



Características de mães adolescentes no município de Cajazeiras, Paraíba

Characteristics of the city of teenage mothers Cajazeiras, Paraíba

Thaynara Ferreira Filgueiras

Bacharel em enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande Centro de Formação de Professores (UFCG/CFP) Cajazeiras – PB, Brasil. Voluntária PIVIC 2011/2012. E-mail: thaynara_filgueiras@hotmail.com

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

Doutora em Enfermagem. Professora associado III da Universidade Federal de Campina Grande Centro de Formação de Professores (UFCG/CFP) Cajazeiras – PB, Brasil. E-mail: carmofarias@hotmail.com

Andréia Karla Anacleto de Sousa

Professora auxiliar da Universidade Federal de Campina Grande Centro de Formação de Professores (UFCG/CFP) Cajazeiras – PB, Brasil. E-mail: akanacleto@gmail.com

Rogéria Mônica Seixas Xavier de Abreu

Enfermeira do Abrigo Lucas Zorn, Cajazeiras, PB. E-mail: seixasxavier@hotmail.com

Rogéria Máximo de Lavôr

Bacharel em enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande Centro de Formação de Professores (UFCG/CFP) Cajazeiras – PB, Brasil. E-mail: rogerialavor@hotmail.com

RESUMO: Este estudo exploratório, documental, do tipo quantitativo, teve como objetivo Identificar as características das mães adolescentes atendidas no município de Cajazeiras, Paraíba em 2009. Para identificar essas características os dados foram coletadas da DNV, do ano em foco. Através do SPSS correlacionou-se estatisticamente a idade materna com dados socioeconômicos, antecedentes obstétricos, número de consultas pré-natal e peso do recém-nascido. Os dados demonstraram que das 106 DNV investigadas 18 (17%) eram de mães adolescentes com faixa etária entre 12 e 15 anos, e 88 (83%) entre 16 e 18 anos. Não se observou significância estatística entre a idade materna adolescente e as demais analisadas. Conclui-se, então, que a gravidez na adolescência não pode ser considerada gestação de risco em nível local, uma vez que constituiu-se variável independente em ambas as associações. Sugere-se que sejam feitos estudos mais aprofundados na tentativa de medir se há interferência da idade materna adolescente nos resultados obstétricos e perinatais.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Adolescência; Declaração de Nascido Vivo.

ABSTRACT: It is a exploratory, documentary and quatitative study, it aimed to indentify the characteristics of teenage mothers attended in the city of Cajazeiras, Paraíba in 2009. To identify these characteristics data were collected from birth certificates (DNV) from that year. Through the SPSS was statistically correlated the maternal age with socioeconomic data, obstetric antecedents, number of prenatal visits and weight newborn. The data showed that 18 (17%) of 106 DNV investigated were teenage mothers between 12 and 15 years old and 88 (83%) were between 16 and 18 years old. There was no statistical significance between the maternal age and others variable analyzed. It is conclude that, depending on maternal age, teen pregnancy cannot be considered pregnancy risk at local level. It is suggested that further research is made in an attempt to measure if there is interference of teen maternal age in obstetric and perinatal results.

KEY WORDS: Teenage pregnancy, adolescence, birth certificates.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase marcante do desenvolvimento humano, talvez definitiva para a formação da personalidade, com limites imprecisos, que tem sido pesquisada e descrita por diversos autores.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, a faixa etária demarcada para a adolescência é compreendida entre os doze e os dezoito anos de idade. No período que corresponde à adolescência há uma série de mudanças físicas e psicológicas, verdadeiras oscilações que interferem no humor, comportamento e relacionamento dos adolescentes e que se refletem na vida pessoal, afetiva e na sexualidade (BRASIL, 2000).

Embora os limites do início e do término da adolescência sejam imprecisos, a puberdade permite identificar seu começo, marcando-a fisicamente, sendo identificada pelo surgimento dos caracteres sexuais secundários. A faixa de idade em que as transformações da puberdade acontecem é muito ampla e diversificada, sendo alcançada gradualmente, sob a influência de diversos fatores, tanto internos, como externos (BECKER, 2004). Em consequência da puberdade, há o despertar da sexualidade e a busca pelas experiências afetivas e sexuais. Todavia, os adolescentes, em sua maioria, despreparados, se lançam nessas experiências, expostos aos riscos, como paternidade e maternidade precoces, bem como as doenças sexualmente transmissíveis.

