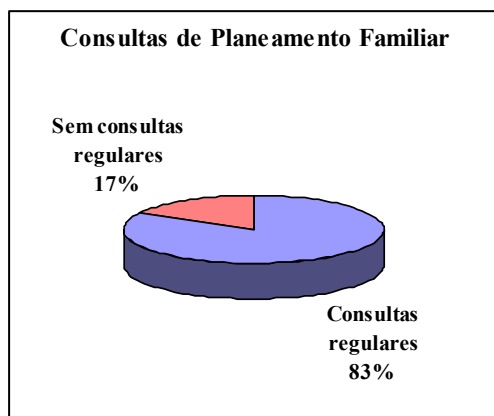


**Gráfico 43: Distribuição das inquiridas pela manifestação de vontade de retomar planos anteriores à gravidez**

Relativamente ao grau de satisfação com o filho, todas as inquiridas são unânimes em afirmar que se sentem satisfeitas pela opção tomada.

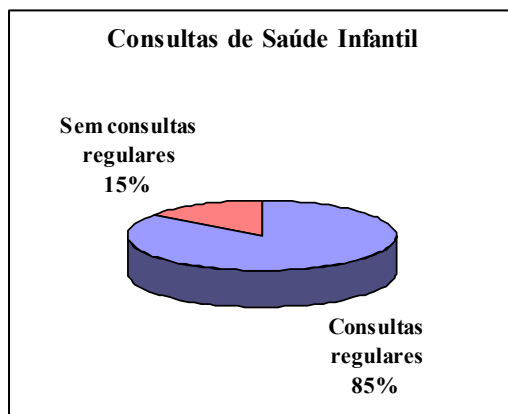
Relativamente ao seguimento regular em Consultas de planeamento familiar, 83% (34 inquiridas) referiram que têm consultas regulares e 17% (7 inquiridas) referiram que não são seguidas regularmente em Consultas de planeamento familiar. O

Gráfico 44 mostra a adesão às Consultas de planeamento familiar



**Gráfico 44: Distribuição das inquiridas pelo seguimento em Consultas de planeamento familiar**

Relativamente às Consultas de saúde infantil, 85% (35 inquiridas) referiram que levam regularmente o seu filho a estas consultas e 15% (6 inquiridas) referiram que não o fazem. O Gráfico 45 mostra a adesão às Consultas de saúde infantil.

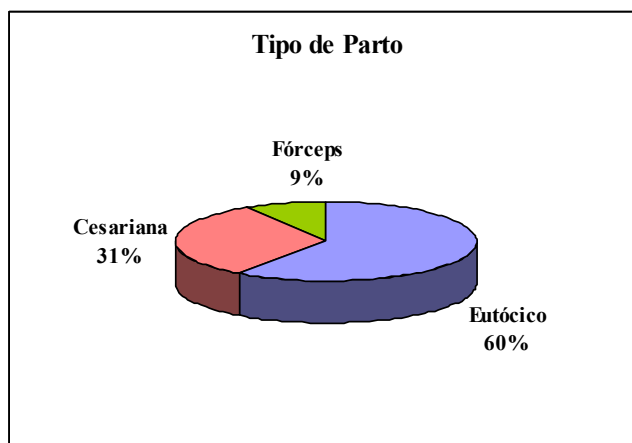


**Gráfico 45: Distribuição das inquiridas por adesão às Consultas de saúde infantil do seu filho**

#### **4. Dados referentes a Obstetrícia Geral no HSM**

No Hospital de Sousa Martins (HSM), de 01 de Janeiro de 2001 a 31 de Dezembro de 2006 ocorreram 5289 partos, dos quais nasceram 5401 recém-nascidos.

No que se refere ao tipo de parto, verificou-se que 60% (3163 parturientes) tiveram partos eutócicos, 9% (473 parturientes) necessitaram da ajuda de fórceps e 31% (1651 parturientes) foram submetidas a cesarianas. O Gráfico 46 mostra a frequência de cada tipo de parto nos anos de 2001 a 2006.



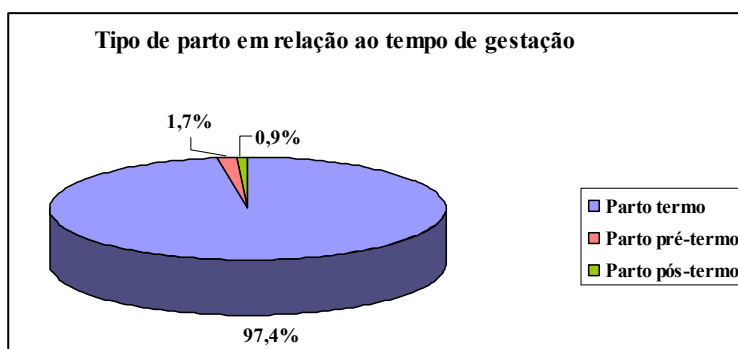
**Gráfico 46: Frequência de cada tipo de parto no Hospital de Sousa Martins, de 2001 a 2006**

Relativamente ao número de semanas de gestação, a Tabela 12 mostra a distribuição do tempo de gestação, organizada em quatro grandes grupos: inferior a 36 semanas de gestação, entre 36 e 42 semanas de gestação, superior a 42 semanas de gestação e idade gestacional desconhecida, relativamente aos 6 anos do estudo. Podemos constatar que 97,4% (5147 parturientes) tinham entre 36 e 42 semanas de gestação, 1,7% (90 parturientes) tinham menos de 36 semanas de gestação, 0,9% (50 parturientes) tinham mais de 42 semanas de gestação. Nenhuma das parturientes tinha tempo gestacional desconhecido.

Semanas de gestação	Total
< 36 semanas	90
36 a 42 semanas	5147
> 42 semanas	50
Desconhecidas	0

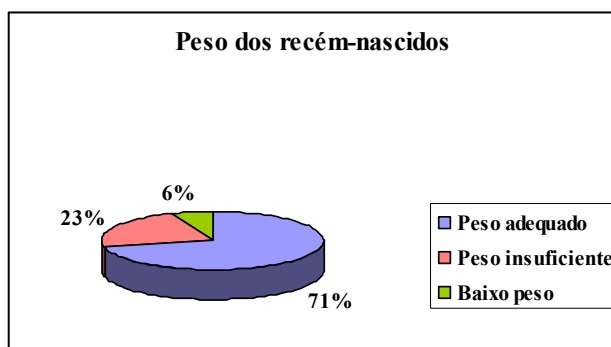
**Tabela 12: Distribuição do número de semanas de gestação por grandes grupos no Hospital de Sousa Martins, nos anos em estudo**

Considerou-se parto pré-termo quando ocorreu antes das 36 semanas de gestação, parto de termo quando ocorreu entre as 36 e as 42 semanas de gestação e parto pós-termo quando ultrapassou as 42 semanas de gestação. Como podemos observar no Gráfico 47, a grande maioria dos partos, 97,4% (5147 partos) foram a termo, 1,7% (90 partos) foram pré-termo e apenas 0,9% (50 partos) foram pós-termo.



**Gráfico 47: Frequência de cada tipo de parto, relativamente ao tempo de gestação, no Hospital de Sousa Martins nos anos em estudo**

No nosso estudo, conforme podemos observar no Gráfico 48, verificou-se que 71% (3796 recém-nascidos) tinham peso adequado, ou seja mais de 3000g, 23% (1269 recém-nascidos) tinham peso insuficiente, entre 2500 a 3000g e 6% (336 recém-nascidos) tinham baixo peso, ou seja, inferior a 2500 g.



**Gráfico 48: Distribuição do peso do recém-nascido por baixo peso (< 2500g), peso insuficiente (2500 a 3000g) e peso adequado (>3000g), no Hospital de Sousa Martins nos anos em estudo**

## *Discussão*

### *1. Taxa de fecundidade:*

No nosso estudo, no ano 2006, a Taxa de fecundidade na adolescência, faixa etária dos 15 aos 19 anos, no Distrito da Guarda foi de 10,6‰ e a razão entre a Taxa de fecundidade na adolescência e a Taxa de fecundidade geral foi de 0,28. Estes valores são inferiores aos dados de Portugal onde encontramos, para o mesmo ano, uma Taxa de fecundidade na adolescência de 17,0‰ e uma razão entre a Taxa de fecundidade na adolescência e a Taxa de fecundidade geral de 0,42. O mesmo ocorreu em relação à Taxa de fecundidade na adolescência da Região Centro de Portugal (12,7‰).

A Taxa de fecundidade na adolescência encontrada foi inferior a todas as taxas referidas no estudo de Singh e Darroch, onde verificaram que nos EUA a referida taxa era de 70‰, na Europa Ocidental de 14‰ e mesmo nos Países Baixos de 12‰. (Singh & Darroch, 2000).

