

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS PASSO FUNDO  
CURSO DE MEDICINA**

**GABRIELA ERTHAL**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DE GESTANTES  
ADOLESCENTES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM PASSO  
FUNDO - RS**

**PASSO FUNDO – RS  
2023**

**GABRIELA ERTHAL**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DE GESTANTES  
ADOLESCENTES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM PASSO  
FUNDO - RS**

Trabalho de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo-RS.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Shana Ginar da Silva

Coorientador: Prof. Me. Luiz Artur Rosa Filho

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Me. Silvane Nenê Portela

**PASSO FUNDO – RS**

**2023**

### **Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Erthal, Gabriela

Características Clínicas e Epidemiológicas de Gestantes Adolescentes Usuárias do Sistema Único de Saúde em Passo Fundo - RS / Gabriela Erthal. -- 2023. 86 f.

Orientadora: Doutora Shana Ginar da Silva

Coorientadores: Mestre Luiz Artur Rosa Filho, Mestre Silvane Nenê Portela

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2023.

1. Gestação na Adolescência. 2. Epidemiologia. 3. Saúde Materno-Infantil. 4. Sistema  nico de Saúde. I. Silva, Shana Ginar da, orient. II. Rosa Filho, Luiz Artur, co-orient. III. Portela, Silvane Nenê, co-orient. IV. Universidade Federal da Fronteira Sul. V. Título.

**GABRIELA ERTHAL**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DE GESTANTES  
ADOLESCENTES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM PASSO  
FUNDO - RS**

Trabalho de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo-RS.

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em: 29/11/2023

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Shana Ginar da Silva  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivana Loraine Lindermann  
Banca

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Maríndia Biffi  
Banca

Dedico este trabalho a todas as famílias que enfrentam as complexidades e desafios de uma gestação na adolescência, em especial à minha família.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha dedicada orientadora, Doutora Shana Ginar da Silva, que desempenhou um papel essencial em todas as etapas do desenvolvimento deste trabalho. Seu conhecimento e sua orientação paciente e esclarecedora foram fundamentais para o meu aprendizado e crescimento acadêmico. Além disso, agradeço aos meus coorientadores, Mestre Luiz Artur Rosa Filho e Mestre Silvane Nenê Portela, cujas contribuições foram excepcionais. Sou profundamente grata por aceitarem participar deste desafio junto a mim e por acreditarem no potencial deste trabalho.

Agradeço a todas as meninas que participaram ativamente da elaboração e coleta de dados do projeto “Saúde da Mulher e da Criança no Ciclo Gravídico-Puerperal em Usuárias do Sistema Único de Saúde”. Sem dúvidas a dedicação de cada uma teve fundamental importância, tornando possível a realização deste trabalho.

Agradeço de todo o coração à minha amada família e amigos, que estão ao meu lado mesmo nos momentos mais desafiadores. Aos meus fiéis companheiros de quatro patas, Bolinha (*in memorian*) e Pipoca, que iluminam meus dias com sua alegria incondicional. Ao meu namorado, cujo apoio constante e convicção em meu potencial foram minha fortaleza, obrigada por segurar minha mão em cada passo desta jornada. Às minhas irmãs, Valentina, Bianca, Martina e Mariana, que, mesmo sem compreender totalmente o significado deste feito, são fontes inesgotáveis de força para mim e espero que sintam orgulho da irmã mais velha.

Por fim e o agradecimento mais importante, expresso minha eterna gratidão aos meus pais, que mesmo diante de todas as dificuldades de cuidar de uma criança enquanto ainda eram adolescentes, demonstraram uma maturidade e resiliência admiráveis. Sou profundamente grata por terem me proporcionado não apenas o essencial, mas uma base sólida para minha educação. Agradeço o apoio em todos os meus objetivos, sempre me dando suporte e incentivo. Vocês são minha maior inspiração e meu orgulho.

## APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Curso (TC), intitulado “Características Clínicas e Epidemiológicas de Gestantes Adolescentes Usuárias do Sistema Único de Saúde em Passo Fundo - RS”, foi desenvolvido pela acadêmica Gabriela Erthal sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Shana Ginar da Silva e coorientação do Prof. Me. Luiz Artur Rosa Filho e da Prof.<sup>a</sup> Me. Silvane Nene Portela. Trata-se de um estudo com delineamento epidemiológico transversal, realizado como requisito parcial para obtenção de título de Médica na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo – RS, e foi elaborado conforme as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da instituição e com base no Regulamento de TC do Curso de Medicina. Este volume é composto por três capítulos, sendo o primeiro referente ao projeto de pesquisa, desenvolvido no Componente Curricular (CCr) de Trabalho de Curso I, durante o semestre letivo de 2022.2. O segundo capítulo consiste no relatório de pesquisa, desenvolvido no CCr de Trabalho de Curso II, durante o semestre letivo de 2023.1. E, por último, o terceiro capítulo é composto pelo artigo científico, desenvolvido no CCr de Trabalho de Curso III, durante o semestre letivo de 2023.2.

## RESUMO

A gestação na adolescência emerge como um desafio significativo no contexto brasileiro, evidenciado por taxas elevadas no país. Esse fenômeno é associado a problemáticas sociodemográficas e suscita preocupações relacionadas a complicações clínicas para a gestante e para o recém-nascido. O presente trabalho constitui-se como um estudo quantitativo e transversal, cujo objetivo principal foi avaliar as características clínicas e epidemiológicas de gestantes adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. O estudo foi realizado no período de março a dezembro de 2023, sendo um recorte da pesquisa intitulada “Saúde da Mulher e da Criança no Ciclo Gravídico-Puerperal em Usuárias do Sistema Único de Saúde”. Mulheres, independentemente da idade, e que possuam filhos de até 2 anos de idade e que estejam em acompanhamento de puericultura na atenção básica no município de Passo Fundo, RS no período de realização da pesquisa, foram consideradas elegíveis para participação no estudo. As informações foram coletadas por meio de entrevista face a face, com a aplicação de um questionário desenvolvido para o próprio estudo, nas dependências das Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha. Para responder aos objetivos do estudo, as variáveis utilizadas incluíram as sociodemográficas, informações do pré-natal, dados clínicos da última gestação e saúde da criança. A estatística descritiva incluiu a descrição da prevalência da gestação na adolescência com os respectivos intervalos de confiança de 95%, além de proporções para variáveis categóricas. Aplicou-se o teste exato de Fisher na investigação da relação entre o tempo de gestação no início das consultas de pré-natal e os desfechos adversos de saúde do recém-nascido de mulheres que engravidaram na adolescência, como prematuridade e baixo peso ao nascer, para comparação da prevalência de uso de fórceps em partos de adolescentes e de adultas, bem como para verificação da utilização de método contraceptivo antes de engravidar e no pós-parto. Além disso, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson para a comparação da prevalência de desfechos adversos de saúde do recém-nascido e realização de episiotomia com a idade materna, considerando estatisticamente significativos valores com  $p < 0,05$ . A amostra incluiu 272 mulheres, das quais 17,6% eram adolescentes majoritariamente na segunda adolescência, não brancas, com companheiro, ensino médio incompleto, desempregadas e de baixa renda. A idade da menarca predominou até doze anos e a sexarca após os quinze anos. A maioria era primigesta, não planejou a gestação, iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, não utilizou



contraceptivo antes de engravidar e nem após o parto. A significância estatística foi ausente no parto pré-termo e baixo peso ao nascer, e presente para episiotomia e parto instrumentado.

**Palavras-chave:** gravidez na adolescência; perfil de saúde; saúde materno-infantil; cuidado pré-natal; sistema único de saúde.

## ABSTRACT

Adolescent pregnancy emerges as a significant challenge in the Brazilian context, evidenced by high rates in the country. This phenomenon is associated with sociodemographic problems and raises concerns related to clinical complications for pregnant women and newborns. The present study is a quantitative and cross-sectional study, whose main objective was to evaluate the clinical and epidemiological characteristics of pregnant adolescents using the Unified Health System in Passo Fundo, Rio Grande do Sul. The study was carried out from March to December 2023, and is an excerpt from the research entitled "Women's and Children's Health in the Pregnancy-Puerperal Cycle in Users of the Unified Health System". Women, regardless of age, who have children up to 2 years of age and who are being followed up by childcare in primary care in the municipality of Passo Fundo, RS during the period of the research, were considered eligible for childcare. To respond to the objectives of the study, the variables used included sociodemographic, prenatal information, clinical data from the last pregnancy, and the child's health. Descriptive statistics included a description of the prevalence of adolescent pregnancy with the respective 95% confidence intervals, as well as proportions for categorical variables. Fisher's exact test was applied to investigate the relationship between gestation time at the beginning of prenatal visits and adverse health outcomes of the newborn of women who became pregnant during adolescence, such as prematurity and low birth weight, to compare the prevalence of forceps use in adolescent and adult deliveries. as well as to verify the use of contraceptive methods before becoming pregnant and in the postpartum period. In addition, Pearson's chi-square test was applied to compare the prevalence of adverse health outcomes in newborns and episiotomy with maternal age. Values with  $p < 0.05$  were statistically significant. The sample included 272 women, of whom 17.6% were adolescents, mostly in their second adolescence, non-white, with a partner, incomplete high school, unemployed and low-income. The age at menarche predominated up to twelve years and sexarche after the age of fifteen. Most of them were primiparous, did not plan their pregnancy, started prenatal care in the first trimester, did not use contraceptives before becoming pregnant or after delivery. Statistical significance was absent in preterm delivery and low birth weight, and present for episiotomy and instrumented delivery.

**Keywords:** pregnancy in adolescence; health profile; maternal and child health; prenatal care, unified health system.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APN	Acompanhamento Pré-Natal
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CCr	Componente Curricular
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	Organização Mundial da Saúde
PF	Passo Fundo
RCIU	Restrição do Crescimento Intrauterino
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Assentimento e Consentimento Livre e Esclarecido
TC	Trabalho de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>17</b>
2.1 PROJETO DE PESQUISA.....	17
<b>2.1.1 Tema .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.2 Problemas .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.3 Hipóteses.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.4 Objetivos.....</b>	<b>18</b>
2.1.4.1 Objetivo Geral .....	18
2.1.4.2 Objetivos Específicos .....	18
<b>2.1.5 Justificativa .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.6 Referencial teórico .....</b>	<b>20</b>
2.1.6.1 Adolescência.....	20
2.1.6.2 Sexualidade na adolescência .....	20
2.1.6.3 Gravidez na adolescência e seus aspectos sociais .....	21
2.1.6.4 Gravidez na adolescência e seus riscos .....	23
2.1.6.5 Desfechos adversos na saúde do recém-nascido .....	24
2.1.6.6. Relevância do pré-natal .....	26
2.1.6.7 Educação sexual .....	27
2.1.6.7.1 Contracepção .....	28
<b>2.1.7 Metodologia.....</b>	<b>29</b>
2.1.7.1 Tipo de estudo .....	29
2.1.7.2 Local e período de realização .....	29
2.1.7.3 População e amostragem .....	29
2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados.....	30
2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise de dados.....	31
2.1.7.6 Aspectos éticos .....	32
<b>2.1.8 Recursos.....</b>	<b>32</b>
<b>2.1.9 Cronograma .....</b>	<b>32</b>
<b>2.1.10 Referências .....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO A SER APLICADO VIA ENTREVISTA.....</b>	<b>38</b>

<b>ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL .</b>	<b>49</b>
<b>2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA .....</b>	<b>60</b>
<b>2.2.1 Apresentação .....</b>	<b>60</b>
<b>2.2.2 Desenvolvimento .....</b>	<b>60</b>
<b>2.2.3 Considerações Finais .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO C – NORMAS DA REVISTA PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>	<b>62</b>
<b>3 ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>	<b>68</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é o período em que ocorre a transição da infância para a vida adulta. A principal caracterização dessa fase são as mudanças que ocorrem, sendo elas físicas, psicológicas e comportamentais. As mudanças físicas estão fortemente ligadas à puberdade, que está diretamente relacionada com as alterações hormonais, que resultam na descoberta da sexualidade. (DE OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Apesar de a sexualidade estar presente em todos os períodos da vida, na adolescência a excitação sexual surge como um novo fenômeno, compreendendo desde o autoerotismo até o relacionamento sexual propriamente dito. A maturação sexual do jovem ocorre de maneira rápida e simultânea ao amadurecimento emocional e intelectual, iniciando a formação dos valores de independência. (BICALHO *et al.*, 2021; GUIMARÃES; CABRAL, 2022;).