Acerca da maternidade precoce, destaca-se que esta, freqüentemente, está atrelada a fatores sócio-econômicos desfavoráveis, em que há falta de informação e instabilidade familiar, afetiva e psíquico-emocional.

O rejuvenescimento da fecundidade, isto é, o aumento do número de mães adolescentes é um fato que vem chamando a atenção dos pesquisadores nas últimas décadas. Usualmente considera-se as mulheres entre os 15 e os 49 anos de idade as expostas ao risco de procriar. Todavia, as pesquisas têm comprovado que nas meninas de 10 a 14 anos a maternidade precoce vem se tornando uma experiência comum. Em vista disso, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, desde o Censo Demográfico de 1991, tem investigado a fecundidade das mulheres de 10 anos ou mais de idade (OLIVEIRA, 2005).

Assim, cada vez mais cresce o número de adolescentes grávidas. Um em cada quatro dos partos atendidos pela Rede Hospitalar do SUS é de mulheres abaixo de 19 anos. Adolescentes que ainda estão se transformando física e psicologicamente, dão à luz e ganham à responsabilidade de criar e sustentar uma outra criança. Dados do Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB) ressaltam que, nos anos de 2005 e 2007, o número de gestantes < de 20 anos, cadastradas e acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde, respectivamente, foi de 5.889 e 5.134, o que correspondeu, respectivamente, a 24,3% e 21,94% do total de gestantes cadastradas. Nestes mesmos anos, observou-se que, no Município de Cajazeiras - PB, os índices de gestação < 20 anos foram de 26,34% em 2005, e 19,73% em 2007 (SIAB, 2008a).

Informações do SIAB também revelam que, nos anos 1999 a 2007, o número percentual de gestantes < de 20 anos, cadastradas e acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde, no município de Cajazeiras, PB, variou de 16,7% a 25,9%, sendo 21,4% a média percentual nestes 09 anos (SIAB, 2008b). Considerando-se as condições sócio-econômicas insalubres da maioria da população desta cidade, esses dados podem causar impacto negativo significativo sobre a saúde e vida das adolescentes expostas à gravidez, em vista das demandas da maternidade precoce.

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde- DATASUS é o órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde responsável por coletar, processar e disseminar as informações de saúde em âmbito nacional. Além de oferecer acesso aos dados sobre situação de saúde no país, serve como subsídios para a análise da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências, planejamento e programação das ações de saúde. Sendo assim, sua utilização procura eliminar diversos instrumentos manuais de coleta, proporcionando uma melhoria da qualidade e eficiência dos processos, evitando o desperdício de mão-de-obra e o aumento na probabilidade de erros (OHARA; SAITO; 2008).

O DATASUS vem conseguindo ampliar seus avanços na área tecnológica principalmente pela existência de equipamentos de grande porte, pela conquista da captura de dados de produção dos estados e municípios, transformando as coletas dos documentos com a entrada dos dados na própria origem, os municípios, num processo que permite uma transmissão eletrônica capaz de possibilitar uma descentralização de informações sendo fundamental para que estudantes, profissionais da área da saúde que precisam de dados desenvolver trabalhos que possam servir de instrumentos para o conhecimento da situação da saúde de um determinado local como também, servir de apoio para planejamento e intervenção na busca de melhor qualidade de saúde para população (BRASIL, 2002).

O documento utilizado como instrumento de coleta para alimentar mensalmente os dados do Sistema de Informação sobre Nascido Vivos, (SINASC) é a Declaração de Nascido Vivo (DN), que contém informações sobre as mães e os recém-nascidos que de acordo com o Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos a define como documento padronizado, previamente numerado e com as três vias distintas e impressas pelo Ministério da Saúde, para avaliar o nível de saúde da população e planejar ações que incluam a prevenção, a promoção e o tratamento durante o período gestacional e após o parto (BRASIL, 2004).