Relativamente à evolução da Taxa de fecundidade na adolescência no Distrito da Guarda nos anos em estudo, verificou-se o valor mais elevado no ano de 2002 (18,1‰) e o valor mais baixo no ano de 2006 (10,6‰). Constatou-se, também, uma Taxa de crescimento da Taxa de fecundidade na adolescência de -41,5%, ou seja, entre o ano de 2001 e o ano de 2006, a Taxa de fecundidade na adolescência reduziu 41,5%. Esta taxa foi inferior à taxa encontrada em Portugal (29,4%) no mesmo período. A Taxa de crescimento da razão entre a Taxa de fecundidade na adolescência e a Taxa de fecundidade geral foi de -21,4%, ou seja, esta sofreu um declínio de 21,4%.

A nível mundial também se tem verificado a tendência para um crescimento negativo da Taxa de fecundidade na adolescência. Por exemplo, o estudo feito por Henshaw (2004) verificou que a taxa mundial de gravidez na adolescência tardia reduziu 28% desde o ano de 1990 até ao ano de 2000.

## **2. Perfil pessoal e social das grávidas adolescentes:**

No nosso estudo verificou-se que a moda das idades das parturientes era de 18 anos, sendo a média das idades 17,1 anos e que a incidência da gravidez na adolescência aumenta com a idade. Estes resultados parecem concordantes com a literatura disponível onde, por exemplo, no estudo de Camacho *et al* (1995) foi encontrada uma idade média de 17,94, sendo um pouco mais elevada provavelmente porque o estudo incluía parturientes até aos 19 anos de idade.

Verificou-se ainda que a grande maioria (98%) das parturientes se encontrava na fase tardia da adolescência (dos 15 aos 18 anos) enquanto que apenas 2% se encontravam na fase precoce da adolescência (dos 10 aos 14 anos). A incidência de gravidez em cada uma das fases da adolescência mostrou-se concordante com a literatura tendo, como exemplo, o trabalho de Zaganelli (2006) que denotou uma proporção de 95% de parturientes na adolescência tardia e de 5% na adolescência precoce.

No nosso estudo, verificou-se que a maioria (56,7%) das parturientes eram casadas. A literatura evidenciou um valor semelhante de percentagem de casadas como no trabalho de Zaganelli (2006) que verificou uma percentagem de parturientes casadas de 60,9%. No trabalho também se pode constatar que apenas 35% dos casamentos são anteriores à gravidez, tendo havido precipitação do matrimónio num número muito considerável de casos (65%).

No que respeita à situação profissional, no estudo verificou-se que apesar de estar preconizada a escolarização até esta idade, apenas 16% das jovens se encontravam a estudar no momento do parto. Verificou-se que 73% destas parturientes não estudavam nem possuíam uma profissão remunerada. É importante realçar o impacto

que o sustento de mais um elemento no núcleo familiar pode causar num quadro onde unicamente 11% das parturientes se encontra com uma profissão remunerada.

Em Portugal o ensino secundário geralmente é iniciado por volta dos 15 anos de idade. Uma vez que a idade média das parturientes é de 17,1 anos, frequentando com aproveitamento o ensino português, seria de esperar que a maioria destas tivessem frequentado o ensino secundário. No entanto, o estudo mostrou uma escolaridade muito inferior, uma vez que 83% das inquiridas tinham uma escolaridade igual ou inferior ao 3º ciclo (inferior a 10 anos de escolaridade). Podemos então concluir que existe uma grande taxa de abandono escolar no grupo de grávidas adolescentes. É, ainda, de notar que o dado de que apenas 16% das parturientes se encontravam a estudar no momento da gravidez apontava para esta realidade.

A literatura é concordante ao evidenciar uma baixa escolaridade. O estudo feito por Zaganelli (2006) mostra isto mesmo visto que 87% das parturientes adolescentes tinham uma escolaridade inferior ao ensino secundário.

No respeitante à paridade, o nosso estudo mostrou que 88% das grávidas adolescentes eram nulíparas, 10% eram primíparas e 2% múltíparas. A literatura sugere percentagens superiores de múltíparas, na ordem dos 13% em Costa *et al* (1999), evidenciando a necessidade de políticas de saúde reprodutiva dirigidas a este grupo de adolescentes para reduzir a reincidência de gravidez neste grupo etário.

### 3. **Factores de Risco:**

O nosso trabalho permitiu-nos verificar que a maioria das adolescentes tinha um baixo grau de ensino através do nível de escolaridade e do conhecimento do número de adolescentes que se encontravam a estudar no momento da gravidez. Sendo em Portugal a escolaridade obrigatória de 9 anos, observámos que neste grupo de jovens a escolaridade é muito baixa uma vez que 85% das inquiridas tinham 6 ou menos anos de

estudo. No estudo de todos os processos pudemos, ainda, observar que 84% das adolescentes já tinham abandonado os estudos.

O nosso trabalho permitiu-nos verificar que a escolaridade dos companheiros das adolescentes também era baixa uma vez que 66% dos jovens tinha 6 ou menos anos de estudo. Contudo pudemos observar que, apesar desta baixa escolaridade, se verificou que existe uma percentagem muito superior de frequência de ensino secundário, universitário e cursos profissionais comparativamente às inquiridas.

No que respeita ao estado laboral antes de engravidar, verificámos que a maioria das grávidas adolescentes (73%) não se encontrava com profissão remunerada nem a estudar no momento da gravidez e que apenas 11% se encontravam empregadas. Já no sexo masculino verificámos o oposto, visto que 73% dos companheiros das inquiridas se encontravam empregados e que apenas 5% não possuíam uma profissão remunerada nem estudavam no momento da gravidez.

Dados muito semelhantes foram encontrados por exemplo por Figueiredo *et al.* (2006). Neste último, foi encontrada uma sobreposição de condições existenciais menos favoráveis tais como baixos níveis de escolaridade, empregos de baixa remuneração, exclusão do sistema de ensino ou de emprego. Foi, ainda, verificado neste estudo que 78,3% das grávidas e 71,8% dos companheiros não tinham a escolaridade obrigatória, que 73,8% dos companheiros se encontravam empregados e 66,5% das grávidas estavam desempregadas, por fim, foi constatado que 95,2% das adolescentes e 92,7% dos companheiros tinham profissões de baixa qualificação.

Segundo Silva (1983), a baixa escolaridade de muitas adolescentes está associada a diversos factores como a indiferenciação profissional dos seus pais, a probabilidade da adolescente desconhecer as técnicas de planeamento familiar, o menor número de cuidados pré-natais e o baixo peso do seu filho ao nascer. Torna-se, então,

importante entender que este factor comporta outros riscos para além da gravidez na adolescência e que é importante travá-lo.

No nosso estudo verificou-se que a idade média de início da actividade sexual foi de 14,5 anos, tendo como moda 13 anos de idade. É de realçar que 53% das adolescentes iniciaram a actividade sexual até aos 14 anos, inclusive. Esta precocidade do início da actividade sexual também foi encontrada em Costa *et al* (1999) onde foi verificado que 50,9% da iniciação sexual teve lugar até aos 14 anos e 79,4% ocorreu com menos de 1 ano de namoro entre grávidas adolescentes com menos de 16 anos.

No que respeita ao grau de conhecimento sobre sexualidade e contraceção no momento da gravidez, é de realçar que 56% das inquiridas referiram possuir poucos ou muito poucos conhecimentos sobre sexualidade e contraceção.

Os conhecimentos foram proporcionados em 41% dos casos pelos pais, em 37% pela escola e em 29% pelos amigos e livros. A família, principalmente na figura dos pais, deveria orientar os filhos em relação às dúvidas, angústias, tabus e preconceitos tão frequentes nessa etapa da vida, contudo, verificámos que apenas 41% dos pais o fazem. Uma das razões apontadas em Ramos *et al* (2000) prende-se com o facto da sexualidade ainda ser um assunto tabu na nossa sociedade. No mesmo artigo indicam, ainda, que o actual modo de vida da família não propicia aos pais ficarem muito tempo com os filhos, o que pode levar ao distanciamento dessas relações logo desde a infância. Uma das outras fontes mais apontadas pelas inquiridas, em 37% dos casos, foi a escola. Apesar de ser um meio de informação muito importante, a baixa escolaridade destas adolescentes não permite conhecimentos mais profundos sobre esta matéria. Em Ramos *et al* (2000) refere-se, ainda, que grande parte dos professores se encontra mal preparada para conduzir essa discussão e que, em muitos casos, acabam por ter atitudes discriminatórias.

Segundo Borges (1999), a gravidez na adolescência não se deve a falta de conhecimento uma vez que grande parte das adolescentes conhece os métodos contraceptivos e os riscos de engravidar se não os utilizar. Refere, ainda, que a falta de adesão à contracepção se deve ao pensamento mágico, onde a adolescente acredita que não irá engravidar simplesmente porque não o deseja. Madeira (1997) descreve a maternidade precoce como um acto intencional visto que muitas adolescentes conheciam os métodos anticoncepcionais. É importante ressaltar que muitas adolescentes disseram que usavam algum método, ficando então a dúvida sobre o modo como este era utilizado. Infelizmente as adolescentes entrevistadas não aprofundaram as suas respostas a ponto de esclarecer qual o motivo subjacente a esta gravidez dita inesperada contudo, segundo Borges (1999), a maioria das adolescentes não consegue justificar claramente o porquê de terem engravidado. Além disso, o sentimento de culpa por terem relações sexuais pré-conjugais diminui a probabilidade do uso de um método anticoncepcional efectivo, constituindo mais um motivo que pode contribuir para o afastamento das adolescentes dos métodos contraceptivos. (Newcombe, 1999) Também Justo (2006) mostra que as diferenças psicológicas são muito marcadas entre as adolescentes que têm uma vida sexualmente activa e usam contracepção adequadamente e as que não usam adequadamente a contracepção.