A problemática em questão surge no momento em que, concomitantemente às mudanças da adolescência, as jovens precisam enfrentar as alterações biológicas de uma gravidez. No Brasil, considerado um país em desenvolvimento, o risco de engravidar na adolescência é quatro vezes maior do que nos países da Europa, que são, na maioria, de alta renda. Tal fato é fundamentado pela desigualdade social observada no país, cujas adolescentes, dependendo da classe social as quais pertencem, terão rumos de vida diferentes. As jovens de baixa renda, devido à necessidade iniciação no mercado de trabalho, descontinuem seus estudos. Dessa forma, em virtude da baixa escolaridade, a inserção ocorre em empregos precários e de baixa remuneração, sendo assim, destinadas a permanecer na pobreza (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

A gravidez na adolescência, devido às alterações físicas que ainda ocorrem na adolescência, somadas às alterações biológicas de uma gestação, pode acarretar em desfechos adversos para o feto, portanto, caracteriza-se como de alto risco. A incidência de partos prematuros e baixo peso ao nascer ao nascimento são condições negativas da gestação precoce e são indicadores de morbimortalidade infantil (PACÓ; RABELO, 2022).

Quando realizado um acompanhamento pré-natal adequado, ou seja, com, no mínimo, seis consultas, os desfechos adversos são reduzidos bruscamente, posto que um bom pré-natal está diretamente relacionado com uma boa saúde materno-infantil. No entanto, muitas adolescentes grávidas iniciam tardiamente o pré-natal e, conseqüentemente, não atingem o

número indicado de consultas devido aos aspectos sociais associados à gravidez na jovialidade e à desinformação quanto a importância da assistência obstétrica adequada (BICALHO *et al*, 2021).

A problemática da gravidez na adolescência tem sua resolução no investimento em saúde sexual e reprodutiva aos indivíduos nessa fase da vida. Portanto, a educação sexual deve incluir características biológicas e preventivas sobre a sexualidade, na intenção de instruir sobre seus corpos e suas condutas (VIEIRA; MATSUKURA, 2017).



## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 PROJETO DE PESQUISA**

#### **2.1.1 Tema**

Características clínicas e epidemiológicas de usuárias do Sistema Único de Saúde que gestaram na fase da adolescência.

#### **2.1.2 Problemas**

Qual a prevalência de gestações na adolescência entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Passo Fundo, Rio Grande do Sul?

Quais as características clínicas e epidemiológicas de gestantes adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde em Passo Fundo, Rio Grande do Sul?

Há relação entre o tempo de gestação e o início das consultas de pré-natal com desfechos adversos de saúde do recém-nascido, como prematuridade e baixo peso ao nascer, em mulheres que engravidaram na adolescência?

Há diferença na proporção de desfechos adversos de saúde do recém-nascido, como prematuridade e baixo peso ao nascer, ao comparar mulheres que gestaram na adolescência daquelas que gestaram na idade adulta?

Qual o método de contracepção utilizado antes da gravidez e no período pós-parto entre as gestantes adolescentes da amostra?

#### **2.1.3 Hipóteses**

A prevalência de gestantes adolescentes na amostra será de 10%.

As características epidemiológicas da gestação na adolescência serão predominantemente compostas por garotas brancas, classificadas na segunda adolescência (15 aos 19 anos), solteiras, com ensino fundamental incompleto, sem ocupação e pertencentes à baixa renda. No perfil clínico, haverá predomínio de primigestas, sendo a gravidez não

planejada e com o número de consultas de pré-natal abaixo do recomendado, ou seja, com menos de 6 consultas de pré-natal.

Quanto maior a idade gestacional identificada na primeira consulta de pré-natal, maior será a proporção de prematuridade e baixo peso ao nascer.

A prevalência de prematuridade e baixo peso ao nascer será maior em recém-nascidos fruto de gestações que ocorreram na adolescência comparado aqueles que ocorreram na idade adulta.

Será observada uma predominância do não uso de métodos contraceptivos anterior à gestação, assim como a escolha de anticoncepcionais orais no pós-parto entre as gestantes adolescentes.

## **2.1.4 Objetivos**

### 2.1.4.1 Objetivo Geral

Avaliar as características clínicas e epidemiológicas de gestantes adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde em Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

### 2.1.4.2 Objetivos Específicos

Estimar a prevalência de gestantes adolescentes na amostra estudada.

Investigar a relação entre o tempo de gestação ao início das consultas de pré-natal com desfechos adversos de saúde do recém-nascido, como prematuridade e baixo peso ao nascer, em mulheres que engravidaram na adolescência.

Comparar a prevalência de desfechos adversos de saúde do recém-nascido, como prematuridade e baixo peso ao nascer, fruto de gestação na adolescência e gestação na idade adulta.

Verificar a utilização de contracepção antes da gravidez e no pós-parto pelas adolescentes da amostra.

### 2.1.5 Justificativa

Em 2021, cerca de 360 mil crianças nasceram no Brasil fruto de gravidez precoce, o que resulta em uma estimativa de 13% do total de gestantes no país são adolescentes. Nota-se uma diminuição gradual nesse percentual, visto que, no ano de 2000, 750 mil crianças nasceram de mães na adolescência, o que corresponde a 23% do total de nascidos daquele ano (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2021). No entanto, apesar dessa redução, os valores atuais ainda são preocupantes.

Essas garotas deixam de serem apenas meninas e viram mulheres inseridas de forma brusca no mundo adulto com inúmeras responsabilidades, sendo assim, além de não terem condições financeiras, elas também não têm condições emocionais para lidar com essa maternidade. A gravidez na adolescência é considerada de alto risco devido às complicações que podem ocorrer com a própria gestante e às que podem ocorrer com o recém-nascido, destacando o parto prematuro e o baixo peso ao nascimento. Tais consequências poderiam ser facilmente controladas com uma assistência pré-natal adequada, além de aconselhamento quanto ao planejamento familiar e à educação sexual.

Visto os dados alarmantes de gravidez na adolescência e todas as consequências oriundas dela, o presente trabalho pode contribuir significativamente para o eixo acadêmico e profissional, principalmente à saúde pública. Ações de intervenção podem e devem ser tomadas a fim de prevenir a gravidez precoce e, principalmente, as consequências que dela podem ocorrer, com, por exemplo, um tratamento diferenciado às consultas de pré-natal. Ademais, não há, na literatura, pesquisas referentes ao tema na região, o que justifica, assim, a execução do trabalho.

## 2.1.6 Referencial Teórico

### 2.1.6.1 Adolescência

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2007, p. 07), “a adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como o período entre os 10 e 19 anos completos, sendo caracterizado pela puberdade, da qual ocorrem inúmeras mudanças anatômicas diferentes do crescimento e desenvolvimento que ocorrem no período da infância. Tais transformações têm influências ambientais, nutricionais, psicológicas e hereditárias (BRASIL, 2013).

Para Pacó e Rabelo (2022), a adolescência é uma fase de transição que é caracterizada pelas mudanças físicas, emocionais e comportamentais, cujo estabelecimento ocorre de forma acelerada e acentuada, e contribuem para a estruturação da personalidade de cada indivíduo. De acordo com Macedo *et al.* (2013), nessa busca pela construção de uma identidade própria, os adolescentes costumam procurar inspirações em pessoas de fora da família, da qual as ações e atitudes servem de referencia. Dessa forma, como ressalta Vieira *et al.* (2017), a transição dessa fase também é caracterizada pela passagem da dependência à autonomia no que se diz respeito aos seus progenitores.

Além disso, outra competência da adolescência é o aceleração do desenvolvimento cognitivo, representado no amadurecimento, com a possibilidade de resolução de problemas dentro das suas próprias alternativas e escolhas (VIEIRA; MATSUKURA, 2017). Ainda, na visão psicológica, é o momento da desordem que irá reestruturar o sistema psíquico pelo desligamento com a fase infantil e a conexão com a sexualidade, o que resulta em um conflito com o “eu” (LEAL; WALL, 2005).

Como dito, a adolescência é a fase da qual ocorrem inúmeras mudanças físicas, entre elas o nascimento das características sexuais secundárias, que auxilia na conscientização da sexualidade (BICALHO *et al.*, 2021).

### 2.1.6.2 Sexualidade na adolescência

A sexualidade está presente em todos os ciclos da vida dos seres humanos e não se restringe apenas ao comportamento sexual, engloba, também, as dimensões dos afetos e dos sentimentos, o exercício de liberdade e a saúde. Sendo assim, é um complexo fenômeno que envolve normas sociais e culturais e, ainda, varia de acordo com as relações sociais (MACEDO *et al.*, 2013). Para Vieira e Matsukura (2017), na adolescência, todas as temáticas relacionadas à sexualidade fazem parte do processo de metamorfose, estando ligadas à individualidade e aos desejos. Além disso, tem extrema importância como elemento estruturador na formação da personalidade.

A fase inicial do desenvolvimento sexual adolescente geralmente é a mais turbulenta devido às transformações, principalmente as modificações anatômicas e conflitos a respeito da sua sexualidade. Não obstante, ainda há a pressão dos sentimentos estranhos e desconhecidos até então (LEAL; WALL, 2005). Conforme dito por Moreira *et al.* (2008), as mudanças físicas que caracterizam o desenvolvimento sexual adolescente incluem alterações hormonais que são possíveis de provocar uma excitação muito aguçada, o que resulta no aumento do autoerotismo, caracterizado pela masturbação, sendo essa, a primeira forma de satisfação sexual, geralmente acompanhada pelo grande peso de culpa.

Posteriormente, o adolescente vivencia o sexo propriamente dito. Segundo Vieira *et al.* (2017), houve, nos últimos tempos, uma dissociação entre a atividade sexual e a união conjugal. Em concordância, Santos *et al.* (2018) afirma que a essência do namoro, que anteriormente era um período de preparação para o matrimônio, modernamente assumiu como uma fase de experimentação afetiva e sexual.

Ainda, devido às abundantes novidades, a prática sexual é iniciada pelos adolescentes de forma insegura, da qual a insciência os deixam mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), às brigas com o cônjuge e à gravidez precoce, que pode provocar complicações obstétricas (PACÓ; RABELO, 2022).

#### 2.1.6.3 Gravidez na adolescência e seus aspectos sociais

Segundo Vieira *et al.* (2017), a atividade sexual com envolvimento genital acontece, na maioria, na adolescência e, hoje em dia, está ocorrendo cada vez mais precocemente. Na pesquisa, o resultado da idade média da sexarca foi de 14,6 anos.

Taborda *et al.* (2014), sugere que existe uma grande ignorância por parte da família sobre a sexualidade do adolescente devido ao tabu desse assunto. Portanto, o jovem tem dificuldade em esclarecer suas dúvidas, já que, em muitos casos, há proibição do sexo pela família ou famílias que acreditam que abordar o assunto sirva de indução para o início da vida sexual. Sendo assim, a falta de informação é uma das principais aliadas da sexarca precoce e, conseqüentemente, da gestação não esperada. Por isso, ocorre da adolescente engravidar sem nem saber o que está acontecendo com o seu corpo.

Um estudo realizado por Carvacho, Silva e de Mello (2008) vai ao encontro de que as adolescentes gestantes não conhecem de forma satisfatória seus corpos: 55,5% delas tinham conhecimento insatisfatório sobre a anatomia dos órgãos e 76,5% não sabiam os aspectos fisiológicos da reprodução. Na perspectiva social, de acordo com Taborda *et al.* (2014), há uma grande diferença entre as adolescentes que se tornam mães que estão inseridas em famílias de alto poder aquisitivo daquelas de baixa renda. O primeiro grupo geralmente se mantém com o apoio familiar, não necessitando abdicar dos estudos, da vida social e do planejamento profissional. Já, as jovens com privação financeira, uma grande porcentagem, ao engravidar, já haviam abandonado a escola ou enfrentavam sérias dificuldades com os estudos e, com a descoberta da gravidez, torna a perspectiva de estudo mais distante, já que o emprego se torna uma necessidade.