A DNV é preenchida nos hospitais/maternidades que realizam partos no município, em casos de partos domiciliares realizados por parteiras, o fato deverá ser informado aos profissionais da Unidade de saúde a que pertence a área que estes providenciem o preenchimento da DNV e somente em casos em que não há profissionais de saúde no município é que a DNV deverá ser preenchida pelo responsável do Cartório de Registro Civil (BRASIL,

2003). Esta declaração inclui dados sobre a mãe (sócio-demográficos), o pré-natal, o parto e o recém-nascido (BRASIL, 2004). Em vista disso, este instrumento tem sido utilizado como fonte de dados em pesquisas na área materno-infantil, com vista a elaborar ações de saúde destinadas à população desta área específica (PAIVA, COELI, SOARES et al., 2010; REIS, 2006; PRADO, RODRIGUES, 2010).

Considerando o objetivo desta pesquisa, teremos o foco que, gestação nos extremos da idade reprodutiva como em adolescentes apresentam riscos para terem recém-nascidos de baixo peso devido aos seguintes fatores: natureza biológica com imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso inadequado durante a gestação, mudança no estilo de vida, condições econômicas desfavoráveis, falta de cuidados pré-natais (SILVA, 2005)

Ademais, o exercício da sexualidade na adolescência tem se tornado uma prática freqüente, que vem aumentando entre os adolescentes e que os tornam vulneráveis a se situarem em grupos de riscos pela precocidade do início das relações sexuais. Diante disto, Taui et al (2001) considera que no Brasil, os dados do Ministério da Saúde confirmam um aumento na incidência em jovens adolescentes com 54% de partos realizados em adolescentes em 1993, em relação a outros procedimentos realizados, e 63% em 1996.

A idade materna mais avançada, por sua vez, merece atenção para cuidados obstétricos assim como para a gravidez em idade precoce, pelo fato de também constituir uma gravidez que pode implicar aumento para a mortalidade neonatal, baixo peso ao nascer, parto pré-termo e fetos pequenos, devido mulheres nesta faixa etária apresentarem aumento na incidência de doenças como diabetes, hipertensão crônica, hipotireoidismo assim como maiores probabilidades para ocorrência de nascimentos com malformações congênitas (ANDRADE et al, 2004).

Frente ao exposto, essa pesquisa foi realizada com o objetivo de identificar as características das mães adolescentes atendidas no município de Cajazeiras, Paraíba em 2009, a partir dos dados registrados na Declaração de Nascido vivo (DNV),

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, de natureza exploratória, do tipo documental.

As pesquisas da natureza exploratória têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (...). Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de casos (GIL, 1999, p. 44).

Conforme Rampazzo (2004, p. 51-2), a pesquisa é considerada documental quando *os documentos são de fonte primária, proveniente de órgãos que realizaram as observações (...). São importantes não porque respondem*

definitivamente a um problema, mas porque proporcionam melhor visão desse problema.

A referida pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras. Este município conta com uma maternidade pública que atende além da sua população residente em estado gravídico-peurperal, mulheres das cidades circunvizinhas, pelo fato de Cajazeiras ser uma cidade pólo do sertão paraibano, onde está localizada a IX Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba. Na referida maternidade é realizada uma média de **04 partos/dia**.

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa foi baseada nos princípios da beneficência, do respeito à dignidade e da justiça, que norteiam o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2008). O projeto desta pesquisa foi apresentado à Direção da IX Gerência Regional de Saúde. Foi feita a solicitação por escrito a esta direção, para que fosse possível ter acesso ao arquivo de Declarações de Nascido Vivo. Esse projeto foi, também, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Saúde e Tecnologia Rural, UFCG, Patos, PB, para a sua análise e foi provado na reunião extraordinária, sob o protocolo de nº 114/2009 em 01/06/2009 (Protocolo do projeto de pesquisa de 5 anos outrora citado na justificativa. Além disso, assegura-se que, no processo de coleta e divulgação dos dados foram respeitados os requisitos da resolução supracitada no que concerne ao anonimato das informações contidas nas DNV relativas aos sujeitos que compuseram este estudo.

A população foi composta por todas as mães adolescentes com idade entre 12 e 18 anos atendidas na maternidade pública do município de Cajazeiras, PB, que tiveram filhos nascidos vivos no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2009, totalizando 106 casos.