Quando analisámos a frequência do uso de contracepção antes e depois da gravidez verificámos que houve uma evolução sendo que, antes da gravidez, 56% afirmavam nunca usar contraceptivos e apenas 5% referiram usar sempre e, no momento actual, 69% afirmaram usar sempre contraceptivos e apenas 29% referiram nunca os usar. Para Takiuti (1997), isto explica-se porque, num estado consciente, a adolescente pode até citar vantagens e desvantagens de cada método, mas devido à falta de maturidade emocional, ao sentimento de culpa em relação à sua sexualidade activa e a uma série de imagens que produzem medo às adolescentes (“faz mal à saúde”,

“engorda”, “causa cancro”, “causa esterilidade”) a utilização de muitos métodos contraceptivos torna-se complicada, comprometendo a disposição para assumir uma contracepção eficaz. Talvez por esta razão, no nosso estudo, o método de contracepção escolhido antes da gravidez, o preservativo, seja substituído pelos contraceptivos orais após a gravidez.

O nosso estudo permitiu-nos verificar que 17% das adolescentes inquiridas planearam a gravidez encontrando-se este planeamento associado ao casamento precoce, uma vez que verificámos que 35% das inquiridas já se encontravam casadas antes da gravidez. Deste modo, podemos considerar o casamento precoce como um factor de risco para a gravidez na adolescência.

Em Belo *et al.* (2004) também se verificou que a gravidez na adolescência nem sempre é um facto inconsequente ou desastroso, principalmente quando ocorre na faixa etária dos 17 aos 19 anos de idade, pois pode mesmo ser resultado de um planeamento prévio consciente e decorrente da estabilidade da vida afectiva. Em Figueiredo *et al.* (2006) constatou-se que metade das adolescentes (47,8%) planearam a gravidez, 26,7% destas não planearam mas desejaram a gravidez e que apenas 25,5% das adolescentes não a planearam nem a desejaram.

Outro factor que nos chamou à atenção no nosso estudo foi a grande predominância de ausência de planos uma vez que 41% das adolescentes, a quem lhes foi perguntado se pretendiam seguir com os planos anteriores à gravidez, respondeu que já não tinha planos. Este facto sugere explicações como as apontadas por Menezes (1996) que atribui o desejo de engravidar, a gravidez como estratégia de inserção no mundo adulto, a ideologia da maternidade e o desamparo emocional, como predisponentes para a gravidez na adolescência.

#### **4. Consequências Obstétricas:**

No nosso estudo verificou-se um atraso do início da vigilância pré-natal. Nenhuma das inquiridas referiu consultas médicas antes das 4 semanas, 44% referiram tê-lo feito entre as 4 e as 8 semanas e 24% referiram ter iniciado a vigilância já após o primeiro trimestre. São factores determinantes para este atraso a maior dificuldade em reconhecer a sua realidade e a preocupação em esconder a gravidez sobretudo dos familiares. Este atraso no início da vigilância pré-natal encontra-se documentado em muitos trabalhos, de onde realçamos o estudo de Camacho *et al* (1995), onde se verificou que apenas 30,3% recorreram ao médico antes das 4 semanas de gravidez, 27,3% entre as 4 e as 8 semanas, 57,6% entre as 8 e 12 semanas e que 42,4% das adolescentes apenas recorreram ao médico após as 12 semanas de gravidez.

A vigilância pré-natal foi reconhecida como um dos principais determinantes da evolução gestacional normal. Segundo o Programa Nacional de Saúde Materna do Ministério da Saúde (2006), a assistência pré-natal adequada deve garantir no mínimo 6 consultas, contudo, a qualidade dessa assistência inclui o início precoce, o acompanhamento das curvas de peso e altura do fundo do útero e avaliação de parâmetros vitais. Este facto toma ainda maior importância quando Zaganelli (2006), conclui que o principal factor para a ocorrência de hipóxia grave e moderada ao primeiro e quinto minutos de vida, baixo peso, peso insuficiente e prematuridade foi o número de consultas pré-natais. Concluiu, ainda, que com o aumento de uma consulta, a probabilidade do recém-nascido ter baixo peso reduziu 54%.

No que se refere ao número de consultas, o nosso estudo verificou que 8% das parturientes não tinham consultas de vigilância pré-natal, 45% tinham 5 ou menos consultas e que apenas 47% tinham mais de 5 consultas. Verificámos, assim, que a vigilância pré-natal não é efectuada correctamente na maioria deste grupo de mães

aumentando, por isso, o risco de complicações obstétricas e para o recém-nascido conforme referido por Silva (1983).

No que respeita ao tempo de gestação, o nosso estudo permitiu verificar que a moda era de 40 semanas, com uma média de 38,7 semanas. Pôde-se constatar que 90% dos partos eram de termo (entre as 36 e as 42 semanas de gestação), 5% eram pré-termo (anteriores às 36 semanas de gestação) e que não havia nenhum parto pós-termo (após as 42 semanas de gestação). Chamou-nos ainda à atenção o facto de 5% dos partos serem de tempo gestacional desconhecido. O nosso estudo parece ser concordante com muitos outros da literatura, como o estudo feito por Aragão *et al* (2004) que referiu uma taxa de prematuridade entre as mães adolescentes de 12,7%. Analisando os dados referentes à população obstétrica geral do mesmo hospital, verificámos que 97,4% dos partos foram de termo, apenas 1,7% dos partos foram pré-termo e que houve 0,9% dos partos pós-termo.

Comparando os dados da população adolescente com a população geral, verificámos que o risco de uma adolescente ter um parto pré-termo é três vezes superior ao risco que corre uma grávida da população geral. Inúmeros trabalhos que compararam a incidência de partos pré-termo em mães adolescentes e mães mais velhas verificaram que havia uma maior prevalência de partos pré-termo em mães adolescentes. Por exemplo, em Costa *et al* (2001) verificou-se uma prevalência 7% superior de partos pré-termo na faixa etária dos 10 aos 16 anos comparativamente com a faixa etária dos 17 aos 24 anos. Também Tauil *et al* (2001) verificou que houve maior proporção de partos pré-termo e recém nascidos com baixo peso entre o grupo de idade inferior a 19 anos quando comparado com o grupo dos 24 aos 34 anos de idade, com significância estatística.

No que respeita ao tipo de parto, no nosso estudo verificou-se que em 26% dos casos foi necessária cesariana e que em 9% dos casos foi necessário o uso de Fórceps.

Verificou-se, ainda, que as causas de Cesariana mais frequentemente apontadas foram a distocia do colo e a apresentação pélvica ambas em 23% dos casos, a incompatibilidade feto-pélvica em 19% dos casos, a distocia de posição em 12% dos casos, a cesariana anterior em 8% dos casos e a bradicardia fetal em 6% dos casos.

Relativamente à população obstétrica geral do mesmo hospital, verificou-se que em 31% dos casos foi necessária cesariana e que em 9% dos casos foi necessário o uso de Fórceps. Ou seja, comparativamente com a população adolescente, a frequência de necessidade de cesariana foi superior na população obstétrica geral.

Quando comparado o número de cesarianas entre as grávidas adolescentes com o número de cesarianas da população geral os estudos são discordantes. Existem estudos como o de Zaganelli (2006) e o de Camacho *et al* (1995) que referem haver maior incidência de cesarianas na população geral, tal como se verificou no nosso estudo. Contudo, estudos como o de Costa *et al* (2001) apontam para uma maior incidência de cesarianas na população adolescente. É, ainda, de notar que em nenhum estudo se verificou uma diferença estatisticamente significativa.

O estudo de Zaganelli (2006) verificou uma incidência de 42,7% de cesarianas nas adolescentes até aos 14 anos, uma incidência de 34,4% nas adolescentes dos 15 aos 19 anos e uma incidência de 46,1% na população geral. Outro exemplo é o estudo de Camacho *et al* (1995) que verificou que na população de adolescentes havia uma incidência de cesarianas na ordem dos 9,5% enquanto que na população geral a incidência era na ordem os 17,7%.

Em Costa *et al* (2001), constatou-se que a incidência de cesarianas nas parturientes adolescentes era de 22%, enquanto que na população geral era de 19,2%.

O nosso estudo não nos permitiu inferir sobre outras consequências obstétricas apontadas na literatura, nomeadamente sobre incidência de anemia, proteinúria, hipertensão arterial, toxémia, ruptura prematura de membranas, aumento das

complicações do parto, desproporção feto-pélvica, infecções urinárias e infecções do trato genital.