Dessa forma, pode-se notar que a gestação na adolescência origina um ciclo vicioso em famílias socialmente vulneráveis. Ao engravidar, já vivendo em condições desfavoráveis, o projeto de vida, acadêmico ou profissional, da jovem se torna raso. Assim, o nascido, de maneira indireta, não terá oportunidades para ascender socialmente, visto que seus familiares também não as tiveram. Tal fato expõe a realidade que está culturalmente enraizada a respeito da posição social que a mulher pobre ocupa e como está destinada a manter-se na mesma (DE OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Mulheres que gestaram na adolescência têm menor escolaridade em virtude do abandono escolar, que, na maioria, ocorre ainda na primeira gravidez. A descontinuidade do estudo sucede frequentemente no período puerperal em consequência do tempo necessário para cuidar do recém-nascido (SILVA; SURITA, 2017). É visto, nessas jovens, a mudança na perspectiva de futuro ao descobrir a gravidez, o que antes era focalizado na formação acadêmica e planejamento profissional de prestígio, posteriormente transforma-se no futuro do seu descendente (TABORDA *et al.*, 2014). No entanto, conforme pesquisa realizada por

Vieira *et al.* (2017), cerca de 48,5% das adolescentes interromperam os estudos ainda antes de engravidar. A dificuldade de manter o aprendizado formal concomitantemente com a maternidade acarreta no alto índice de evasão escolar em grávidas adolescentes. O menor nível educacional diminui as probabilidades de melhores oportunidades de trabalho (DIAS; DE ANTONI; VARGAS, 2020).

Portanto, um dos resultados da gestação na adolescência é a descontinuidade no estudo, o que repercute em menor qualificação profissional. Dessa maneira, a adesão no mercado de trabalho se concentra em empregos de baixos salários, colaborando para a perpetuação do ciclo de pobreza e desigualdade da jovem mãe e as futuras gerações (PACÓ; RABELO, 2022). Ainda, o alto índice de evasão escolar decorrente da gravidez na adolescência fortalece o mau desenvolvimento da gestação, o que eleva os riscos da situação (DE OLIVEIRA *et al.*, 2022).

#### 2.1..6.4. Gravidez na adolescência e seus riscos

Há um grupo denominado “gestantes de alto risco” que, em virtude de agravos específicos de cada gestação, manifestam uma maior chance de adversidades no desenvolvimento, tanto para a mãe como para o feto. Por isso, então, a gestação na adolescência é um dos fatores que caracteriza um quadro de risco (JORGE *et al.*, 2014). Além dos aspectos sociais já mencionados, a gravidez na adolescência pode ocasionar prejuízos para a gestante e adversidades ao recém-nascido (RN). Entre as alterações conhecidas estão restrição do crescimento uterino, ruptura prematura de membranas, sofrimento fetal, baixo peso ao nascer e prematuridade (DIAS; DE ANTONI; VARGAS, 2020).

De acordo com Bicalho *et al.* (2021), as complicações da gestação na adolescência afeta tanto a jovem como seus filhos, sendo essas adversidades a principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos no mundo. Ao longo da vida, a mulher tem três fases críticas, nas quais pode haver crises: a adolescência, a gravidez e o climatério. Portanto, ao unir a gravidez e a adolescência, ocorre o enfrentamento de duas crises intensas ao mesmo tempo (ZANIN; MOSS; DE OLIVEIRA, 2011).

Segundo Martins *et al.* (2011), com esse duplo prejuízo, a gestação se desenrola sem que se tenha o desenvolvimento físico e emocional completo da jovem, ou seja, é necessário lidar com as modificações decorrentes na adolescência e, ainda, as que advém na gestação.

Com isso, há riscos de complicações no crescimento e desenvolvimento, danos emocionais e de aprendizado, como também adversidades na gravidez, no parto e para o recém-nascido.

A gravidez na adolescência, muito frequentemente, pode ocasionar um intenso estresse emocional e um acentuado sofrimento psíquico, da qual propicia o desenvolvimento de um quadro negativo para a gestante, sendo ele composto por sentimento de desvalorização, autoestima deficiente e uma rasa perspectiva a respeito do seu futuro (DIAS; DE ANTONI; VARGAS, 2020).

#### 2.1.6.5 Desfechos adversos na saúde do recém-nascido

Como já mencionado, grávidas adolescentes estão inseridas no grupo gestação de alto risco. Tal fato é fundamentado pelos desfechos adversos associados a riscos médicos tanto da jovem quanto do nascido (PINHEIRO; PEREIRA; FREITAS, 2019). De acordo com Martins *et al.* (2011), há uma maior incidência de partos prematuros e de baixo peso ao nascer (BPN) em filhos de gestantes adolescentes. Ambos são importantes marcadores de morbidade e mortalidade infantil.

Adolescentes na faixa etária entre 15 a 19 anos têm probabilidade de desfechos adversos ligados à gestação ou ao parto até duas vezes maior do que mulheres adultas. O risco aumenta em cinco vezes para jovens abaixo de 15 anos (TABORDA *et al.*, 2014). Adolescentes que se tornam mães com idade inferior a 15 anos têm o risco de complicações em função de fatores biológicos, a exemplo do seu sistema reprodutor não estar preparado para receber um embrião, e fatores socioeconômicos, como a falta de acesso à saúde e a baixa renda (PACÓ; RABELO, 2022). De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2022, p.100), “o parto pré-termo é aquele que ocorre em até 36 semanas e seis dias de idade gestacional, excluindo o período considerado como de abortamento”. Ainda, existe uma subdivisão em prematuros extremos, que são os que nasceram antes das 28 semanas, prematuros intermediários, que vieram ao mundo entre 28 e 34 semanas, e prematuros tardios, que nasceram entre 34 e 37 semanas de gestação. Quanto mais prematuro for o recém-nascido, mais imaturos serão seus órgãos, ou seja, maiores serão os riscos de complicações e maior a ocorrência de mortalidade.

Ademais, no Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2022), atualmente, no Brasil, a taxa de partos pré-termo é de 11%.



O período gestacional curto é o principal fator de risco para a morbimortalidade neonatal, sendo, assim, um desafio para a saúde infantil no mundo. Tal risco diminui de acordo com o avanço da gestação, porém, mesmo os prematuros tardios não estão fisiológica e metabolicamente maduros, podendo, em consequência, apresentar complicações neonatais, como disfunções respiratórias, hipotermia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, problemas na alimentação e infecções (DE ALMEIDA *et al.*, 2020).

Entre os fatores que explicam a alta incidência de parto prematuro na gravidez precoce está a imaturidade biológica, a pobreza, o estado nutricional inadequado, o atraso para iniciar o pré-natal, assim como a baixa adesão (DIAS; DE ANTONI; VARGAS, 2020). Outrossim, o baixo suprimento sanguíneo uterino de gestantes adolescentes pode predispor infecções subclínicas e aumento de prostaglandinas, o que, conseqüentemente, aumenta as chances de parto prematuro. Além disso, como a adolescência se enquadra, ainda, na fase de crescimento, essas jovens podem competir com o feto pelos nutrientes, acarretando em problemas no desenvolvimento do sistema nervoso, disfunção pulmonar e alterações visuais (MARTINS *et al.*, 2011).

Já o baixo peso ao nascer é definido como um nascido vivo com menos de 2500g ao nascimento. Enquanto aquelas crianças que nascem com peso entre 2500g e 2999g são consideradas com peso insuficiente. Em ambos os casos, as crianças podem apresentar problemas futuramente devido ao seu peso, porém, no primeiro caso, essas alterações são piores, como déficit no desenvolvimento cognitivo e aumento no risco de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) quando adulto (BELFORT *et al.*, 2018).

O BPN tem como principais agentes o parto pré-termo e a restrição do crescimento intrauterino (RCIU), conhecido como desnutrição fetal, que ocorre quando o RN nasce abaixo do limite do peso considerado ideal para a idade gestacional em que o parto ocorreu (FERRAZ; NEVES, 2011). Portanto, o crescimento e o desenvolvimento do feto são induzidos pelas condições nutricionais da mãe durante a gestação. Quando a nutrição é inadequada, torna-se um fator de risco para o BPN e, conseqüentemente, para suas complicações, como anomalias congênitas (DIAS; DE ANTONI; VARGAS, 2020).

Ainda, de acordo com Belfort *et al.* (2018), a não aceitação da gravidez é um fator de risco para o BPN, visto que, nesses casos, não se é feito o pré-natal de forma adequada, de forma a prejudicar o crescimento e desenvolvimento fetal. Geralmente a não aceitação está

associada à reação negativa dos progenitores, à baixa renda, às precárias condições de saúde, o baixo nível educacional e a falta de apoio da família para com a gestante.

#### 2.1.6.6 Relevância do pré-natal

Um acompanhamento de pré-natal (APN) adequado é de suma importância durante os cuidados gestacionais e um dos principais fatores para uma boa saúde materna e também do gestado, posto que detecta condições adversas e, quando necessário, desempenha intervenções de forma prévia e eficaz. Em razão disso, o pré-natal é um agente de proteção de desfechos negativos, como a prematuridade e o BPN (LOPES *et al.*, 2020).

É considerado um APN adequado, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2005, p. 30), “o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre”. As gestantes adolescentes, geralmente, têm o APN inadequado por não atingirem o número mínimo de consultas e iniciá-lo de forma tardia quando comparadas com grávidas na idade adulta (ASSIS *et al.*, 2021). Ainda, dentro do grupo de adolescentes, àquelas entre 10 e 14 anos tendem a iniciar mais tardiamente o pré-natal do que as com idade entre 15 e 19 anos (JORGE *et al.*, 2014).

O início tardio do APN impossibilita o seguimento do protocolo de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde, dificultando o acesso aos cuidados necessários na assistência obstétrica, o que pode causar maiores chances de desfechos adversos, tendo em vista que a intervenção apropriada é capaz de reduzir problemas perinatais indesejáveis (DE ALMEIDA *et al.*, 2020). As maiores motivações relatada pelas adolescentes para a não realização adequada do pré-natal foram rejeição da gravidez, assim como a dificuldade de revelá-la, anseio das repercussões sociais e o não conhecimento a respeito da importância da assistência (DIAS; DE ANTONI; VARGAS, 2020).

Ademais, algumas jovens mencionam também como fatores para o APN inadequado a demora em descobrir a gravidez, a falta de apoio e/ou conflitos dos familiares e do pai do gestado, e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, sobretudo por pretexto socioeconômico (ASSIS *et al.*, 2021). Há uma relação direta entre a ampliação no número de consultas de pré-natal e a diminuição dos índices de BPN e de partos pré-termos, o que reitera a importância de um APN adequado. Portanto, é imprescindível cuidados direcionados para

gestantes adolescentes a fim de que aumentem o número de consultas de pré-natal, assim como o início no tempo correto, para que minimize os acontecimentos de desfechos adversos (DIAS; DE ANTONI; VARGAS, 2020).

#### 2.1.6.7 Educação sexual

A etapa da vida compreendida como adolescência é, ainda hoje, negligenciada pelas políticas de saúde no que se refere à saúde sexual e reprodutiva no Brasil (BICALHO *et al.*, 2021). Tal fato se deve em virtude da sexualidade na adolescência ser rodeada de censuras em função do preconceito e, portanto, ser considerado um assunto tabu no meio escolar e também no ambiente familiar. Dessa forma, a educação sexual não é abordada de forma eficaz (SANTOS *et al.*, 2018).

De acordo com Macedo *et al.* (2013), em relação ao ambiente familiar, alguns pais acreditam que desenvolver uma conversa sobre sexualidade com seus filhos adolescentes servirá como incentivo para o início da vida sexual. Nesse contexto, muitos jovens procuram os próprios amigos, que geralmente estão no período da adolescência também, para dialogar e tirar dúvidas. No cenário escolar, sabe-se que é de suma importância o diálogo sobre a sexualidade como promoção da saúde, já que oportuniza a execução de ações de prevenção de ISTs, de reflexões a respeito da violência sexual e da gestação na adolescência, o debate sobre a própria sexualidade, de forma que se estenda o entendimento acerca do autocuidado e do autoconhecimento (MACEDO *et al.*, 2013).

Abordar o tema de sexualidade com os adolescentes abrange o tópico de ISTs e o desempenho de ações de prevenção, levando em consideração o fato de esse grupo estar vulnerável em função da ausência de um diálogo cativante e, conseqüentemente, à falta de uma orientação correta, o uso indiscriminado tanto de álcool como de outras drogas e a abstenção do uso de preservativo. Tais ações intensificam a vulnerabilidade dos jovens e, por conseguinte, há um elevado número de gestações não planejadas na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis, além dos efeitos que ambos os casos acarretam (MAGRIN *et al.*, 2022).