Para a coleta de dados foi adotada a Declaração de Nascido Vivo (DNV), utilizada para registro das informações das puérperas e de seus filhos nascidos vivos. Para a coleta de dados nas referidas fichas foi construído um instrumento contendo espaço para a transcrição literal dos registros contidos nas DNV referentes à gestação, parto e recém-nascido. A coleta de dados ocorreu diretamente nos arquivos da IX Regional de Saúde de Cajazeiras, PB.

Esta pesquisa exploratória, do tipo documental tem uma abordagem quantitativa dos achados. Para tanto, a variável idade da mãe, dados relativos à gestação, ao parto e ao recém-nascido, contidas nas DNV foram analisadas estatisticamente. Os instrumentos de coleta de dados foram enumerados e codificados para o uso do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para o estudo da correlação entre as variáveis foram utilizados os testes do qui-quadrado e o teste exato de Fisher, adotando-se um nível de significância de 5% para a rejeição da hipótese de nulidade. Com base nesta análise estatística, as tabelas foram elaboradas contendo números absolutos e percentuais e discutidas à luz da literatura pertinente à temática abordada.

A variável considerada independente nesta pesquisa foi a idade materna adolescente, categorizada em 12 a 15 anos (fase inicial da adolescência) e 16 até 18 anos (fase final da adolescência). As variáveis para correlação utilizadas foram os resultados obstétricos e perinatais das

mães e seus conceitos através dos dados contidos na DNV: antecedentes obstétricos (soma da variável nascidos vivos e nascidos mortos), onde apresentaram-se como primigestas, secundigestas e multigestas; o número de consultas pré-natal, que dividiu-se em menor que 7 e acima de 7 consultas; e o peso ao nascer, em gramas, que classificou-se como menor que 2.500, de 2.500 a 3.999 e acima de 4.000.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano 2009, no município de Cajazeiras, PB, foram constatados 697 nascidos vivos, dos quais, 106 eram de mães com idade entre 12 a 18 anos, representando

15,2% dos nascimentos. Neste município, nos anos 2006, 2007 e 2008, o percentual de nascimentos de mães adolescentes foi, respectivamente, 17,1%, 14,1% e 15% (QUEIROGA, FARIAS, SILVA et al, 2010; MONTEIRO, FARIAS, SILVA et al, 2009; QUEIROGA e FARIAS, 2011). Percebe-se que, de 2006 para 2007, houve uma queda de 3% no número de nascidos vivos de mães adolescentes. No entanto, este percentual teve aumento de 0,9% de 2007 para 2008, e manteve-se praticamente o mesmo, de 2008 para 2009. Embora se considere esses percentuais elevados, eles estão bem abaixo do estimado (20% a 25%) em nível nacional e estadual (SANTOS, PALUDO, SCHIRÓ et al., 2010; AMORIM, LIMA, LOPES et al., 2009).

Tabela 1. Distribuição das mães adolescentes conforme a idade *versus* dados socioeconômicos, antecedentes obstétricos, número de consultas pré-natal e peso do recém-nascido. Cajazeiras, Paraíba, 2009.

Categorias	Até 15 anos		16 a 18		TOTAL		p
	n	%	n	%	N	%	
Ocupação							0,633
Agricultora	3	16,7	24	27,6	27	25,7	
Doméstica	8	44,4	41	47,1	49	46,7	
Estudante	6	33,3	19	21,8	25	23,8	
Outros	1	5,6	3	3,4	4	3,8	
Total	18	100	87	100	105*	100	
Situação Econômica							0,456
Com renda	4	22,2	27	31,0	31	29,5	
Sem renda	14	77,8	60	69,0	74	70,5	
Total	18	100	87	100	105*	100	
Situação Conjugal							0,210
Sem companheiro	18	100	79	91,9	97	93,3	
Com companheiro	0	0	7	8,1	7	6,7	
Total	18	100	86	100	104*	100	
Escolaridade							0,715
Até 3 anos	3	16,7	10	11,5	13	12,4	
4 a 7	13	72,2	62	71,3	75	71,4	
Acima de 7	2	11,1	15	17,2	17	16,2	
Total	18	100	87	100	105*	100	
Antecedentes Obstétrico							0,593
Primigesta	15	83,3	65	73,9	80	75,5	
Secundigesta	3	16,7	20	22,7	23	21,7	
Multigesta	0	0	3	3,4	3	2,8	
Total	18	100	88	100	106	100	
Nº Consultas pré-natal							0,077
Menos de 7	16	88,9	58	68,2	74	71,8	
7 e mais	2	11,1	27	31,8	29	28,2	
Total	18	100	85	100	103*	100	
Peso do RN (g)							0,499
< de 2.500	2	11,1	6	6,8	8	7,5	
2.500 a 3999	16	88,9	77	87,5	93	87,7	
4000 ou +	0	0	5	5,7	5	4,7	
Total	18	100	88	100	106	100	

p (significância estatística teste qui-quadrado se $p < 0,05$).