### **5. Consequências para o Recém Nascido:**

O nosso estudo permitiu-nos observar que 8,6% dos recém-nascidos filhos de mães adolescentes tinham baixo peso (inferior a 2500g) e 26,7% dos recém-nascidos tinham peso insuficiente (entre 2500 e 3000g) ao nascer. Permitiu, ainda, observar que dos recém-nascidos filhos da população obstétrica geral apenas 6% tinham baixo peso e 23% tinham peso insuficiente. Assim sendo, pôde-se verificar que o risco de um recém-nascido filho de mãe adolescente não apresentar peso adequado ao nascer é 1,22 vezes superior ao risco que corre um filho de mãe da população geral.

Muitos estudos apontam para um maior risco de baixo peso e prematuridade entre os recém-nascidos de mães adolescentes, no entanto, ressaltam a interferência das outras variáveis maternas no resultado gestacional. Barros (2000), identificou como factores de risco para o baixo peso do recém-nascido o início tardio da vigilância pré-natal e a situação conjugal não estabelecida. Em Gama *et al* (2001), relatou-se uma associação positiva entre o baixo peso e a prematuridade dos recém-nascidos de mães adolescentes e factores de risco como a baixa escolaridade e o baixo peso materno. Em Costa *et al* (2005), a análise dos factores de risco para peso inadequado e prematuridade apontou múltiplas associações com variáveis maternas como o baixo peso da grávida e a coabitação com a família evidenciando, deste modo, a importância que têm para o bem-estar do feto e recém-nascido o estado de nutrição e saúde da grávida e a presença do companheiro como factor de suporte psicossocial durante o período gestacional.

Como já foi exposto, o risco de parto pré-termo na população adolescente é 3 vezes superior ao risco da população geral. A esta consequência obstétrica estão

associados problemas para o recém-nascido, nomeadamente no que respeita a prematuridade e a atrasos de crescimento intra-uterino.

Relativamente aos problemas mais frequentemente encontrados nos recém-nascidos, o nosso estudo permitiu verificar que os principais problemas foram a necessidade de internamento na unidade de neonatologia em 52% dos casos, a prematuridade em 18% dos casos, a mortalidade e atraso do crescimento intrauterino (ACIU) em 12% dos casos e a atresia esofágica em 6% dos casos. Devido à indisponibilidade de dados relativos à população geral, não foi possível calcular o risco relativo de um recém-nascido filho de mãe adolescente apresentar cada um destes problemas relativamente a um recém-nascido filho de mãe da população geral.

Uma vez que o nosso estudo se centrou nos dados recolhidos nos processos de parto e não realizámos o seguimento das crianças através da consulta de processos pediátricos, não pudemos inferir sobre potenciais consequências para o recém-nascido que só se irão desenvolver após o parto.

## **6. Consequências Psicossociais:**

Uma consequência muito relevante da gravidez na adolescência é o abandono escolar. No nosso estudo, 91% das adolescentes que se encontravam a estudar referem que abandonaram os seus estudos. Esta consequência é muito relevante uma vez que diminui as oportunidades de encontrar uma profissão bem remunerada. Deste modo, a adolescente entra num ciclo vicioso, contribuindo ainda mais para uma situação sócio-económica desfavorável.

Esta grande incidência de abandono escolar foi encontrada em diversos estudos como no estudo de Camacho *et al* (1995) onde foi referido que 66,7% das adolescentes abandonaram os estudos ou o trabalho por causa da gravidez.

Em relação ao estado laboral actual das grávidas verificou-se que, após a gravidez, a percentagem de estudantes reduziu de 29 para 5%, a percentagem de inquiridas sem actividade laboral remunerada reduziu de 44 para 39%, enquanto que a percentagem de inquiridas com actividade laboral remunerada aumentou de 27 para 56%. Através destes dados pudemos verificar que as grávidas adolescentes, após a gravidez, começam a procurar profissões remuneradas desistindo para isso dos estudos.

Em relação ao estado laboral actual dos companheiros verificou-se que, após a gravidez, a percentagem de estudantes reduziu de 22 para 5%, enquanto que a percentagem de companheiros sem actividade laboral remunerada aumentou de 5 para 8% e a percentagem de companheiros com actividade laboral remunerada aumentou de 73 para 87%. Foi, então, possível constatar que a percentagem de companheiros com actividade laboral remunerada aumentou à custa da percentagem de estudantes e não à custa de jovens apenas sem actividade laboral remunerada.

Relativamente aos elementos do núcleo familiar que contribuem para o sustento da família, verificou-se que o principal contribuinte é o pai do bebé em 73% dos casos. Ao verificarmos que este trabalha em 87% dos casos, pudemos concluir que em 14% dos casos não cumpre a sua responsabilidade de sustentar o filho. A inquirida contribuiu para o sustento em 56% dos casos, ou seja, sempre que trabalha. Em 48,8% dos casos, os pais ou sogros ainda contribuem para o sustento da família e vivem na mesma casa que a inquirida. Em 4,9% dos casos outras pessoas para além das citadas contribuem para o sustento familiar.

Segundo o que pudemos constatar no trabalho, apenas 35% dos casamentos são anteriores à gravidez, tendo havido precipitação do matrimónio num número muito considerável de casos (65%). Segundo Justo (2000) esta situação, apesar de ser aparentemente benéfica, mostra-se muitas vezes artificial. Um dos resultados mais frequentes consiste na criação de novos problemas familiares em detrimento de soluções

válidas para os problemas induzidos pela própria gravidez. Além disso, os divórcios subsequentes também são notoriamente elevados (Klein, 1978).

No nosso estudo, 27% das inquiridas afirmaram ter ponderado interromper voluntariamente a gravidez, apesar de terem optado por não o realizar. As razões apontadas para a ponderação da interrupção da gravidez foram a ausência de condições ideais para criar uma criança e a idade precoce. Apesar das inquiridas não terem realizado a interrupção voluntária da gravidez não deixa de ser preocupante que um número tão elevado de jovens o tenha ponderado especialmente porque, actualmente em Portugal, a interrupção voluntária da gravidez deixou de ser ilegal. Resta-nos, então, saber qual o verdadeiro número de adolescentes expostas a interrupções voluntárias da gravidez e a possíveis complicações inerentes a este procedimento.

Verificou-se que houve um atraso no conhecimento da gravidez pela própria adolescente, sendo de realçar que 51% só tomaram conhecimento entre as 4 e as 8 semanas e 4% só tomaram conhecimento entre as 8 e as 12 semanas. Constatou-se, também, que houve algum problema em assumir a gravidez, tendo havido um atraso na comunicação ao companheiro e muito particularmente aos familiares, visto que 33% das inquiridas só comunicou aos familiares após o terceiro mês de gestação. Relacionado com a dificuldade em assumir a gravidez e com a tentativa de a esconder, houve um atraso significativo no tempo decorrido até à primeira consulta de vigilância pré-natal, tendo-se verificado que nenhuma grávida foi a consultas no primeiro mês de gestação, que apenas 44% das inquiridas recorreram a consultas no segundo mês de gravidez, que 32% só recorreram a consultas no terceiro mês e que 24% das inquiridas apenas recorreram a consultas já após o primeiro trimestre. Tendo a vigilância pré-natal um papel preponderante para o bem-estar da mãe e do filho, este atraso é um factor determinante.

Relativamente ao apoio prestado durante a gravidez, apesar da renitência em contar aos familiares, estes apenas não apoiaram as adolescentes em 2% dos casos. Relativamente ao apoio prestado pelo companheiro, verificou-se que a maioria forneceu muito apoio (54%) ou apoio suficiente (25%), apesar disto, 17% afastaram-se.

Segundo Costa *et al* (1999), a falta do apoio do parceiro durante a gravidez pode precipitar sentimentos de insegurança e baixa auto-estima que vão comprometer o estado de saúde da grávida, embora estudos demonstrem que grande parte dos relacionamentos maritais entre adolescentes são marcados por muitos conflitos, em consequência da imaturidade psicológica e da dependência económica da família.

No nosso estudo, as alterações na vida mais apontadas pelas inquiridas foram o aumento do sentido de responsabilidade (61%), a diminuição da saída com os amigos (39%), a precipitação do matrimónio (36,6%), o abandono dos estudos (24,4%) e o início de profissão remunerada (17,1%). O aumento do sentido de responsabilidade, a diminuição da saída com os amigos e o início de profissão remunerada são sinais positivos do aumento de maturidade. No entanto, como já foi referido, o abandono dos estudos é prejudicial pois vai limitar as oportunidades de uma qualidade de vida melhor. É, ainda, de realçar que 22% das jovens consideraram que não houve alterações na sua vida motivadas pela gravidez. Como apenas 17% das adolescentes planeou a gravidez, 5% das que não a planearam consideraram que esta não alterou nada nas suas vidas.