Ademais, quando o diálogo sobre a saúde sexual e reprodutiva ocorre anterior ao início da vida sexual favorece para compreensão da prática do sexo de forma segura. Diante disso, é fundamental que a abordagem do tema seja feita ainda no período denominado pré-

adolescência e que contemplem o tópico de comportamento sexual a fim de diminuir os riscos da população adolescente (LEITE *et al.*, 2022).

A educação sexual possibilita o entendimento dos adolescentes no que diz respeito aos seus próprios corpos, suas vontades e limitações, além das semelhanças e dessemelhanças quanto aos outros da mesma idade (MAGRIN *et al.*, 2022).

#### 2.1.6.7.1 Contracepção

Segundo Silva e Surita (2017), a gravidez não planejada na adolescência é uma importante causa de adversidades e a contracepção é um dos pilares mais eficaz para a prevenção do problema. Há uma construção social a respeito da escolha e da utilização dos métodos contraceptivos, uma vez que elas dependem do conhecimento do adolescente sobre o método em si e a sua forma de uso. Além disso, também está subordinado à aceitação social e, consequentemente, aos preconceitos intrínsecos ao método (MACEDO *et al.*, 2013).

Entre os tabus sociais está o comportamento ativo da mulher, daquela que se planeja para a relação, ou seja, que se adéqua para a situação utilizando um método contraceptivo. Essa conduta ativa é considerada moralmente incorreta, visto que a prática da sexualidade feminina deveria ser de maneira ingênua e sustentada pelo amor, não pelo prazer (DIAS; TEIXEIRA, 2010). No entanto, ainda com tais preconceitos sociais, quando uma adolescente engravida, ocorre uma culpabilização perante a jovem, de forma a sugerir que a responsabilidade da contracepção é exclusivamente dela (VIEIRA *et al.*, 2017).

Ademais, apesar de ter acesso às informações sobre contracepção, a adolescente se recusa a utilizar em virtude do uso acarretar em revelar que tem uma vida sexualmente ativa (TABORDA *et al.*, 2014). Há uma falta de maturidade nos relacionamentos com o companheiro e, portanto, não ocorrem conversas sobre o planejamento reprodutivo. Por isso, verificam-se adolescentes que engravidaram de forma inesperada conhecendo os métodos contraceptivos e não os usando de maneira correta (SANTOS *et al.*, 2018).

Além do mais, é de suma importância utilização de contracepção durante o puerpério, dado que as chances de uma nova gestação são maiores (SILVA; SURITA, 2017).

Portanto, apesar da implementação de políticas públicas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, elas ainda são ineficazes, mostrando a imprescindibilidade de

verificar o entendimento das jovens quanto ao uso adequado da contracepção e da forma que se dá o acesso a eles (BICALHO *et al.*, 2021).

## **2.1.7 Metodologia**

### **2.1.7.1 Tipo de Estudo**

O estudo realizado será do tipo quantitativo, observacional, descritivo e analítico. Em relação ao seu desenvolvimento no tempo, será caracterizado como um estudo transversal.

### **2.1.7.2 Local e período de realização**

O presente estudo será realizado com mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na área urbana de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2023. A aplicação dos questionários será realizada nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, os quais são cenários de prática da Universidade Federal da Fronteira Sul- Campus Passo Fundo (UFFS-PF).

### **2.1.7.3 População e amostragem**

O presente trabalho é um recorte da pesquisa intitulada “Saúde da Mulher e da Criança no Ciclo Gravídico-Puerperal em Usuárias do Sistema Único de Saúde”, institucionalizada na UFFS, da qual a autora desse Trabalho de Curso faz parte. A população a ser estudada compreenderá mulheres usuárias do SUS na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Para a composição da amostra serão consideradas elegíveis usuárias que possuam filhos de até dois anos de idade, independentemente da idade e que estejam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das UBS's São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha. Mulheres que possuam alguma deficiência cognitiva que as impeça de consentir a participação na pesquisa serão consideradas inelegíveis.

A amostra a ser usada nesse recorte será a mesma estimada para o projeto maior. Para o cálculo do tamanho amostral considerou-se um intervalo de confiança de 95%, poder

estatístico do estudo de 80%, margem de erro de cinco pontos percentuais e uma prevalência esperada do desfecho de 20%. Com base nesses parâmetros, pode-se estimar incluir um “n” de 246 participantes e, a esse número, acrescentou-se 10% para possíveis perdas ou recusas, sendo assim, resultou em uma amostra de um “n” de 271 mulheres. A seleção das participantes será do tipo não probabilística e todas as mulheres em atendimento das UBS’s citadas anteriormente e que se enquadrem nos critérios de inclusão serão convidadas a participar do estudo.

#### 2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados

Após a emissão do termo de ciência e concordância por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, a aprovação do comitê de ética e pesquisa com seres humanos da UFFS (CEP/UFFS), a estratégia de captação das usuárias elegíveis, junto à gestão das respectivas UBS consistirá na obtenção da lista de mulheres cadastradas e em acompanhamento de puericultura. Em posse da lista, o objetivo será identificar os agendamentos das próximas consultas para que a equipe de pesquisa possa otimizar o acesso às pacientes para convite e realização da pesquisa. Após o primeiro contato com a apresentação do estudo, e em caso de aceite para a participação, as entrevistas serão realizadas as próprias dependências da UBS, em ambiente reservado, por uma equipe de acadêmicos do Curso de Medicina da UFFS previamente treinados para a realização da coleta de dados.

No caso de haver o aceite, a pesquisa será realiada após a leitura e assinatura dos Termos de Assentimento e Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Pacientes com idade igual ou inferior a 17 anos, o estudo apenas será realizado após a obtenção do TCLE dos pais ou responsáveis consentindo com a participação dos menores e o Termo de Assentimento para menores alfabetizados. Para as pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, será obtido TCLE. O aceite de participação deve ser voluntário e a assinatura deve se dar em duas vias, da qual uma ficará com a participante e a outra com a equipe de pesquisa. Posteriormente, ocorrerá a aplicação do instrumento via entrevista face a face.

O instrumento de coleta de dados será um questionário desenvolvido para a pesquisa “Saúde da Mulher e da Criança no Ciclo Gravídico-Puerperal em Usuárias do Sistema Único de Saúde” (ANEXO A), estruturado em blocos: características sociodemográficas, hábitos de

vida e presença de comorbidades, informações do pré-natal, parto e última gestação, saúde da mulher e saúde da criança.

De modo a atender ao objetivo geral do estudo, serão utilizadas as seguintes variáveis para a descrição das características clínicas e epidemiológicas das gestantes adolescentes: idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, situação laboral, renda familiar, número de filhos, planejamento da gestação, idade da menarca e idade da sexarca.

Ainda, com o propósito de atender os objetivos específicos, também serão utilizadas variáveis específicas, conforme a seguir: (1) para estimar a prevalência de gestantes adolescentes na amostra estudada, será utilizada variável “idade que engravidou do último filho”, sendo consideradas gestantes adolescentes aquelas que reportaram ter engravidado antes dos 20 anos de idade; (2) com a finalidade de investigar a relação entre o tempo de gestação ao início das consultas de pré-natal com desfechos adversos de saúde do recém-nascido em mulheres que engravidaram na adolescência, serão utilizadas as variável independente a idade gestacional ao início do pré-natal e o número de consultas, e as variáveis dependentes o peso e comprimento ao nascer e idade gestacional no momento do parto; (3) com o intuito de comparar a prevalência de desfechos adversos de saúde do recém-nascido fruto de gestação na adolescência e gestação na idade adulta, serão utilizadas as variáveis dependentes idade gestacional ao início do pré-natal, número de consultas, peso e comprimento ao nascer, e idade gestacional no momento do parto, e a variável independente idade materna ao engravidar (menos de 20 anos ou igual a 20 anos ou mais); finalmente, (4) com o objetivo de verificar a utilização de métodos de contracepção antes da gravidez e no período pós-parto entre as mulheres que engravidaram no período da adolescência, serão utilizadas as variáveis de método contraceptivo utilizado antes de engravidar e método contraceptivo de escolha após o parto.

#### 2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise de dados

Os dados obtidos serão duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística se dará no programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre) e consistirá em uma estatística descritiva de prevalência dos desfechos de interesse com intervalo de confiança de 95%. Para as demais variáveis numéricas, serão estimadas as medidas de posição, como média e mediana, e dispersão, como

desvio-padrão, amplitude e intervalo interquartil, enquanto que para as variáveis categóricas serão descritas as frequências absolutas (n) e relativa (%).

Na comparação da prevalência de desfechos adversos de saúde do recém-nascido, como prematuridade e baixo peso nascer, fruto de gestação na adolescência e gestação na idade adulta, assim como a investigação da relação entre o tempo de gestação no início das consultas de pré-natal com desfechos adversos de saúde do recém-nascido, em mulheres que engravidaram na adolescência, será aplicado o teste do qui-quadrado de Pearson, considerando estatisticamente significativos valores com  $p < 0,05$ .

#### 2.1.7.6 Aspectos éticos

O presente Trabalho de Curso é um recorte da pesquisa nomeada “Saúde da Mulher e da Criança no Ciclo Gravídico-Puerperal em Usuárias do Sistema Único de Saúde”, institucionalizado na UFFS. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP-UFFS), sendo aprovado no dia 17/11/2022 (ANEXO B), sob o parecer de número 5.761.013.

#### 2.1.8 Recursos

Item	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Computador	1	R\$2500,00	R\$2500,00
Vale-transporte	25	R\$4,50	R\$112,50
Impressões	200	R\$0,25	R\$50,00
Canetas	5	R\$1,50	R\$7,50
<b>Total</b>			R\$2887,50

Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Todas as despesas descritas nessa tabela de recursos, como também os possíveis gastos imprevistos, são de responsabilidade da equipe de pesquisa.

#### 2.1.9 Cronograma



As atividades serão iniciadas no mês de março de 2023, representado pelo número 1 na tabela, e assim sucessivamente, até o número 10, que indica o mês de dezembro de 2023.

<b>Atividades</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados	X	X	X	X						
Processamento e análise de dados					X	X	X			
Elaboração do artigo							X	X	X	
Apresentação e divulgação dos resultados									X	X

Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

### 2.1.10 Referências

ASSIS, Thamara de Souza Campos *et al.* Gravidez na Adolescência: Fatores Associados à Idade Materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 4, p. 1055-1064, out-dez. 2021. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/dkrTfCZCKygRMJ5hpn9d5Ry/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 10 set. 2022.

BELFORT, Gabriella Pinto *et al.* Determinantes do Baixo Peso ao Nascer em Filhos de Adolescentes: Uma Análise Hierarquizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 8, p. 2609-2620, ago. 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/dHL6FSxP4MDkKBFBj5rXhxj/?lang=pt>>. Acesso em: 04 set. 2022.

BICALHO, Milena Laryssa Costa *et al.* Tendência das Taxas de Fertilidade, Proporção de Consultas de Pré-Natal e Cesarianas entre Adolescentes Brasileiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 4, p. 1-8, 2021. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/db57mRKmbpQ4hqMW96XWjmx/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescente**. Brasília, 2007. Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0400\\_M.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Caderno de Atenção Básica, n. 26. Brasília, 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco**. Brasília, 2022. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>>. Acesso em 16 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada – manual técnico**. Brasília, 2005. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal\\_puerperio\\_atencao\\_humanizada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2022.

CARVACHO, Indrig Espejo; SILVA, João Luiz Pinto e; DE MELLO, Maeve Brito. Conhecimento de Adolescentes Grávidas Sobre Anatomia e Fisiologia da Reprodução. **Revista Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 54, n. 1, p. 29-35, fev. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/VWJ7BKCWd6ZyzyfF4PZHSpJh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 ago. 2022.

DE ALMEIDA, André Henrique do Vale *et al.* Prematuridade e Gravidez na Adolescência no Brasil, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 12, p. 1-13, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/6SLGV69GPhbkfhXbL4vZNVc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 nov. 2022.

DE OLIVEIRA, Esther Silingowschi *et al.* Perfil Epidemiológico da Gravidez na Adolescência nas Microrregiões do Estado do Tocantins Durante os Anos de 2008-2018. **Desafios – Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 144-152, 17 mai. 2022. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/11169/20147>>. Acesso em: 12 out. 2022.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na Adolescência: Um Olhar Sobre o Fenômeno Complexo. **Paideia**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 121-131, jan/abr. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/paideia/a/nFLk3nXXXsjWvSBndk6W5Ff/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 ago. 2022.