Fonte: Declaração de Nascido Vivo. Secretaria de Saúde de Cajazeiras, Paraíba: janeiro a dezembro, 2009.

No presente estudo, foram analisadas 106 DNVs de mães adolescentes, na faixa etária de 12 a 15 anos e até 18 anos comparando-se as diversas variáveis com a idade materna. Dezoito adolescentes tinham idade entre 12 e 15 anos (17%) e 88 tinham 15 anos a 18 anos (83%).

De acordo com a tabela I, podemos observar que na variável ocupação as mães adolescentes investigadas apresentaram um valor expressivo de mulheres nas ocupações agricultoras e outros verificou-se nas 29,5% (atividades remuneradas) com um percentual de 70,5% doméstica e estudantes (atividades sem remunerações),

salientando que quanto menor a idade materna menor os índices de domésticas e estudante; acerca da situação econômica verificamos que 70,5% não exerciam nenhuma atividade remunerada (sem renda), com nível de escolaridade na faixa dos 4 a 7 anos de estudo (71,4%), entretanto, um percentual de 12,4 das adolescentes detinham baixo nível de escolaridade. Percebemos que além de terem menos filhos, as mulheres com mais instrução eram mães um pouco mais tarde. Na correlação com a situação conjugal, observamos que 93,3 mulheres estão sem companheiro. É peculiar nos percentuais mostrado na tabela as adolescentes sem renda e sem companheiro só se concretiza o ciclo de pobreza.

Quanto aos antecedentes obstétricos, os dados demonstram que o percentual total de primigestas foi 75,5%, de secundigestas foi 21,7% e multigestas (3 e + gestações) foi de apenas 2,8%. Ao relacionar esta variável com a idade materna, observou-se que do total de mães adolescentes jovens, 83,3% eram primigestas; 16,7% secundigestas e nenhuma mãe multigesta. Entre as adolescentes com 16 a 18 anos, observou-se que 65 (73,9%) das mães eram primigestas, 20 (22,7%) secundigestas e apenas 3 (3,4%) era multigesta. Podemos compreender que em totalidade, a maioria das

mães estudadas era primigesta (75,5%), e a minoria, apenas 3 mães eram multigesta entre as faixas etárias relacionadas e ambas concentraram-se na idade correspondente entre 16 a 18 anos.

Ao relacionar as variáveis idade da mãe adolescente com o número de consultas pré-natal realizadas, constatou-se que 74 das 103 das mães realizaram menos que 7 consultas; destacando-se que, destas mães, a maioria (78,4%) tinham entre 16 e 18 anos. E 29 das mães que realizaram acima de 7 consultas pré-natal, a maior incidência (93,1%) também esteve concentrada na faixa etária correspondente àquelas cuja idade está acima de 15 anos.

Com referência ao peso do recém-nascido, observamos que em ambas as faixas etárias de mães adolescentes houve maior incidência de peso entre 2500 e 3999g (considerado peso adequado), apresentando 88,9% na faixa correspondente às mães adolescentes com idade de 12 a 15 anos e 87,5% nas mães com idade entre 16 e 18 anos. A incidência de baixo peso ao nascer (<2500g) teve percentual entre 11,1 e 6,8 % das mães, atingindo 2 e 6 casos em mães adolescentes jovens e mães adolescentes, respectivamente. Quanto ao sobrepeso ao nascer, a tabela mostra que 5,7% das DNV investigadas apresentaram recém-nascidos com peso >4000g, em sua totalidade presentes em mães com faixa etária correspondente à idade entre 16 e 18 anos.

Pelos dados expressos na tabela I, percebemos que a idade materna correlacionada com os dados sócio-demográficos e obstétricos não relevaram significância estatística, mais relevância em seus dados.