Relativamente ao uso de contracepção no momento actual verificou-se que houve uma mudança de atitude no sentido de uma maior responsabilidade. Antes da gravidez, 56% nunca utilizavam contraceptivos, sendo que unicamente 5% os utilizavam sempre. No momento actual 69% das inquiridas utilizava sempre métodos contraceptivos, sendo que apenas 29% nunca os utilizava. É, ainda, de realçar que 29% é um número muito elevado de adolescentes que não usam contracepção na actualidade havendo, portanto, um grande risco de uma nova gravidez num curto espaço de tempo.

No que respeita ao tipo de contracepção, verificou-se uma inversão da ordem dos contraceptivos mais utilizados sendo que, antes da gravidez, o eleito era o preservativo e no momento actual são os contraceptivos hormonais que lideram a preferência, o que provavelmente traduz um maior conhecimento sobre contracepção.

No nosso estudo verificou-se uma grande adesão às Consultas de planeamento familiar, na ordem dos 83% e às Consultas de saúde infantil, na ordem dos 85%. Estes dados apontam para uma maior maturidade por parte das inquiridas.

Quanto ao grau de satisfação com o filho, é unânime a satisfação. Isto reflecte que o medo e a ansiedade sentidas antes do parto, que levaram nalguns casos a ponderação da interrupção da gravidez, se desvanecem após o nascimento do filho.

## **Conclusão**

### **1. Taxa de fecundidade:**

O nosso estudo permitiu-nos concluir que a Taxa de fecundidade na adolescência, na faixa etária dos 15 aos 19 anos, no Distrito da Guarda foi de 10,6‰ e que a razão entre a Taxa de fecundidade na adolescência e a Taxa de fecundidade geral foi de 0,28 no ano de 2006. Os valores encontrados foram inferiores aos de Portugal e restantes países encontrados na literatura revista.

Relativamente à evolução da Taxa de fecundidade na adolescência nos anos estudados pudemos concluir que, com exceção do ano 2002, a evolução tem sido decrescente, com uma Taxa de crescimento de 2001 para 2006 de -41,5%. No Distrito da Guarda verificou-se, portanto, uma diminuição de gravidez na adolescência superior à observada em Portugal. Este decréscimo de gravidez na adolescência tem sido notado, regra geral, em todos os países.

### **2. Perfil pessoal e social das grávidas adolescentes:**

O nosso estudo permitiu concluir que a média das idades das parturientes adolescentes foi de 17,1 anos e que a incidência da gravidez na adolescência aumenta com a idade. Conclui-se, ainda, que a grande maioria das parturientes se encontrava na fase tardia da adolescência, dos 15 aos 18 anos, sendo muito raro o parto antes dos 15 anos de idade.

Relativamente ao estado civil, pôde-se concluir que a maioria (56,7%) das adolescentes se encontrava casada, tendo a grande maioria (65%) destes casamentos ocorrido após o conhecimento da gravidez.

O estudo também nos permitiu concluir que a maioria destas adolescentes abandonou a escola precocemente, visto que apenas 16% se encontravam a estudar no momento do parto. Concluiu-se, ainda, que a maioria (73%) tinha um estado laboral precário antes do parto, não se encontrando a estudar nem exercendo uma actividade laboral remunerada.

Relativamente ao nível de escolaridade, conclui-se que este é muito baixo, sendo que a maioria (83%) destas adolescentes tem escolaridade igual ou inferior ao 3º ciclo (inferior a 10 anos de escolaridade).

O nosso estudo permitiu-nos concluir que a grande maioria (98%) das parturientes são nulíparas e que apenas 2% são múltíparas. Esta percentagem de múltíparas é claramente inferior à encontrada na literatura. (Camacho *et al*, 1995)

### 3. **Factores de Risco:**

O estudo permitiu-nos concluir que constituem factores de risco para a gravidez na adolescência o abandono escolar e a baixa escolaridade das adolescentes e dos seus companheiros, a não existência de profissão remunerada por parte das adolescentes e a existência de profissão remunerada por parte dos seus companheiros, a precocidade do início da actividade sexual, a existência de poucos conhecimentos sobre sexualidade e contraceção, a negligência no uso de contraceção, o planeamento da gravidez, o casamento precoce e a ausência de planos anteriores à gravidez.

Verificou-se que tanto as adolescentes como os seus companheiros apresentavam um baixo nível de escolaridade, uma vez que a grande maioria (84%) das adolescentes já tinha abandonado os estudos. Apoiá, também, o facto de 85% das inquiridas possuírem unicamente 6 ou menos anos de estudo e 66% dos jovens terem 6

ou menos anos de escolaridade. Pôde-se, ainda, concluir que existe uma disparidade entre os sexos, verificando-se uma percentagem superior no sexo masculino de frequência de níveis escolares mais elevados, ou seja, de ensino secundário, universitário e cursos profissionais.

O estudo permitiu concluir que a ausência de profissão remunerada ou uma escolaridade reduzida são um factor de risco para a gravidez na adolescência visto que a grande maioria da nossa população, 73%, se encontrava nestas condições. No sexo masculino concluiu-se que a existência de uma profissão remunerada constitui um factor de risco, uma vez que 73% destes jovens se encontravam nessa situação.

A precocidade de início da actividade sexual mostrou-se um factor de risco, uma vez que a idade média com que ocorreu foi de 14,5 anos e 53% das adolescentes estudadas iniciaram a actividade sexual antes dos 15 anos.

O nosso trabalho permitiu concluir que a falta de conhecimentos sobre sexualidade e contracepção constituem um factor de risco importante para a gravidez na adolescência uma vez que 56% destas adolescentes consideraram que os seus conhecimentos sobre estes dois temas eram poucos ou muito poucos. Concluiu-se, também, que esta falta de conhecimentos se deve ao preconceito instituído na sociedade que faz com que o tema apenas seja abordado apenas por 41% dos pais. Fica por explicar a razão pela qual a escola apenas contribuiu para informar 37% das inquiridas, uma vez que não sabemos se foi pelo abandono precoce da idade escolar ou se, por outro lado, se deveu ao preconceito e à falta de especialização dos professores em educação sexual.

O estudo permitiu, ainda, concluir que a negligência da contracepção é um factor de risco muito importante para a gravidez na adolescência visto que unicamente 5% das adolescentes usava sempre contraceptivos. Foram levantadas muitas hipóteses explicativas para esta realidade das quais se salienta a falta de informação sobre o tema,

a imaturidade da jovem e a inacessibilidade aos métodos contraceptivos, nomeadamente aos métodos hormonais que são, na sua vida adulta, o seu método de eleição.

O nosso trabalho permitiu, também, verificar que uma percentagem não negligenciável destas adolescentes (17%) planeou a gravidez. Este planeamento está maioritariamente associado ao casamento precoce, que se verificou em 35%. Podemos então concluir que o casamento precoce e consequente planeamento da gravidez são factores de risco a ter em conta.

Por fim, outro factor de risco encontrado foi a grande predominância de ausência de planos prévios à gravidez que se verificou em 41% das adolescentes.

#### **4. Consequências Obstétricas:**

O trabalho realizado permitiu concluir que a gravidez na adolescência está associada a várias consequências obstétricas, de onde se destacam o atraso no início da vigilância pré-natal, a redução do número de consultas de acompanhamento pré-natal, bem como o aumento de partos pré-termo. Também se pôde concluir que não está associada a um aumento do risco de cesariana, relativamente à população geral.

O atraso na vigilância pré-natal foi uma constante uma vez que nenhuma das inquiridas referiu consultas médicas antes das 4 semanas de gestação e um número significativo de grávidas (24%) só foram acompanhadas após o primeiro trimestre. Daqui se conclui que a gravidez na adolescência se encontra associada a um atraso importante na vigilância pré-natal.

O estudo também permitiu concluir que a vigilância da gravidez nesta faixa etária não é efectuada correctamente, uma vez que se verificou um défice no número de

consultas de acompanhamento pré-natal pois 8% das parturientes não tinham qualquer vigilância e 45% unicamente tinham recorrido a 5 ou menos consultas.

O nosso trabalho permitiu concluir que a gravidez na adolescência é um factor de risco para apresentar parto pré-termo uma vez que se verificou uma probabilidade três vezes superior de uma adolescente ter um parto pré-termo relativamente à população geral, visto que o risco de uma adolescente ter um parto pré-termo foi de 5%, enquanto que o mesmo risco numa grávida geral foi de 1,7%.

Relativamente ao tipo de parto, no Hospital de Sousa Martins, o risco de uma grávida geral necessitar de realização de Cesariana é 1,19 vezes superior ao risco de uma grávida adolescente necessitar do mesmo procedimento. Não se verificando uma diferença estatisticamente significativa, pôde concluir-se que a gravidez na adolescência não constitui um factor de risco para a necessidade de realização de Cesariana.

##### **5. Consequências para o Recém Nascido:**

O nosso estudo permitiu concluir que a gravidez na adolescência tem como principal consequência para o recém-nascido um risco mais elevado de baixo peso ao nascer.