DIAS, Bruna Fernanda; DE ANTONI, Natália Marchet; VARGAS, DEISI. Perfil Clínico e Epidemiológico da Gravidez na Adolescência: Um Estudo Ecológico. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S.L.], v. 49, n. 1, p. 10-22, jan-mar. 2020. Disponível em: <<https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/596/394>>. Acesso em: 15 set. 2022.

FERRAZ, Thaise da Rocha; NEVES, Eliane Tatsch. Fatores de Risco para Baixo Peso ao Nascer em Maternidades Públicas: um estudo transversal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 86-92, mar. 2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rngen/a/CVGmYZy45Lty3XdTBvzpVdN/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 14 nov. 2022.

FUNDAÇÃO ABRINQ. Observatório da Criança e do Adolescente. **Número de nascidos vivos de mães adolescentes**. 2021. Disponível em:

<<https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/saude-sexual-reprodutiva/588-numero-de-nascidos-vivos-de-maes-adolescentes?filters=4683,1715;4945,1715;4966,1715>>.  
Acesso em: 20 nov. 2022.

GUIMARÃES, Jamile; CABRAL, Cristiane da Silva. Pedagogias da Sexualidade: Discursos, Práticas e (des)Encontros na Atenção Integral à Saúde de Adolescentes. **Pro-Posições**, Campinas, v. 33, p. 1-19, 2022. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/pp/a/kGdyDSB9rjSKXKxLX6FBQPD/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 08 nov. 2022.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello *et al.* Características das Gestações de Adolescentes Internadas em Maternidades do Estado de São Paulo, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 305-316, abr-jun. 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ress/a/QtyWqmxpmsjcg3b5XKTP4Dxy/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 03 set. 2022.

LEAL, Angie Carla; WALL, Marilene Loewen. Percepção da Gravidez para Adolescentes e Perspectiva de Vida Diante da Realidade Vivenciada. **Cogitare Enferm**, [S.L.], v.10, n. 3, p. 44-52, set-dez. 2005. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5375/3960>>. Acesso em: 28 ago. 2022.

LEITE, Paloma Loiola *et al.* Construção e Validação de Podcast para Educação em Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 30, p. 1-13, 2022. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Fht4wWzGdMn9qyvwn79gFkm/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 15 nov. 2022.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima *et al.* Tendência Temporal e Fatores Associados à Gravidez na Adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, p. 1-8, 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/PHz7cjXNk9f58d7KbTCSWcL/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 04 nov. 2022.

MACEDO, Senei da Rocha Henrique *et al.* Adolescência e Sexualidade: Scripts Sexuais a Partir das Representações Sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 103-109, jan-fev. 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/SDnC5bqBdKGpvwxy8njdMQz/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 07 nov. 2022.

MAGRIN, Nicolly Papapcidero *et al.* O Impacto de Oficinas Sobre Sexualidade: um Relato de Experiência com Estudantes. **Psicologia Escolar e Educacional**, [S.L.], v. 26, p. 1-9, 2022. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/pee/a/3Yr4KcgCL6hSCcN3St73Sks/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 16 nov. 2022.

MARTINS, Marília da Glória *et al.* Associação de Gravidez na Adolescência e Prematuridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.L.], v. 33, n. 11, p. 354-360, nov. 2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/nLcTCxwtBLC9L5Pm4YVTjJH/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 02 set. 2022.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães *et al.* Conflitos Vivenciados pela Adolescentes com a Descoberta da Gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.L.], v. 42, n. 2, p. 312-320, jun. 2008. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gcHqXmkrngnCP553QRjtqKKn/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 30 ago. 2022.

NASCIMENTO, Thiago Luis Cardoso *et al.* Fatores Associados à Variação Espacial da Gravidez na Adolescência no Brasil, 2014: Estudo Ecológico de Agregados Espaciais.

**Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-12, 2021. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/ress/a/Xmmc75gLBfJQQt4ChwJZWTn/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 02 nov. 2022.

PACÓ, Brenda Ribeiro; RABELO, Andreia Ferreira de Aragão. Perfil Epidemiológico da Gravidez na Adolescência no Nordeste Brasileiro: Estudo Ecológico. **Research, Society and Development**, [S.L.], v. 11, n. 7, p. 1-10, 2022. Disponível em:

<<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30188>>. Acesso em: 01 nov. 2022.

PINHEIRO, Yago Tavares; PEREIRA, Natália Herculano; FREITAS, Giane Dantas de Macêdo. Fatores Associados à Gravidez em Adolescentes de um Município do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p. 363-367, out-dez. 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/gW3nyKfVxBbKHLmF5mwmZ9f/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 25 out. 2022.

SANTOS, Rita de Cássia Andrade Neiva *et al.* Realidades e Perspectivas de Mães Adolescentes Acerca da Primeira Gravidez. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 73-80, fev. 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/FqFbQ5Vg3qgdDsLqdjPbfXF/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 17 out. 2022.

SILVA, João Luiz Pinto; SURITA, Fernanda Garanhani. Gravidez na Adolescência – Um Desafio Além das Políticas Públicas de Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.L.], v. 39, n. 2, p. 41-43, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/jxD44b5gNT7j8LwDswpsJhw/?format=pdf&lang=en>>.  
Acesso em: 04 set. 2022.

TABORDA, Joseane Adriana *et al.* Consequências da Gravidez na Adolescência para as Meninas Considerando-se as Diferenças Socioeconômicas Entre Elas. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-24, jan-mar. 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/drQRqXtKxwbYyV8gzFTwcQH/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 01 set. 2022.

VIEIRA, Elisabeth Meloni *et al.* Gravidez na Adolescência e Transição para a Vida Adulta em Jovens Usuárias do SUS. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, n. 25, p. 1-11, 2017. Disponível em:


<<https://www.scielo.br/j/rsp/a/pN7ZGLRxQZ9bh7ZXggF6nmv/?format=pdf&lang=pt>>.  
Acesso em: 25 out. 2022

VIEIRA, Priscila Mugnai; MATSUKURA, Thelma Simões. Modelos de Educação Sexual na Escola: Concepções e Práticas de Professores do Ensino Fundamental da Rede Pública.

**Revista Brasileira de Educação**, [S.L.], v. 22, n. 69, p. 453-474, abr-jun. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbedu/a/LVjDxGRKtkZTwX4kSNzmQ8v/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 nov. 2022.

ZANIN, Michele; MOSS, Aurea Teresinha; DE OLIVEIRA, Lisandra Antunes. Representação Social da Gravidez na Percepção de Adolescentes Gestantes de Baixa Renda. **Unoesc & Ciência**, Joaçaba, v. 2, n. 1, p. 89-98, 2011. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0257.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2022.

## ANEXO A – QUESTIONÁRIO A SER APLICADO VIA ENTREVISTA

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS</b> <b>CURSO DE MEDICINA</b>		
<b>Título da pesquisa:</b> Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde. <b>Pesquisadora responsável:</b> Shana Ginar da Silva – <a href="mailto:shana.silva@ufps.edu.br">shana.silva@ufps.edu.br</a>		
0.a	ID do questionário	NQUES _____
0.b	Nome do entrevistador(a)	
0.c	Nº do entrevistador(a)	
0.d	Data da entrevista: ___/___/_____	
0.e	Local da entrevista: (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL __
BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
1.	<b>Qual o seu nome completo?</b> _____	
2.	<b>Qual é a sua idade?</b> _____ ANOS COMPLETOS	IDA __
3.	<b>Você tem telefone para contato?</b> TEL ( __ ) _____ - _____ <i>SE NÃO, PERGUNTE SOBRE TELEFONE PARA RECADO E ANOTE DE QUEM É</i>	TEL ( __ ) _____ - _____
4.	<b>Você poderia me informar o seu endereço?</b> <i>ANOTAR COMPLETO (RUA, Nº, BAIRRO E PONTO DE REFERÊNCIA)</i>	
5.	<b>Você se considera de que raça/cor?</b> (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela	COR __
6.	<b>Qual seu estado civil?</b> (1) Casada/ vivendo com companheiro (2) Solteira (3) Divorciada (4) Viúva	CIV __
6a	<i>SE CASADA/ VIVENDO COM COMPANHEIRO:</i> <b>O seu marido/companheiro é o Pai do biológico do seu último filho?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não se aplica	PAIBIOL __
6b	<i>SE SOLTEIRA/ OU CASO O COMPANHEIRO NÃO SEJA O PAI BIOLÓGICO:</i> <b>Você tem contato com o pai da criança?</b> (1) Sim, relação amigável (2) Sim, relação conflituosa (3) Não tem contato	CPAI __
7.	<b>Qual a sua escolaridade?</b> (1) Ensino Fundamental Incompleto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior Incompleto (6) Ensino Superior Completo	ESC __
8.	<b>Você trabalha atualmente?</b> (1) Sim <i>SE SIM, trabalha com o que?</i> _____ (2) Não trabalho/ estou desempregada	TRAB __
9.	<b>Quantas pessoas moram no seu domicílio?</b> _____ <i>INCLUIR A PARTICIPANTE</i>	NDOM __ __
10.	<b>Qual sua renda familiar total (em reais RS)? CONSIDERE A RENDA DE TODOS DA FAMÍLIA</b>	REND _____
11.	<b>Quantos filhos(as) você tem?</b> __ __	FIL __ __
12.	<b>Quantas gestações você já teve além da última?</b> __ __ <i>SE TEVE APENAS UMA GESTAÇÃO COLOCAR 00</i>	GESTA _____

13.	Você já sofreu abortos? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	ABORT ____
13a	SE SIM, quantos foram?	NABORT__
14.	A sua última gestação foi planejada ou você engravidou sem querer? (1) Sim (2) Não	PLA ____
<b>BLOCO B - HÁBITOS DE VIDA E PRESENÇA DE COMORBIDADES</b>		
15.	Você atualmente é fumante? (1) Sim (2) Não, nunca fumei. (3) Não, mas já fumei.	FUMA ____
15a	Na sua última gestação você fumou? (1) Sim (2) Não (3) Fumava, mas parou quando descobriu a gravidez	FUMOGEST_
16.	Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"  (1) Sim (2) Não	BEBE ____
16a	Na sua última gestação você consumiu bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não (3) sim, mas parou quando descobriu a gravidez	ALCGEST_
17.	Atualmente, você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM" (1) Sim. (2) Não	AF__
17a	SE SIM, quantas vezes por semana? ____ EM DIAS	AFVEZ_
17b	SE SIM, Quanto tempo por dia? ____ EM MINUTOS	AFTEMP_
17c	SE SIM, Qual tipo de atividade física você faz atualmente? _____	TIPOAF_
<b>Agora vamos falar da sua atividade física na última gestação....</b>		
18.	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <b>TRÊS MESES ANTES</b> da última gravidez? (1) Sim (2) Não	AFANTES_
18a	SE SIM, Qual(is)?	
18b	SE SIM, Quantas vezes por semana? ____ vezes	AFANTESV_
18c	SE SIM, Quanto tempo em cada vez? ____ minutos	AFANTEST_
19	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <b>TRÊS PRIMEIROS MESES</b> da gravidez?  (1) Sim (2) Não	AF1TRI_
19a	SE SIM, Qual(is)?	
19b	SE SIM, Quantas vezes por semana? ____ vezes	AF1TRIV_
19c	SE SIM, Quanto tempo em cada vez? ____ minutos	AF1TRITEMP_
20	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular <b>DOS 4 AOS 6 MESES</b> da gravidez?  (1) Sim (2) Não	AF2TRI_