Tabela 2. Distribuição das mães adolescentes conforme a escolaridade *versus* número de consultas pré-natal, antecedentes obstétricos. Cajazeiras, Paraíba, 2009.

p (significância estatística teste qui-quadrado se $p < 0,05$).

Categorias	Escolaridade (anos)								P
	Até 3 anos		4 a 7		7 e mais		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Nº consultas pré-natal									
Menos de 7	9	69,2	54	74,0	10	62,5	73	71,6	0,641
7 e mais	4	30,8	19	26,0	6	37,5	29	28,4	
Total	13	100	73	100	16	100	102*	100	
Antecedentes Obstétricos									
Primigesta									
Secundigesta	11	84,6	55	73,3	14	82,4	80	76,2	0,291
Multigesta	1	7,7	19	25,3	2	11,8	22	21,0	
Total	1	7,7	1	1,3	1	5,9	3	2,9	
	13	100	75	100	17	100	105*	100	

Fonte: Declaração de Nascido Vivo. Secretaria de Saúde de Cajazeiras, Paraíba: janeiro a dezembro, 2009.

Na correlação escolaridade com o número de consultas pré-natal os dados demonstram que 73 das mães realizaram menos de 7 consultas; observamos que destas mães, a maioria (69,2) esteve concentrada na faixa etária correspondente àquelas cuja idade está até 3 anos de escolaridade. (IBGE 2009) A educação, neste caso, se revela um fator importante na percepção da importância da assistência à saúde materno-infantil. É razoável, também, deduzir que essas mulheres de maior escolaridade são aquelas que têm melhores níveis de renda e, conseqüentemente, maiores condições de acesso a serviços privados de saúde do que as mulheres com menores rendimentos. Isso, por um lado, se torna uma

vantagem em relação às mulheres cujo acesso está limitado ao serviço público, especialmente pela quantidade de atendimentos que este serviço de saúde é obrigado a realizar. Por outro, representa a necessidade de ampliação ou de melhoria da assistência pré-natal da rede pública, para que o acesso seja facilitado a todas.

Com referência aos antecedentes obstétricos constatou-se que 76,2% eram primigesta, 21,0 secundigesta e 2,9 multigesta. Ao relacionar essa variável com escolaridade observou-se que do total de mães adolescentes jovens, e destacamos que quando menor a escolaridade da mãe adolescente maior o número de gestações.

No presente estudo, ao relacionar as variáveis torna-se possível caracterizar todas as problemáticas que envolvem a gravidez na adolescência e as dificuldades apresentadas no período gestacional por essas mães adolescentes.

Quanto às características das mães adolescentes investigadas, constatou-se que na variável ocupação uma quantidade diferenciada de profissões e foi feita a seguinte categorização: agricultora, doméstica, estudante (atividade não remuneradas-96,2%) e outros (comerciantes, pescadora, professora, psicóloga, costureira, enfermeira, auxiliar, jornalista, radialista, secretária e balconista.) atividades remuneradas – 3,8%. Silva et al (2009) revelam que a gravidez está inserida em um contexto de desvantagem social para os adolescentes e resulta da falta de acesso à informação e aos serviços de saúde, mesmo no Brasil as mulheres estão contribuindo cada vez mais para a formação do orçamento familiar ou quando não assumem a própria economia da família. Era esperado que a maior porcentagem fosse de mães adolescentes com a ocupação estudante, visto que se enquadra em maiores quantidades na categorização doméstica e agricultora, doméstica pela condição de que a adolescente agora na situação que vivencia precisará ter algum ganho financeiro para o sustento do seu filho mesmo muitas vezes tendo a ajuda do pai da criança ou dos seus pais, já na categorização agricultora é importante destacar que muitas mães constatarem a categorização muitas vezes, uma correlação que não é fidedigna para uma análise precisa, essas mães que declaram esse benefício são concedidas pelo INSS um salário apoio a maternidade. Em relação às situações econômicas observaram que é significativo o número de mulheres sem renda (70,5%) e então destacamos um dos problemas que isso acarreta a falta de independência financeira, conseqüentemente um risco para alcançar mais sucesso no trabalho e na realização vocacional. Na variável situação conjugal, chama a atenção o índice de mães adolescentes sem companheiro (93,3%), um ponto importante a ser analisado já que é possível verificar que a presença do pai da criança é tão importante que mostra uma reação positiva diante da gestação, o peso do recém-nascido é significativamente mais alto e é mais provável o retorno escolar da mãe que em vista terá com quem dividir o cuidado da criança, sobrepondo um percentual de 6,7% de mulheres que possuíam companheiro fixo; Podemos então destacar que os relacionamentos atualmente estão acontecendo de forma descomprometida e sem estabelecimento de uniões consensuais, isso são circunstâncias da contemporaneidade. Com referência a escolaridade, chama atenção o índice de 12,4% das adolescentes com baixo nível de escolaridade (até 3 anos), embora a pesquisa não apresente significância estatística podemos observar o quanto as variáveis escolaridade e o número de consultas pré-natal, verificamos que quanto maior o nível de instrução materna investigada, maior também é o número de consultas pré-natal. O grau de escolaridade materna pode influenciar ao conhecimento do uso de anticoncepcionais, o conhecimento a fisiologia reprodutiva e gravidez, o peso ao nascer, características do pré-natal e teriam condições de prevenir e tratar doenças de forma mais adequada. A baixa escolaridade tem como consequência a desqualificação profissional