Relativamente ao peso do recém-nascido ao nascer, no Hospital de Sousa Martins, verificou-se que o risco de um recém-nascido filho de mãe adolescente não ter peso adequado era 1,22 vezes superior ao risco de um recém-nascido filho de mãe da população geral. Apesar de não ser uma diferença muito significativa, podemos concluir que a gravidez na adolescência está associada a uma maior probabilidade de peso não adequado ao nascer.

A análise dos processos permitiu-nos concluir que os principais problemas apresentados pelos recém-nascidos filhos de mães adolescentes são a necessidade de internamento na unidade de neonatologia, a prematuridade, o atraso de crescimento intra-uterino, a mortalidade e as malformações. Contudo, o estudo não nos permitiu determinar o risco relativo de um recém-nascido sofrer os vários tipos de problemas quando comparamos os filhos de mães adolescentes com os filhos de mães da população geral.

Uma vez que o estudo se centrou nos dados recolhidos nos processos de parto e não realizámos o seguimento das crianças através de consulta dos processos pediátricos, não podemos concluir sobre potenciais consequências que possa haver para o recém-nascido que só se vêm a desenvolver após o parto.

## **6. Consequências Psicossociais:**

O nosso estudo permitiu concluir que entre as principais consequências negativas da gravidez na adolescência se encontram o abandono escolar, a dependência de outros elementos para o sustento do núcleo familiar, a precipitação do casamento, a ponderação da interrupção voluntária da gravidez, o atraso no conhecimento da gravidez, o atraso em assumir a gravidez perante terceiros e a falta de apoio durante a gravidez. Também se pôde concluir que estão lhe associadas algumas consequências não negativas tais como a alteração do estado laboral prévio à gravidez da adolescente e do companheiro, com a inserção no meio de trabalho e conseqüente aumento da profissão remunerada. Concluiu-se, ainda, que há consequências positivas como a mudança de atitude relativamente à contraceção, às Consultas de planeamento familiar e de saúde infantil e relativamente à satisfação com o filho.

O trabalho permitiu-nos concluir que o abandono escolar é uma consequência muito relevante da gravidez na adolescência uma vez que 91% das adolescentes, que se encontravam a estudar, referem que abandonaram os seus estudos.

No que respeita ao sustento do núcleo familiar, pôde concluir-se que a gravidez nesta fase precoce está associada a uma grande dependência dos pais ou sogros, uma vez que o nosso estudo evidenciou que em 48,8% dos casos o sustento do núcleo familiar é assegurado por estes. O trabalho permitiu, ainda, concluir que apenas 56% das jovens mães são autónomas para o sustento da família.

Concluiu-se também que a gravidez na adolescência se encontra associada a uma precipitação do matrimónio, uma vez que 65% dos casamentos ocorreram durante a gravidez.

Uma outra consequência da gravidez na adolescência que foi apontada pelo nosso estudo foi a exposição a interrupções voluntárias da gravidez. A estruturação do trabalho não nos permitiu determinar um valor aproximado de interrupções voluntárias da gravidez tendo-se verificado, contudo, que 27% das inquiridas afirmaram ter ponderado não levar a gravidez a termo apesar de nenhuma o ter realizado.

O nosso estudo permitiu-nos concluir que a gravidez na adolescência se encontra associada a um atraso no conhecimento da gravidez uma vez que a maioria, 51% das inquiridas, só tomou conhecimento no segundo mês de gravidez e que 4% apenas soube que se encontrava grávida no terceiro mês de gravidez.

Este estudo permitiu, ainda, concluir que a gravidez na adolescência ainda é um assunto tabu e de vergonha para a maioria das adolescentes, uma vez que se verificou um atraso na comunicação da gravidez a terceiros, nomeadamente aos familiares e inclusivamente ao companheiro.

No que respeita ao apoio prestado durante a gravidez, o nosso estudo permitiu concluir que a maioria das adolescentes foi apoiada, especialmente pelos familiares e

companheiro. Contudo, um número importante de companheiros (17%) afastou-se durante a gravidez contribuindo, deste modo, para a insegurança e baixa auto-estima da jovem.

Relativamente ao estado laboral pudemos concluir que, em ambos os sexos, a gravidez conferiu uma alteração do padrão laboral conduzindo a um predomínio da actividade laboral remunerada, maioritariamente à custa do abandono escolar.

Uma conclusão positiva que o nosso estudo nos permitiu retirar foi que a gravidez na adolescência se encontra associada a um maior sentido de responsabilidade, nomeadamente relativamente à contraceção, uma vez que a percentagem de inquiridas que utiliza sempre contraceptivos aumentou significativamente, de 5% para 69%. Este aumento na utilização da contraceção foi devido, provavelmente, ao aumento de conhecimento e de disponibilidade de contraceção, tendo-se verificado também uma mudança no método contraceptivo eleito que passou do preservativo para um método hormonal.

A par com o aumento do sentido de responsabilidade, o nosso estudo também nos permitiu concluir que, após a gravidez, há uma maior adesão às Consultas de planeamento familiar e às Consultas de saúde infantil. Estes dados revelam uma maior maturidade por parte das inquiridas.

A última conclusão que o estudo nos permitiu retirar é que apesar do medo e ansiedade iniciais, é unânime a satisfação com o filho.

## 7.

### **Importância da prevenção:**

O nosso trabalho permitiu concluir que a gravidez na adolescência está associada a múltiplas consequências biopsicossociais para a adolescente, para o seu filho e para toda a estrutura familiar. Apesar de se ter verificado que nos últimos anos a incidência de gravidez na adolescência tem diminuído, acompanhando a quebra de natalidade nacional, consideramos que o impacto que tem uma gravidez nesta etapa, especialmente para a vida da jovem e para o seu ambiente familiar, torna imperativo que se desenvolvam medidas que visem a redução desta realidade.

O estudo permitiu, ainda, concluir que entre os factores de risco mais importantes para a gravidez na adolescência se encontram a precocidade da actividade sexual, os reduzidos conhecimentos sobre sexualidade e contraceção e a negligência no uso de contraceção. As condições psicossociais desfavorecidas como a baixa escolaridade e a precocidade do casamento constituem também factores de risco.

Podemos, então, inferir que as medidas mais eficazes para reduzir a gravidez na adolescência seriam as que visam uma educação sexual plena, incentivando um atraso no início da actividade sexual e uma vida sexual consciente, com conhecimentos correctos sobre sexualidade e contraceção. Para se conseguir estes objectivos, seria importante socorreremo-nos de equipas multidisciplinares, compostas entre outros por professores, funcionários de saúde e psicólogos. Estas equipas deveriam, quer no meio escolar quer no meio dos cuidados de saúde, capacitar os adolescentes de informação e meios para poderem conduzir uma vida sexual activa consciente e responsável. (Justo, 2000)

Para uma maior eficácia, estas medidas deviam incidir sobre as jovens que se encontram em ambientes psicossociais mais degradados. A possibilidade de usar a escola como terreno ideal para prevenção da gravidez na adolescência, devido à grande concentração de jovens, torna-se menos eficiente devido ao abandono escolar que se

verifica nas jovens de risco. Para atingir então esta população de risco, serão necessários outros meios institucionais, técnicos e financeiros. A utilização de meios, como a televisão ou as revistas, podem ser uma forma de atingir esta população-alvo. (Justo, 2000)

### **8. Prevenção – o futuro:**

De forma a reduzir o impacto da gravidez na adolescência, pensamos que o passo mais importante passa por medidas preventivas que actuem na fase pré-gestacional.

Como foi exposto no ponto acima, equipas multidisciplinares deverão actuar em vários meios institucionais, nomeadamente nas Escolas e nos Centros de Saúde.

Outro meio de abordagem importante deve ser a continuação do programa de Consultas hospitalares de ginecologia para adolescentes, já instituídas no Hospital de Sousa Martins no ano de 2001. Para conseguir abranger mais jovens de risco, consideramos que também seria importante a abordagem da temática sexualidade e contraceção nos grandes media, nomeadamente na televisão.

A Delegação da Guarda do Instituto Português da Juventude também deverá continuar a realizar actividades de informação no âmbito da sexualidade juvenil.

Como sugestão para trabalhos futuros, seria importante a análise e comparação das diferentes medidas preventivas, de modo a conseguir otimizar os recursos em prol da redução deste importante problema de saúde pública.

## **Bibliografia**

Alan Guttmacher Institute. 1990, 'Adolescents Today, Tomorrow's Parents: A Portrait of the Americas', New York.

Alan Guttmacher Institute. 2005, 'Adolescents Today, Tomorrow's Parents: A Portrait of the Americas', New York.

Aragão, M. F *et al.* 2004, 'Factores de risco para parto pré-termo em São Luís Maranhão', *Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro*, vol.20, n.1, pp. 57-63.

Behrman, N. 1997, *Tratado de Pediatria*, 15ª edição, Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro.

Belo, M & Silva, J., 2004, 'Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes', *Rev. Saúde Pública*, vol.38, n.4, pp. 479-487.

Borges, I. C. B, 1999, 'Uma delicada travessia', *Cadernos Psicanalíticos*, vol.21, n.13, pp. 45-53.