20a	<i>SE SIM, Qual(is)?</i>	
20b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes</i>	AF2TRIV_
20c	<i>SE SIM, Quanto tempo em cada vez? _____ minutos</i>	AF2TRITEMP_
21	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular <b>DOS 7 MESES ATÉ O FINAL</b> da gravidez?  (1) Sim (2) Não	AF3TRIM_
21a	<i>SE SIM, Qual(is)? _____</i>	
21b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes</i>	AF2TRIV_
21c	<i>SE SIM, tempo em cada vez? _____ minutos</i>	AF2TRITEMP_
22	<b>Quem disse como a Sra. deveria se exercitar durante a gestação?</b> (1) Médico (2) Professor de educação física (3) Outro profissional de saúde (4) Amigo/parente (5) Ninguém (6) Outro: _____ (7) Não fez exercício na gravidez	AFACONS_
Agora vamos falar de algumas comorbidades...		
	<b>Alguma vez algum médico lhe disse que você tem:</b>	
23	Muito peso (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	OBE_
24	Diabetes (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DM_
25	Pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HAS_
26	Colesterol alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	COLES_
27	Triglicérideo alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TRIGLI_
28	Problema de coração (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CARDI_
29	Problema de tireoide (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TIRE_
30	Depressão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DEPRE_
31	HIV/AIDS (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HIV_
32	Câncer (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CANCER_
32a	<i>SE SIM, em que local do corpo? _____</i>	LCAN_ _
33	<b>ATUALMENTE</b> , você utiliza algum método contraceptivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe informar	MET_
33a	<i>SE SIM, Qual método contraceptivo você usa?</i> (1) Contraceptivo oral (2) Contraceptivo injetável (3) DIU de cobre (4) DIU hormonal (5) Método de barreira (camisinha, diafragma). (6) Outro. Se outro qual? _____	TIPOMET_
34	<b>Qual seu peso atual (em kg)?</b> _ _ _ , _ _ _ (9) não sabe/não lembra	PESO_ _ _ , _ _ _
35	<b>Qual a sua altura (em cm)?</b> _ _ _ (9) não sabe/não lembra	ALT_ _ _



BLOCO C - INFORMAÇÕES DO PRÉ-NATAL, PARTO E ÚLTIMA GESTAÇÃO		
36	Quantos anos você tinha quando engravidou do último filho? __	IDADULTFIL_
36a	Qual foi a idade gestacional quando você descobriu a gravidez? __ SEMANAS (9) Não sabe/não lembra	IDADESCO_
36b	Qual foi a sua reação com a notícia da gravidez? <i>AGUARDAR A MULHER RESPONDER E ASSINALAR A RESPOSTA CORRESPONDENTE</i>	REATGEST_
37	Na sua última gestação, você fez acompanhamento pré-natal? Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	PRENAT_
38	SE SIM, Quantas consultas de pré-natal você fez? _____ (9) Não sabe/não lembra	PRECONS_
39	Em qual trimestre você começou a realizar pré-natal? (1) Primeiro trimestre (2) Segundo trimestre (3) Terceiro trimestre (4) Não realizei pré-natal. (5) Não sabe/não lembra	PRETRI_
40	Em qual tipo de serviço você realizou a maior parte do seu pré-natal? (1) Público/SUS (2) privado (3) convênio (4) Outro	SERVPRE_
41	Durante o seu pré-natal, você foi atendida por um médico especialista pelo menos uma vez? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	ATMEDESP_
42	Durante pré-natal, realizaram controle da sua pressão arterial? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CPA_
43	Durante pré-natal, realizaram coleta de sangue? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CSANGUE_
44	Durante pré-natal, realizaram coleta de urina? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CURINA_
45	Você recebeu orientações sobre o aleitamento materno? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OLOCAL_
46	Você recebeu orientações sobre o parto, seus direitos e local que deveria procurar? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OPARTO_
47	Você foi orientada a elaborar um plano de parto? (1) Sim, e elaborei (2) Sim, mas não elaborei (3) Não (4) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	PLANOP_
Agora vamos falar de alguns dados clínicos da sua última gestação....		
48	Qual foi a data do parto? __/__/____	DATAPART_
49	Qual a idade atual do seu filho(a)? ano meses	IDADEFIL_
50	Qual foi a idade gestacional no momento do nascimento? _____ semanas	IG_
51	Qual foi o tipo de gestação? (1) Única (2) gemelar	TIPOGEST_
Agora vou falar sobre algumas morbidades e gostaria que você me informasse se teve alguma delas durante a sua gestação?		
52	Diabetes gestacional: (1) Sim (2) Não	DMG_
52a	Já tinha diabetes ANTES da gestação?	DMANTES_
53	Hipertensão gestacional: (1) Sim (2) Não	HASG_
53a	Já tinha pressão alta ANTES de engravidar?	PANTESG_
54	Pré-eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	PRECLAMP_
55	Eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	ECLAMP_
56	Síndrome de Hellp: (1) Sim (2) Não	SH_
57	Infecção do trato urinário (1) Sim (2) Não	ITU_
58	Excesso de ganho de peso (1) Sim (2) Não	IST_

59	ISTs – sífilis, clamídia, HIV, verrugas genitais (1) Sim (2) Não	
60	Outro: _____ Se sim, qual?	OUTRAMORB_
61	Qual foi seu peso <b>AO FINAL</b> gestação? _____ (9) Não sei/não lembro	PESOFINAL_
62	Qual era o seu peso <b>ANTES</b> de engravidar? _____ (9) Não sei/não lembro	PESOANTES_
63	Qual foi seu tipo de parto? (1) Cesárea (2) Vaginal (3) Vaginal com fórceps (um tipo de ferro para ajudar o bebê a nascer/a retirar o bebê da sua barriga) ou Vácuo Extrator	TIPOPART_
64	<i>EM CASO DE CESÁREA, Quando foi decidido que o parto seria cesárea?</i> (1) Durante o pré natal (2) Na internação do parto (3) Na sala de parto (4) Não sei/Não lembro	DECICES_
65	<i>EM CASO DE CESÁREA, Qual foi o motivo para fazer cesárea?</i> (1) Complicações na hora do parto. (2) Complicações da gestação. (3) A senhora quis. (4) O médico quis. (5) Foi programada durante a gravidez (6) Não sei/ Não lembro	MOTIVCES_
66	Qual foi o local do parto? (1) Hospital Público/SUS (2) Hospital Privado (3) Hospital via Convênio (4) Domiciliar	LOCPARTO_
67	Qual foi a sua satisfação com o parto? (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Indiferente (4) Bom (5) Muito bom	SATISFPART_
67a	<i>SE MUITO RUIM/RUIM, qual foi o principal motivo?</i>	MSATISFPART_
68	Você <b>utilizava</b> algum método contraceptivo quando engravidou nesta última gestação? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	CONTPREGEST_
68a	<i>SE SIM, Qual método você utilizava quando engravidou?</i> (1) Contraceptivo oral (2) Contraceptivo injetável (3) DIU de cobre (4) DIU hormonal (5) Método de barreira (camisinha, diafragma).	METPREGEST_
68b	<i>SE NÃO, Qual o motivo de não usar método contraceptivo?</i> (1) A gravidez foi planejada (2) Não tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos (3) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não tinha acesso a eles (4) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não achava que seria necessário (5) Outro: _____	MOTNAOMET_

QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA		
	Agora vou fazer umas perguntas e gostaria que você me dissesse o que você considera ser seu direito na hora do parto?	
69	Ter um acompanhante o tempo todo no hospital durante o parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VACOMP_
70	Escolher a posição do parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPOSPART_
71	Ter uma doula? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VDOULA_
72	Receber auxílio para dor? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VDOR_
73	Escolher se vai fazer a raspagem dos pelos? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPELOS_
74	Ter um plano de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPLANPART_
75	Negar a realização do corte na vagina? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VEPISIO_
76	Você sabe o que é já ouviu falar em violência obstétrica? (1) Sim (2) Não	VSABEVO_
76a	SE SIM, O que você entende por violência obstétrica?	
77	Você, em algum momento, já sofreu violência obstétrica? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro (4) Não sabe o que é violência obstétrica.	VSOFREVO_
77a	SE SIM, Você sabia o que fazer diante da violência sofrida? (1) Sim (2) Não	VSFAZER_
77b	SE SIM, Quais as providências você tomou?	VPROVID_
77c	SE NÃO, Caso tivesse sofrido você saberia o que fazer?	VSABERIA_
78	Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana nascimento do seu último bebê? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro.	VNASCULT_
<b>CASO O PARTO TENHA SIDO VAGINAL/NORMAL FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO:</b> → SE PARTO CESÁREA PULAR PARA QUESTÃO 94		
79	Qual foi sua a posição do parto ? (1) Deitada (com as pernas afastadas) (2) Cócoras (3) No banquinho (4) De quatro (5) Outra:	VPOSIPART_
80	Você escolheu a posição do seu parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VESCPOSIPART_
81	SE NÃO, Quem escolheu sua posição de parto? (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Doula (4) Outro: _____ (5) Não sei/não lembro	VQUEMPOSI_
82	Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para a saída do bebe? (1) Sim (2) Não	VSUBIBAR_
83	Foi realizado um corte na vagina na hora do bebe nascer? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VCORTEV_
83a	SE SIM, Você foi informada que esse corte seria feito? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VINFOCORT_

83b	<i>SE SIM, Foi feita anestesia para a realização do corte?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VANESTCORT_
84	<b>Durante o trabalho de parto você foi proibida de sair da cama e caminhar pelo quarto ou corredor?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPROIBSAIR_
85	<b>A senhora sentiu muita dor durante o trabalho de parto?</b> (1) Sim, um pouco (2) Sim, muita dor. (3) Não	VMUITADOR_
85a	<i>SE SIM, Você pediu algum remédio ou outra coisa para alívio da dor?</i> (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VREM_
85b	<i>SE SIM, depois de pedir algum remédio ou outra coisa para alívio da dor você teve seu pedido atendido?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPEDATEND_
	<b>Foi oferecido para você alguns desses itens para alívio da dor?</b>	
86	<b>Bola</b> (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VBOLA_
87	<b>Massagem</b> (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VMASSAG_
88	<b>Banquinho</b> (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VBANCO_
89	<b>Outro:</b>	OUTRO
90	<b>Durante o trabalho de parto, você pediu algum líquido ou alimento?</b> (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VALIMENT_
90a	<i>SE SIM, você teve o seu pedido de alimentação/ líquido atendido?</i> (1) Sim. (2) Não (3) Não, realizei cesárea (9) Não sabe/não lembra	VALTATEND_
91	<b>Fizeram exame de toque em você durante o trabalho de parto?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VTOQUE_
92	<i>SE SIM, O exame foi realizado por diferentes pessoas/profissionais de saúde?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPROFDIF_
93	<b>Antes de iniciar o trabalho de parto, foi colocado algum remédio por baixo (na vagina) para entrar em trabalho de parto?</b> (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/Não lembra	VOCITO_
94	<b>Alguém familiar (amigo) acompanhou a senhora durante a internação e trabalho de parto?</b> (1) Sim, a maior parte do tempo. (2) Sim, o tempo todo. (3) Não, a maternidade não permitia. (4) Não, não era permitido em virtude da covid19 (5) Outro: _____	VACOMP_
	<b>Sobre cuidados ANTES do parto:</b>	
95	<b>Foi feita lavagem intestinal?</b> (1) Sim (2) Não (9) não sabe/não lembra	VLAVINT_
96	<b>Você foi obrigada a fazer raspagem dos pelos pubianos?</b> (1) Sim (2) Não (9) não sabe/não lembra	VRASPEL_
97	<b>Alguém profissional rompeu sua bolsa?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	ROMPB_
98	<b>Alguém deixou de responder alguma dúvida ou pergunta sua durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VDUV_
99	<b>Alguém profissional gritou, xingou, humilhou ou ameaçou você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VHUM_
100	<b>Alguém profissional repreendeu você por chorar ou gritar durante o trabalho de parto?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VREPREND_
101	<b>Alguém profissional debochou ou fez piadas de você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VPIADA_
102	<b>Você foi abandonada em algum momento sozinha, sem explicações e sem atendimento durante o trabalho de parto?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sei/ Não lembro	VSOZ_