acarretando em uma menor remuneração. Nas adolescentes com menor grau de instrução o padrão de fecundidade tende a ser mais jovem. Podemos observar na tabela que metade dos jovens de 12 a 15 anos está no nível educacional adequado a sua idade, visto que o rendimento familiar é determinante ao acesso ao sistema educacional.

Acerca da variável antecedentes obstétricos, constatou-se primigesta (75,5%) e preocupante o índice de secundigesta (20-22,7%) na faixa etária de 16 a 18 anos, de acordo com Persona *et al.*(2004) verificaram que a repetição da gravidez é influenciada por diversas causas, tais como menarca precoce e início precoce da vida sexual, dificuldades escolares e subseqüente abandono, baixa renda familiar, ausência de ocupação remunerada, parceiro fixo e mais velho, baixo uso de condon, história familiar de gravidez na adolescência, ausência do próprio pai, aprovação da família da gestação anterior, aborto anterior, parto anterior bem conceituado pela adolescente e ausência de revisão pós-parto anterior. Em relação à assistência pré-natal com menos de 6 consultas(71,6%), que podemos evidenciar as dificuldades encontradas para que seja realizado o acompanhamento adequado, a dificuldade de receber os serviços do sistema de saúde e a necessidade existente para a criação de serviços específicos para adolescentes. O Ministério da Saúde preconiza um número mínimo de 6 consultas no pré-natal referentes a uma gestação de baixo risco, portanto um bom controle é associado à diminuição dos riscos da gravidez precoce e principalmente na detecção precoce de algum problema de saúde, seu possível tratamento e a promoção à saúde durante o período gestacional ou após o parto.

Embora tenha sido frequentemente relatado que o baixo peso ao nascimento seja mais frequente entre os recém-nascidos de mães adolescentes, pesquisas aprofundadas no assunto precisam ser realizadas para então avaliar já que a gravidez na adolescência é preocupante pelo risco para o recém-nascido com baixo peso, morte neonatal precoce, uso de fórceps e lacerações. Ao observar os dados, verificamos que a grande maioria das mães adolescentes tiveram filhos com peso na faixa etária considerada ideal embora a adolescência seja considerada uma situação de risco para o baixo peso, de 2.500 a 4000 gramas (87,7%), e apenas 8 casos (7,5%) apresentaram recém nascidos com baixo peso. Klerman (2006) discute a ideia de que, apesar de algumas pesquisas mostrarem que o segundo nascimento em adolescente geralmente tem resultados piores em termos de desfechos perinatais, os estudos longitudinais mostram que individualmente as adolescentes não têm maior risco para baixo peso e os problemas a ele associados numa segunda gestação. O peso do recém-nascido é resultante da somatória de influências de fatores gestacionais e pré-gestacionais, que podem se expressar com diferente intensidade.

CONCLUSÕES

Este artigo teve como objetivo analisar as características de mães adolescentes no município de Cajazeiras, Paraíba, no ano de 2009 e com este estudo procurou refletir-se sobre a gravidez na adolescência, a vulnerabilidade social nesse contexto social.