Camacho, C. *et al.*, 1995, 'Embarazo en la Adolescencia', *Revista de Enfermería Universidad Albacete*.

Clark, J.F. 1971, 'Adolescent obstetrics. Obstetrics and sociologic implications', *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol.14, n.4, pp. 1026-1036.

Correa, M. & Coates, V. 1993, 'Medicina do adolescente', *São Paulo Sarvier*, p.259.

Costa, M. *et al.* 2001, 'Indicadores materno infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos', *Jornal de Pediatria*, vol. 77, n.3.

Costa, M. *et al.* 2005, 'Gravidez na adolescência: associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas materna com resultado neonatal. Feira de Santana-Bahia', *Revista Baiana de Saúde Pública*, vol.29, n.2, pp.300-312.

Costa, M. *et al.* 1999, 'Condições de gestação, parto e nascimento em adolescentes e adultas jovens: Santa Casa', *Adolesc. Latinoam*, vol.1, no.4, pp.242-251.

Dadoorian, D. 1998, 'A gravidez desejada na adolescência', *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, vol.50, n. 3, pp.60-70.

Escomel, E. 1939, 'La plus jeune mère du monde', *La Presse Medicale*, vol. 43.

Figueiredo, B, *et al*, 2006, 'Gravidez na adolescência: das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez', *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol.6, n.1, pp 97-125.

Fizzo, G. *et al.* 2005, 'Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência', *PSICO*, vol.36, n.1, pp. 13-20.

Gama, S. *et al.* 2001, 'Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro', *Rev Saúde Pública*, vol.35, n.1, pp.74-80.

Hart B. & Hilton I. 1988, 'Dimensions of personality organization as predictors of teenage pregnancy risk', *Journal Personality Assessment*, vol.52, n.1, pp.116-132.

Henshaw, S.K. 2004, 'Teenage Pregnancy Statistics with Comparative Statistics for Women Aged', *The Alan Guttmacher Institute*, vol.20, n.2.

Hubner, A.V. 2000, 'Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jovens de América Latina y el Caribe', *Organização Panamericana De La Salud, WHO*.

INE, Portugal, 2007, Anuário Estatístico de Portugal 2006. Informação disponível até 30 de Setembro de 2007.

Johnson, C. 1974, 'Adolescent pregnancy: intervention into the poverty cycle', *Adolescence*, vol.9, n.35, pp.391-406.

Justo, J. 2000, 'Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebês adolescentes: causas, consequências, intervenção preventiva', *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.2, n.2, 2000, pp.97-147.

Klein, L. 1978, 'Antecedents of teenage pregnancy', *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol.21, n.4, pp1151-1159.

Lima, C. *et al.* 1985, 'Gestação na adolescência', *Acta Médica – HUP*, pp. 477-490.

Lopes, G. *et al.* 1992, 'Salud reproductiva em las Américas'. *Organizacion Panamericana de la Salud. OPS / OMS.*

Machado, R.A. & Paula, L.G. 1996, 'Gravidez na adolescência', *Acta Médica*, vol.6, pp.257-264.

Maddaleno, M. *et al.* 1995, 'La salud del adolescente y del joven', *Washington, D.C., OPS.*

Madeira, A.F. 1997, 'Maternidade na adolescência – uma análise à luz do discurso médico', *Enfermagem Revista*, vol.1, n.3, pp.21-30.

Mariotoni, G.B. & Barros, A.A. 2000, 'Peso ao nascer e característica materna ao longo de 25a na Maternidade de Campinas'. *Jornal de pediatria*, vol.76, n.1, pp.55-64.

May, R. 1978, 'Human Reproduction reconsidered', *Nature*, vol.272, n.6, pp.491-495.

Menezes, R. 1996, 'Gravidez na adolescência', *Revista Saúde Pública*, vol.6.

Newcombe, N. 1999, *Desenvolvimento infantil – abordagem de Mussen*, 8ª edição, Artes Médicas, Porto Alegre.

Ramos, L. 2000, *Tratado de ginecologia- a saúde na adolescência*, Roca, São Paulo, pp. 87-94.

Rezende, J. 1987, *Obstetrícia: O Parto. Conceitos, Generalidades, Introdução ao seu Estudo*. 5ª edição, Guanabara, p.219.

Roth J, *et al.* 1998, 'The risk of teen mothers having low birth weight babies: implications of recent medical research for school health personnel', *J Sch Health*, vol.68, pp.271-275.

Saúde, Ministério, 2006, 'Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal', Lisboa.

Silva, M. 1983, *Mães Adolescentes*, Barca Nova, Lisboa.

Singh & Darroch. 2000, 'Adolescent pregnancy and Childbearing: Levels and Trends in Developed Countries', *Family Planning Perspectives*, vol.32, n.1.

Stern, C. & Medina, G., 2000, *Adolescencia y salud en México*. Cultura, Adolescência e Saúde: Argentina, Brasil e México, Campinas, pp. 98-160.

Takiuti, A. 1994, 'Mitos e tabus da gravidez adolescente', *Gente*, pp. 21- 29.

Tauil, P.L. *et al.* 2001, 'Gravidez em adolescentes: aspectos relativos ao pré-natal, parto e recém-nascido', *Brasília Med*, vol.38, n.1, pp.7-12.

Thompson, R.J. *et al.* 1979, 'Neonatal behaviour of infants of adolescent mothers. Developmental Medicine and Child Neurology', vol.21, pp.474-487.

Vitória, G. 1994, 'Barrigas de anjo', *Isto É*, pp. 68-73.

Weerasekera, D.S. 1997, 'Adolescent pregnancies- is the outcome different?', *Ceylon Med Journal*, vol.42, n.1, pp.16-17.

Zaganelli, F. 2006, *Aspectos do perfil social da gestação e do parto da adolescente e da mulher adulta e suas repercussões sobre o recém-nascido*, Universidade Federal de Minas Gerais-Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, pp.9-126.

## Anexos

### Protocolo 1: Protocolo de Consulta nos Processos

Pesquisar os seguintes dados nos Processos das Parturientes Adolescentes, com idade inferior a 18 anos, cujo parto ocorreu no Hospital de Sousa Martins desde o período de 1 de Janeiro de 2001 a 31 de Dezembro de 2006.

#### 1. Número total de partos de Adolescentes

Varição da Incidência	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº de partos em adolescentes						

#### 2. Distribuição etária das parturientes adolescentes

Distribuição etária	2001	2002	2003	2004	2005	2006
12 anos						
13 anos						
14 anos						
15 anos						
16 anos						
17 anos						
18 anos						

#### 3. Distribuição das parturientes adolescentes relativamente ao estado civil

Estado Civil	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Casada						
Solteira						

#### 4. Distribuição das parturientes adolescentes relativamente à paridade

Paridade	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nulipara						
Primípara						
Multipara						

#### 5. Distribuição das parturientes adolescentes relativamente ao número de consultas de vigilância pré-natal realizadas

Número de consultas	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sem consulta						
< 5 consultas						
> 5 consultas						

**6. Distribuição das parturientes adolescentes relativamente ao tempo gestacional**

Semanas de gestação	2001	2002	2003	2004	2005	2006
< 33						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
> 41						
Desconhecidas						

**7. Distribuição das parturientes adolescentes, relativamente ao tipo de parto**

Tipo de parto	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Eutócico						
Fórceps						
Cesariana						

**8. Distribuição das causas de cesariana**

Causas de Cesariana	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Distocia do colo						
Distocia de posição						
Bradycardia fetal						
Incompatibilidade feto-pelvica						
Apresentação pelvica						
Cesariana anterior						
Outra						

**9. Distribuição do peso dos recém-nascidos filhos de parturientes adolescentes**

Peso do Recém Nascido	2001	2002	2003	2004	2005	2006
< 2000						
2000-2500						
2500-3000						
3000-3500						
3500-4000						
> 4000						

**10. Distribuição dos problemas que os recém-nascidos, filhos de mães adolescentes, apresentavam**

<b>Recém Nascidos com Problemas</b>	2001	2002	2003	2004	2005	2006
A.C.I.U.						
Prematuridade						
Mortalidade						
Neonatologia						
Atresia esofago						

**Protocolo 2: Protocolo de pesquisa nos GDH do HSM**

Pesquisar no Hospital de Sousa Martins, através da consulta dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) os seguintes dados, relativos ao período de 1 de Janeiro de 2001 a 31 de Dezembro de 2006.

**1. Número total de partos no Hospital de Sousa Martins**

**2. Distribuição dos partos segundo o tempo gestacional**

<b>Tempo Gestacional</b>	<b>Total</b>
< 36 semanas	
36 a 42 semanas	
> 42 semanas	
Desconhecido	

**3. Distribuição dos partos segundo o tipo de parto**

<b>Tipo de Parto</b>	<b>Total</b>
Eutócico	
Fórceps	
Cesariana	

**4. Distribuição dos recém-nascidos (RN) por peso**

<b>Peso do RN</b>	<b>Total</b>
< 2500 g	
2500 a 3000 g	
> 3000 g	

## **Questionário 1: Questionário pós-parto**

Este questionário destina-se a ser instituído por via telefónica às parturientes adolescentes no Hospital de Sousa Martins, no período de 1 de Janeiro de 2001 a 31 de Dezembro de 2006.