103	<b>Logo que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, você pegou e/ou tocou nele?</b> (1) Sim (2) Não, não deixaram. (3) Não, a criança teve alguma complicação e foi direto encaminhada para atendimento (4) Não sabe/não lembra	VPELEBEB__
104	<b>Você pode amamentar a criança logo após as primeiras horas do parto?</b> (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	VAMAPOS__
105	<b>Você teve COVID-19 durante a gestação?</b> (1) Sim (2) Não	COVIDGEST_
106	<b>SE SIM, teve alguma complicação/sequela relacionada à COVID-19 no parto ou após?</b>	COMPLCOV_
<b>BLOCO D - SAÚDE DA MULHER</b>		
107	<b>Qual foi a idade da sua menarca (primeira menstruação)? __ ANOS</b>	IDADMENARC_
108	<b>Qual a idade da sexarca (idade da primeira relação sexual)? __ ANOS</b>	IDADSEX_
110	<b>Durante a sua adolescência, houve ALGUMA conversa sobre mudanças corporais e sexualidade?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	CSEXUAL_
111	<b>SE SIM, Quem conversou com você sobre esses assuntos?</b> (1) Família. Qual membro? ____ (2) Escola (3) Unidade de saúde (4) Amigos (5) Outro: _____	QUEMSEXUAL_
112	<b>Como você considera a sua saúde?</b> (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSAUDE__
113	<b>Como você considera a qualidade do seu sono?</b> (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSONO_
114	<b>Alguma vez na vida você fez exame ginecológico preventivo?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	EXAMEPAPA__
114a	<b>SE SIM, nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame ginecológico preventivo?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	PAPATRES_
114b	<b>SE SIM, de que forma você soube da necessidade de fazer o exame?</b>	FORMAPAPA_
114c	<b>SE NÃO, por que você não fez o exame ginecológico preventivo?</b>	MOTNAOPAPA_
115	<b>Atualmente, você está grávida?</b> (1) Sim (2) Não	GRAVIDA__
115a	<b>SE SIM, de quantas semanas? SEMANAS</b>	G2SEM
116	<b>Você já participou de algum programa de planejamento familiar?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	PARTPLAN_
117	<b>Algum profissional de saúde já te orientou sobre o uso de métodos contraceptivos (Incluindo instruções de uso, quais as opções existentes, quais os prós e contras de cada método contraceptivo)?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSMETPRO_
118	<b>Você está satisfeita com o método contraceptivo que utiliza atualmente?</b> (1) Sim (2) Não (3) Não uso atualmente.	SATISFMET_
118a	<b>SE NÃO, porquê não está satisfeita?</b>	INSATISFMET_
119	<b>Você considera de fácil acesso, pelo SUS, o método contraceptivo que você escolheu utilizar?</b> (1) Sim (2) Não	ACESSOSUSMET_
120	<b>Algum profissional de saúde já te orientou sobre o que são e como se prevenir de IST's?</b> (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSIST_

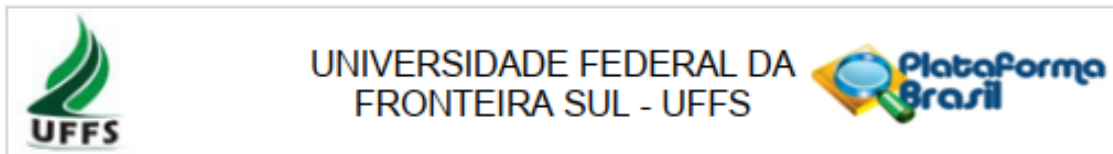
121	Algun profissional de saúde já te orientou acerca da importância de cuidar da sua saúde? Como a importância de manter a higiene íntima, fazer exame citopatológico. (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	AACONSCUID_
Agora vamos falar de alguns aspectos de saúde mental....		
122	Você já teve algum diagnóstico psiquiátrico? (1) Sim (2) Não	DIAPSI_
123	SE SIM, qual? (1) Transtorno Depressivo (2) Transtorno de Ansiedade (3) Transtorno Afetivo Bipolar (4) Transtorno Esquizoafetivo (5) Transtorno Obsessivo-compulsivo (6) Transtorno de Personalidade (7) TDAH (8) Outro: _____	PSIQUAL_
124	Você já fez/ faz uso de medicamentos para dormir desde o último parto? (1) Sim, atualmente faço. (2) Sim, já fiz, mas não faço mais. (3) Não (4) Não sei/não lembro	MEDDORM_
125	Você já fez/ faz uso de medicamentos para depressão? (5) Sim, atualmente faço. (6) Sim, já fiz, mas não faço mais. (7) Não (8) Não sei/não lembro	MEDDEPRE_
126	Você tem algum familiar com histórico de transtorno mental? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/não lembro	FAMTMC_
127	Você possui algum problema de dependência de substâncias ilícitas? (1) Sim (2) Não	DEPSUBST_
128	SE SIM, faz acompanhamento, seja na UBS ou no CAPS AD? (1) Sim (2) Não	ACOMPCAPS_
<b>BLOCO E - SAÚDE DA CRIANÇA</b>		
Agora vamos falar de alguns assuntos relacionados à saúde da criança....		
129	Qual idade ATUAL do seu bebê? ____ m ____ d	IDAB_
130	Qual foi o peso do bebê ao nascer a NASCER? _____ g (9) Não sei/não lembro	PESNASC_
131	Qual é o peso ATUAL do bebê? _____ g (9) Não sei/não lembro	PESOATUAL_
132	Qual foi o comprimento do bebê ao NASCER? _____ cm (9) Não sei/não lembro	COMPNASC_
133	Qual é o comprimento ATUAL do seu bebê? _____ cm (9) Não sei/não lembro	COMPATUAL_
134	O seu bebê nasceu prematuro? (1) Sim (2) Não	PREMAT_
135	O bebê precisou de internação em unidade neonatal assim que nasceu? (1) Sim (2) Não	UTI_
135a	SE SIM, por qual motivo? (9) Não sei/não lembro	MOTIVOUTI_
136	APGAR no 1': ____ (9) Não Sabe/não lembra	APGAR1_
137	APGAR no 5': ____ (9) Não Sabe/não lembra	APGAR5_

138	<b>O bebê atualmente mama no peito?</b> (1) Sim (2) Não	MAMAPEIT_____
138a	<b>SE NÃO, o bebê, em algum momento mamou no peito?</b> (1) Sim (2) Não	MAMOU_
138b	<b>SE NÃO MAMOU: Por que não mamou?</b> _____	MOTIVNMAMA_
138c	<b>SE SIM, Até que idade mamou no peito?</b> __ ano ____meses (99) ainda mama	IDADEMAMOU_
139	<b>O bebê já tomou fórmula infantil como Nan, Milupa, Aptamil, Pregomin?</b> (1) Sim (2) Não	FORM_____
139a	<b>SE SIM, Com que idade ele começou a tomar fórmula?</b> __ ano ____meses	IDADFORM_
	<b>Agora eu vou lhe dizer uma lista de alimentos e a Sra. vai me dizer se o bebê já começou a beber/comer. Se ele (a) está recebendo, eu quero saber quando começou?</b>	
140	Água _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	AGUA_
141	Leite em pó _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	LEITEPO_
142	Leite de vaca _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	LEITEVAC_
143	Chá _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	CHA_
144	Suco _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	SUCO_
145	Refrigerante _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	REFRI_
146	Papa de frutas _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	PAPAFRUT_
147	Papa salgada _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	PAPASALG_
148	Caldos _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	CALDO_
149	Sopa _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	SOPA_
150	Iogurte _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	IOGURT_
151	Bolacha _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	BOLACH_
152	Pão _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	PAO_
153	Ovo _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	OVO_
154	Carne _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	CARNE_
155	Massa _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	MASSA_
156	Legumes _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	LEGUM_
157	Arroz _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	ARROZ_
158	Outro? _____m_____d. (00) Nunca ingeriu	OUTRO
<b>Sobre as vacinas, o seu bebê já tomou:</b>		
<i>PEÇA PARA VER A CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA</i>		
	<i>AO NASCER</i>	
159	<b>BCG ID</b> (1) Sim (2) Não	BCG_
160	<b>Hepatite B</b> (1) Sim (2) Não	HEPBNASC_
	<i>AOS 2 MESES</i>	
161	<b>Hepatite B</b> (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	HEPB2_
162	<b>Rotavírus</b> (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	ROTA2_
163	<b>DTP/DTPa (Triplíce Bacteriana)</b> (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	DTPA2_
164	<b>Hib (Haemophilus influenzae)</b> (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	HIB2_
165	<b>VOP/VIP (Poliomielite)</b> (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	VOP2_
166	<b>Pneumocócica conjugada</b> (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	PNEMO2_
	<i>AOS 3 MESES</i>	
167	<b>Meningocócica conjugada C e ACWY</b> (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	MENINGO3_
168	<b>Meningocócica B recombinante</b> (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	MENINGOB3_
	<i>AOS 4 MESES, REFORÇO:</i>	
169	<b>Hepatite B</b> (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	HEPB4_

170	Rotavírus (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	ROTA4_
171	DTP/DTPa (Triplíce Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	DTPA4_
172	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	HIB4_
173	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	VOP4_
174	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	PNEUMO4_
<i>AOS 5 MESES, REFORÇOU:</i>		
175	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	MENINGOC5_
176	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	MENINGOB5_
<i>AOS 6 MESES, REFORÇOU:</i>		
177	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	HEPATB6_
178	DTP/DTPa (Triplíce Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	DTPA6_
179	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	HIB6_
180	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	VOP6_
181	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	PNEUMO6_
<i>AOS 7-11 MESES</i>		
182	Febre Amarela (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	FEBRE7_
<i>AOS 12 MESES, REFORÇOU:</i>		
183	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	PNEUMO12_
184	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	MENINGO12
185	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	MENINGOB12
<b>Agora vamos falar sobre a periodicidade de consultas médicas realizadas pelo seu bebê nos 2 primeiros anos de vida....</b>		
186	1 semana (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica	SEM_
187	1 mês (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica	MES1_
188	2 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica	MES2_
189	4 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica	MES4_
190	6 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica	MES6_
191	9 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica	MES9_
192	12 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica	MES12_
193	18 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica	MES18_
194	24 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica	MES24_



## ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Pesquisador:** SHANA GINAR DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 62903222.8.0000.5564

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.781.013

##### Apresentação do Projeto:

Transcrição: Resumo:

O ciclo gravídico-puerperal é marcado por um período de intensas mudanças físicas e emocionais nas quais são vivenciadas de formas distintas a partir das experiências e linhas de cuidado pelo qual passam as mulheres e suas famílias. O período gestacional, assim como o nascimento e puerpério são eventos vitais e seu monitoramento pode contribuir para o conhecimento da situação de saúde de uma população, pois permite a construção de indicadores que subsidiam o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de vigilância e atenção à saúde materna e infantil. Sendo assim, este estudo tem como objetivo avaliar os indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico, a ser realizado entre dezembro de 2022 e julho de 2025 com mulheres que possuam filhos de até 2 anos, independentemente da idade e assistidas na atenção básica no município de Passo Fundo, RS. Os dados serão coletados a partir de entrevistas face a face com as participantes nas dependências das unidades de saúde em ambiente reservado. As variáveis analisadas serão constituídas por características sociodemográficas, de hábitos de vida, presença de comorbidades, assistência pré-natal, dados clínicos da última gestação, violência obstétrica, planejamento familiar, saúde da mulher e saúde da criança. Na análise dos dados será empregada a estatística descritiva incluindo médias,

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.761.013

mediana e desvios-padrão para variáveis contínuas e proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%) para variáveis categóricas. Na análise bivariada será utilizado o teste de qui-quadrado, enquanto que na análise multivariada será aplicada a regressão logística com ajuste para potenciais fatores de confusão. Espera-se que as associações evidenciadas nessa pesquisa possam subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, sobretudo por meio do fortalecimento de ações na atenção primária no município de Passo Fundo, RS. Almeja-se ainda, exercer e consolidar, a missão institucional da Universidade Federal da Fronteira Sul que é contribuir para a produção do conhecimento científico e desenvolvimento regional integrado possibilitando a atuação de redes intersetoriais e colaborativas na região.