Foram analisadas variáveis onde demonstraram que: 106 mães adolescentes, sendo 18(17%) na faixa etária correspondente entre 12 e 15 anos e 88(83%) na faixa etária de 15 a 18 anos, sem companheiro (93,3%), sem renda (70,5%) e com o ensino fundamental incompleto (12,4%). A maioria das mães adolescentes estudadas teve como característica comum ser: primigesta(75,5%) e fazer menos de 7 consultas pré-natais(71,8%) e apresentar recém nascido com peso ideal(87,7%). Ambas as variáveis correlacionadas não apresentaram significância, caracterizando, neste estudo, que não há associação entre a idade adolescente e a paridade, a duração da gestação, o número de consultas pré-natais realizadas e o peso do recém-nascido, sendo assim, consideradas variáveis independentes. Podemos observar com os indicadores que foram analisados neste estudo, que entre as adolescentes foi maior a frequência de analfabetismo, condição social instável, desemprego, mães sem parceiro fixo, problemáticas que são de suma importância serem analisados. Assim, a gravidez na adolescência é preocupante e é um problema de saúde pública, a realização de campanhas em relação ao uso de preservativos, disseminação da informação e maior acesso sobre métodos anticoncepcionais poderiam ser implantados e conseqüentemente observaríamos uma redução dos partos em adolescentes; A falta de assistência pré-natal ou o início tardio do mesmo também é analisado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE et al. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: Estudo Controlado. **RBGO**, São Paulo, vol.26, n.9, p. 697-702, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n9/a04v26n9.pdf>>. Acesso em: 10 julho.2010.
- BECKER, D. **O que é adolescência**. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Política de Informação em Informática em Saúde**. [on line] Disponível em <http://www.saude.gov.br/politica_informacao> acesso em 14 de maio de 2008.
- _____, Ministério da Saúde. **Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) para profissionais do Programa Saúde da Família**. Ministério da Saúde. – 2 ed. ver, atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____, Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente COMANDA. **Diretrizes nacionais para a política de atenção integral à infância e à adolescência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____, Ministério da Saúde. **DATASUS Trajetória 1991-2002**. Brasília, 2002.
- _____, **Estatuto da Criança e do Adolescente** (Lei n. 8069/90). Brasília, DF: COMANDA, 2000.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- OHARA, C. E. C. ; SAITO, R. X. S. **Saúde da família. considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.
- OLIVEIRA, J. de C. **Perfil socioeconômico da maternidade nos extremos do período reprodutivo**. (Primeira Versão). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas – DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS, 2005.
- PAIVA, N. S.; COELI, C. M.; SOARES, M. F. et al. **Sistema de Informações Sobre Nascidos vivos: um estudo de revisão**. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/sbis/arquivos/750.pdf> Acessado em: 19/05/2010.
- Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev Lat Am Enfermagem* 2004; 12: 745-50.
- PRADO, L. B. do, RODRIGUES, J. F. T. **Avaliação epidemiológica da natalidade no município de Piracanjuba, Goiás, Brasil**. Disponível em: Disponível em: http://www.prp.ueg.br/06v1/ctd/pesq/inic_cien/eventos/sic2005/arquivos/biologicas/avaliacao_epidemiologica.pdf Acessado em: 19/05/2010.
- RAMPAZZO, L. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação**. 2. ed. São. Paulo : Loyola., 2004.
- REIS, A. C. Recuperação de dados da Declaração de Óbitos (DO) para os menores de um ano através da Declaração de Nascidos Vivos (DN). **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 297-304, 2006.
- SILVA, A. F. F. **Gestação na Adolescência: Impacto do Estado Nutricional no peso do recém-nascido**. Curitiba, 2005. Disponível em: <<http://dSPACE.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/3426/1/gesta%c3%A7>>. Acesso em: 10 julho.2010.
- SILVA, J. L. C. P., SURITA, F. G. C. Idade materna: resultados perinatais e vias de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Campinas. v. 31, n. 7, p. 321-325, 2009;
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA - SIAB. **Situação de Saúde**. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSPB.def> Acessado em 20 de maio de 2008a.
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA - SIAB. **Situação de Saúde**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSPB.DEF> Acessado em 20 de maio de 2008b.