*Este questionário destina-se a obter dados para a elaboração da Dissertação de Mestrado “Impacto da Gravidez na Adolescência no Distrito da Guarda”, realizado pela aluna Dora Leal, da Universidade da Beira Interior, sob orientação da Dra. Cremilda Costa. Os dados obtidos serão tratados estatisticamente, sendo garantida a total confidencialidade dos inquiridos.*

1) Qual o seu nível de escolaridade:

<b>4º ano</b>		<b>10º ano</b>	
<b>5º ano</b>		<b>11º ano</b>	
<b>6º ano</b>		<b>12º ano</b>	
<b>7º ano</b>		<b>Curso profissional</b>	
<b>8º ano</b>		<b>Licenciatura</b>	
<b>9º ano</b>		<b>Outro</b>	

2) Qual o nível de escolaridade do pai do bebé:

<b>4º ano</b>		<b>10º ano</b>	
<b>5º ano</b>		<b>11º ano</b>	
<b>6º ano</b>		<b>12º ano</b>	
<b>7º ano</b>		<b>Curso profissional</b>	
<b>8º ano</b>		<b>Licenciatura</b>	
<b>9º ano</b>		<b>Outro</b>	

3) Qual a sua profissão quando engravidou:

		<b>Profissão/ Ano escolaridade</b>
<b>Estudante</b>		
<b>Sem actividade laboral remunerada</b>		
<b>Com actividade laboral remunerada</b>		

4) Qual a profissão do pai do bebé quando engravidou:

		<b>Profissão/ Ano escolaridade</b>
<b>Estudante</b>		
<b>Sem actividade laboral remunerada</b>		
<b>Com actividade laboral remunerada</b>		

5) Qual a sua profissão actual:

		Profissão/ Ano escolaridade
<b>Estudante</b>		
<b>Sem actividade laboral remunerada</b>		
<b>Com actividade laboral remunerada</b>		

6) Qual a profissão actual do pai do bebé:

		Profissão/ Ano escolaridade
<b>Estudante</b>		
<b>Sem actividade laboral remunerada</b>		
<b>Com actividade laboral remunerada</b>		

7) Quem mora consigo (uma cruz à frente dos que moram):

<b>Pai do bebé</b>		
<b>Pais</b>		
<b>Sogros</b>		
<b>Outros</b>		

8) Quem contribui para o sustento da casa:

<b>Você</b>		
<b>O pai do bebé</b>		
<b>Os seus pais ou sogros</b>		
<b>Outros</b>		

9) Com que idade iniciou a sua actividade sexual?

<b>&lt; 10 anos</b>		<b>14 anos</b>	
<b>10 anos</b>		<b>15 anos</b>	
<b>11 anos</b>		<b>16 anos</b>	
<b>12 anos</b>		<b>17 anos</b>	
<b>13 anos</b>		<b>18 anos</b>	

10) Usava algum contraceptivo antes da gravidez?

<b>Sempre</b>	
<b>Quase sempre</b>	
<b>Algumas vezes</b>	
<b>Raramente</b>	
<b>Nunca</b>	

11) Qual o método contraceptivo que usava?

<b>Preservativo</b>		
<b>“Pílula”</b>		
<b>Diafragma</b>		
<b>Espermicida</b>		
<b>Coito interrompido</b>		
<b>Método do calendário</b>		
<b>Outro</b>		

12) Usa algum contraceptivo actualmente?

<b>Sempre</b>	
<b>Quase sempre</b>	
<b>Algumas vezes</b>	
<b>Raramente</b>	
<b>Nunca</b>	

13) Qual o método contraceptivo que usa?

<b>Preservativo</b>		
<b>“Pílula”</b>		
<b>Diafragma</b>		
<b>Espermicida</b>		
<b>Coito interrompido</b>		
<b>Método do calendário</b>		
<b>Outro</b>		

14) Como considera os seus conhecimentos acerca da contracepção e sexualidade antes de engravidar?

<b>Muitos</b>	
<b>Suficientes</b>	
<b>Poucos</b>	
<b>Muito poucos</b>	
<b>Ausentes</b>	

15) Com quem obteve esses conhecimentos?

<b>Na escola</b>		<b>Em livros</b>	
<b>Com os pais</b>		<b>Em revistas</b>	
<b>Com colegas</b>		<b>Na Internet</b>	
<b>Com o namorado</b>		<b>Outros</b>	

16) A gravidez foi planeada?

<b>Sim</b>	
<b>Não</b>	

17) Ponderou “fazer um aborto”?

		<b>Motivo</b>
<b>Sim</b>		
<b>Não</b>		

18) Qual a relação com o pai do bebé antes da gravidez?

<b>Muito boa</b>	
<b>Boa</b>	
<b>Má</b>	
<b>Muito má</b>	

19) Qual a relação com o pai do bebé actualmente?

<b>Não tem relação nenhuma</b>				
<b>Dão-se bem, mas vivem em casas separadas</b>				
<b>Vivem na mesma casa</b>				
<b>Casaram</b>		<b>Antes</b>	<b>Durante</b>	<b>Depois</b>

20) Quantas semanas tinha de gravidez quando soube que estava grávida?

<b>&lt; 4 semanas</b>	
<b>4 a 8 semanas</b>	
<b>8 a 12 semanas</b>	
<b>&gt; 12 semanas</b>	

21) Quantas semanas tinha de gravidez quando contou ao pai do bebé?

<b>&lt; 4 semanas</b>	
<b>4 a 8 semanas</b>	
<b>8 a 12 semanas</b>	
<b>&gt; 12 semanas</b>	

22) A quem contou primeiro que estava grávida?

<b>Amiga</b>		
<b>Mãe</b>		
<b>Pai do bebé</b>		
<b>Outro</b>		

23) Quantas semanas tinha de gravidez quando contou aos seus pais?

<b>&lt; 4 semanas</b>	
<b>4 a 8 semanas</b>	
<b>8 a 12 semanas</b>	
<b>&gt; 12 semanas</b>	

24) Quantas semanas tinha de gravidez quando foi ao médico pela 1ª vez?

<b>&lt; 4 semanas</b>	
<b>4 a 8 semanas</b>	
<b>8 a 12 semanas</b>	
<b>&gt; 12 semanas</b>	

25) Como considera o apoio dado pelo pai do bebé durante a gravidez?

<b>Muito</b>	
<b>Suficiente</b>	
<b>Muito pouco</b>	
<b>Nenhum</b>	
<b>Afastou-se</b>	

26) Como considera o apoio dado pela sua família durante a gravidez?

<b>Muito</b>	
<b>Suficiente</b>	
<b>Muito pouco</b>	
<b>Nenhum</b>	
<b>Recriminou-me</b>	

27) Como considera o apoio dado pelos seus amigos durante a gravidez?

<b>Muito</b>	
<b>Suficiente</b>	
<b>Muito pouco</b>	
<b>Nenhum</b>	
<b>Afastaram-se</b>	

28) Como considera que as pessoas à sua volta (professores, vizinhos, etc) agiram consigo durante a gravidez?

<b>Tentaram apoiar-me</b>		
<b>Agiram como sempre</b>		
<b>Começaram a evitar-me</b>		
<b>Senti que tinham pena</b>		
<b>Outro</b>		

29) O que é que esta gravidez alterou na sua vida? (pode preencher mais que uma)

<b>Abandonei os estudos</b>		
<b>Tive que começar a trabalhar</b>		
<b>Sinto-me mais responsável</b>		
<b>Já não saio tanto com os amigos</b>		
<b>Casei</b>		
<b>Não alterou nada</b>		
<b>Outro</b>		

30) Sente-se satisfeita por ter tido este filho?

<b>Sim</b>	
<b>Não</b>	

31) Pretende levar a cabo os planos que tinha antes da gravidez?

<b>Sim</b>	
<b>Não</b>	

32) Costuma ir a Consultas de planeamento familiar?

<b>Sim</b>	
<b>Não</b>	

33) Costuma ir com o seu filho a Consultas de saúde infantil?

<b>Sim</b>	
<b>Não</b>	

## **Autorização:**

Exma. Sra.

Dora Margarida Mariano Leal

Vimos por este meio comunicar que se encontra autorizada a consultar os processos das parturientes adolescentes dos anos de 2001 a 2006 e a aceder aos seus contactos telefónicos para aplicação de questionário, com vista à elaboração da Dissertação de Mestrado "Gravidez na Adolescência".

Com os melhores cumprimentos.

O Director Clínico  
Dr. Luís Manuel Ferreira

Hospital de Sousa Martins  
Av. Rainha D. Amélia  
6301-857 Guarda  
271 200 200  
Fax: 271 200 301  
[secadm@hsmguarda.min-saude.pt](mailto:secadm@hsmguarda.min-saude.pt)