Comentário: adequado

Transcrição: Hipótese:

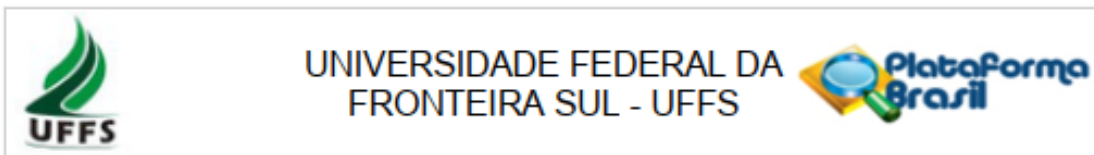
1) Será observada uma prevalência de 70% de adequação a assistência pré-natal, sendo o maior número de consultas observado em mulheres com idade superior a 30 anos, com alta escolaridade e cor da pele branca. Além disso, um menor número de consultas pré-natal será relacionado a piores desfechos gestacionais como prematuridade e baixo peso ao nascer; 2) A proporção de mulheres que realiza aleitamento materno exclusivo será de 50%; 3) As principais causas de morbidade materna serão a pré-eclâmpsia, 6% e diabetes gestacional com 9,5%. 4) Cerca de 50% das mulheres não realizará de forma adequada o rastreio para câncer de mama e de colo de útero conforme preconizado pelas diretrizes nacionais; 5) Cerca de 70% das gestantes e puérperas estarão com a cobertura vacinal de acordo com as diretrizes nacionais; 6) Mulheres mais velhas e com alta escolaridade terão maior acesso ao planejamento familiar; 7) A prevalência do tabagismo e uso de álcool será de 40% entre as participantes e as práticas de atividade de lazer será prevalente em 30% das mulheres; 8) A prevalência esperada para os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares serão 60% para sedentarismo, 30% consumo de bebida alcoólica e 24% de dislipidemia; 9) A proporção de mulheres que relata ter sofrido violência obstétrica será de 25%; 10) A frequência de depressão pós-parto na amostra analisada será de 20%;

Comentário: adequado

**Objetivo da Pesquisa:**

Transcrição: Objetivo Primário: Avaliar indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.802-112  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados.

Comentário: adequado

Transcrição: Objetivo Secundário:

- Avaliar a prevalência de adequação da assistência pré-natal, assim como a relação entre assistência adequada com características maternas (idade, escolaridade e cor da pele) e do recém-nascido (peso ao nascer e idade gestacional).
- Estimar a proporção de mulheres que realizam aleitamento materno exclusivo.
- Investigar a ocorrência de morbidades maternas como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia.
- Avaliar a prevalência de realização do rastreamento para câncer de mama e de colo de útero
- Avaliar a cobertura vacinal no ciclo gravídico puerperal.
- Investigar fatores relacionados ao planejamento familiar.
- Estimar a prevalência de hábitos de vida como tabagismo, álcool e prática de atividade no lazer.
- Estimar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares.
- Estimar a proporção de violência obstétrica que possa ter ocorrido durante o ciclo gravídico-puerperal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde.
- Estimar a proporção de depressão pós-parto na amostra analisada.

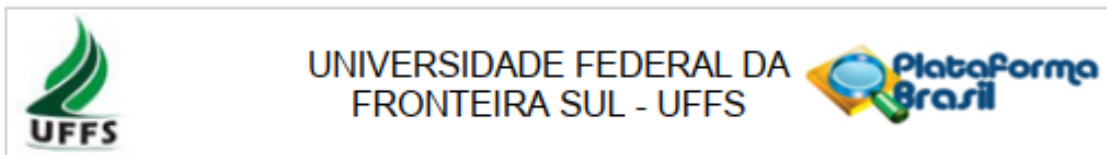
Comentário: adequado

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Transcrição: Riscos:

Em posse do termo de ciência e concordância por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, o projeto será enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (CEP -UFFS), conforme resolução 466/2012. A pesquisa iniciará somente após a aprovação por este comitê. As participantes que se enquadrarem nos critérios de inclusão do estudo serão convidadas a participar da pesquisa. Caso houver o aceite das mesmas, as participantes de idade 17 anos, deverão assinar o Termo de Assentimento para os menores alfabetizados e os pais ou responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pais ou responsáveis consentindo a participação dos menores. E as participantes com idade 18 anos deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esses documentos devem ser assinados voluntariamente, em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.802-112  
 UF: SC Município: CHAPECÓ  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

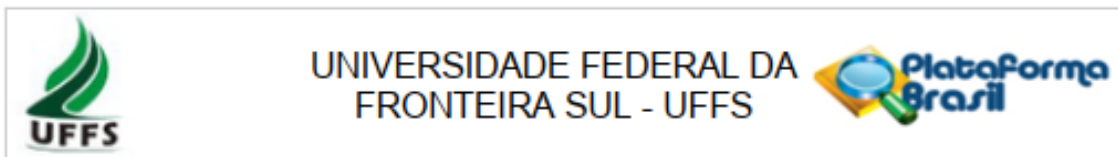
pesquisadora. Os participantes terão o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalidade. O usuário que escolher não participar do estudo não sofrerá qualquer restrição e seu atendimento no serviço será mantido. Em relação aos participantes, os princípios éticos serão assegurados por meio de participação no estudo somente após leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento, de garantir o direito de não participar na pesquisa sem prejuízo do atendimento na ESF e da desistência em qualquer fase do estudo, além de garantir o sigilo sobre os dados coletados, de forma a preservar a identificação dos participantes. Quanto aos riscos, há o risco de exposição acidental da identificação das participantes. Visando minimizar esse risco, e para garantir o sigilo e a privacidade dos participantes, os dados de identificação do participante serão substituídos por um número nos instrumentos de coleta de dados. Caso haja quebra de sigilo, e vazamento de informações o estudo será interrompido, a participante será informada sobre o ocorrido, assim como o local de coleta de dados (UBS e SMS). Ainda, há o risco emocional e de constrangimento. De modo a minimizar esse risco, a entrevista será realizada em local reservado garantindo a privacidade da participante. Além disso, a participante será informada que poderá interromper e deixar de responder qualquer pergunta do questionário de pesquisa e, caso seja necessário, poderá ser encaminhada para atendimento psicológico na rede de saúde.

Comentário: adequado

Transcrição: Benefícios:

Como principal benefício, a partir do decorrer da entrevista será possível que a participante identifique e reconheça as principais práticas de promoção, cuidado e atenção à saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade poderá ser indiretamente beneficiada, pois através das informações obtidas, será possível identificar e discutir ações para validar leis e políticas públicas, no âmbito do SUS, na Atenção Básica, que proponham ações educativas para a troca de saberes entre os profissionais de saúde e mulheres, para esclarecimento de dúvidas, críticas e promoção da saúde, sendo possível repensar nas estratégias de assistência ao pré-natal e a saúde materna e infantil. A devolutiva dos resultados da pesquisa para às instituições envolvidas por meio da entrega de uma cópia física impressa em papel das publicações científicas, como por exemplo, artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os resultados do projeto. Para as participantes a devolutiva será a partir de cartilhas informativas sobre os temas abordados. Os dados físicos serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.802-112  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

UFFS, Campus Passo Fundo, sala 014, destinada aos trabalhos científicos, por cinco anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração. Os arquivos digitais serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, com login e senha, de acesso restrito, e após os cinco anos de armazenamento os arquivos serão deletados de forma permanente (esvaziamento da lixeira do computador).

Comentário: adequado

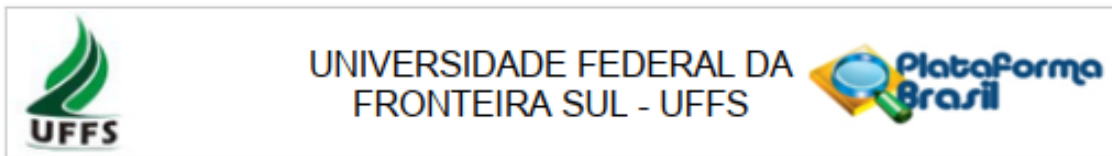
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Transcrição: Desenho: Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, com delineamento epidemiológico transversal, de abordagem descritiva e analítica. O estudo será realizado com mulheres atendidas na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS no período de dezembro de 2022 a julho de 2025. A 1ª etapa será conduzida nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, que são cenário de prática da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo e pertencem à rede de assistência à saúde de Passo Fundo, um município situado no norte do estado do Rio Grande do Sul. Posteriormente serão incluídas as demais Unidades de Saúde do município. A população a ser estudada compreenderá mulheres usuárias do SUS na cidade de Passo Fundo, RS. Para composição da amostra serão consideradas elegíveis usuárias que possuam filhos de até 2 anos de idade, com idade maior ou igual a 12 anos e que estejam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das respectivas unidades de saúde supracitadas no período do estudo. Mulheres que possuam alguma deficiência cognitiva que as impeça de consentir a participação na pesquisa serão consideradas inelegíveis. Para o cálculo de tamanho amostral considerou-se um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico do estudo de 80%, margem de erro de 5 pontos percentuais e uma prevalência esperada do desfecho de 20%. Com base nesses parâmetros, estimou-se incluir um "n" de 246 participantes e, a esse número, acrescentou-se 10% para possíveis perdas e recusas, resultando então, em uma amostra necessária de n=271 mulheres. A seleção das participantes será do tipo não probabilística. Todas as mulheres em atendimento nas respectivas UBS's e que atendam aos critérios de inclusão serão convidadas a participar do estudo.

Transcrição: Metodologia da proposta

Após a emissão do termo de ciência e concordância pela Secretária Municipal de Saúde de Passo Fundo, RS, e da aprovação do comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS), a estratégia de captação das elegíveis, junto à gestão das respectivas Unidades de Saúde consistirá na obtenção da lista de mulheres cadas-tradas e em

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.802-112  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

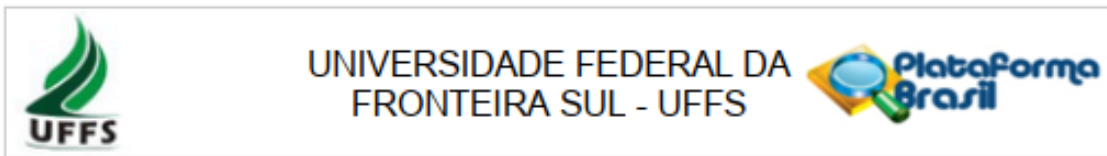


Continuação do Parecer: 5.761.013

acompanhamento de puericultura. Em posse da lista, será identificado os agendamentos das próximas consultas para que a equipe de pesquisa possa otimizar o acesso as participantes para convite e realização da pesquisa. Após o primeiro contato com apresentação do estudo, e, em caso de aceite para participação, as entrevistas, face a face, serão realizadas nas próprias dependências das UBS, em ambiente reservado, por uma equipe de acadêmicos do Curso de Medicina da UFFS previamente treinados para a realização da coleta de dados. Vale ressaltar que caso haja o aceite, o estudo só será realizado após a leitura e assinatura dos Termos de Assentimento e Consentimento Livre e Esclarecido. Para as participantes com idade entre 12 e 17 anos, o estudo só será realizado após obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pais ou responsáveis consentindo a participação dos menores e o Termo de Assentimento para os menores alfabetizados. Ainda para o grupo etário de participantes com idade maior ou igual 18 anos será obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse ato deve ser voluntário, e a assinatura deve se dar em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a equipe da pesquisa. Em seguida, será realizada a aplicação do instrumento via entrevista face a face. O instrumento de coleta de dados será um questionário desenvolvido para o próprio estudo estruturado em sete blocos, sendo: A) características sociodemográficas (B) hábitos de vida (C) informações do pré-natal (D) dados clínicos referente a última gestação; (E) Dados sobre Violência Obstétrica (F) Saúde da Mulher. (G) Saúde da Criança. Dessa forma, entende-se que o estudo contribuirá na produção do conhecimento da área e no planejamento das ações e estratégias de cuidado junto as equipes das unidades de saúde, pois, além de ampliar o conhecimento sobre saúde materno-infantil, abrirá espaço para discussões das diversas interfaces presente na saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico puerperal. A devolutiva dos resultados para às instituições envolvidas será por meio da entrega de uma cópia física impressa em papel das publicações científicas, como artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os resultados do projeto. Para as participantes a devolutiva será a partir de cartilhas informativas sobre os temas abordados. Os dados físicos serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na UFFS, Campus Passo Fundo, sala 014, destinada aos trabalhos científicos, por 5 anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração. Os arquivos digitais serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, com login e senha, de acesso restrito, e após os cinco anos de armazenamento os arquivos serão deletados de forma permanente (esvaziamento da lixeira do computador).

Comentário: adequado

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.802-112  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

**Transcrição: Critério de Inclusão:** Mulheres que possuam filhos de até 2 anos de idade, que tenham, no momento da pesquisa, idade maior ou igual a 12 anos e nas quais os filhos estejam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha.

**Comentário:** adequado

**Transcrição: Critério de Exclusão:** Mulheres que possuam alguma deficiência cognitiva que as impeça de consentir a participação na pesquisa serão consideradas inelegíveis

**Comentário:** adequado

**Transcrição: Metodologia de Análise de Dados:**

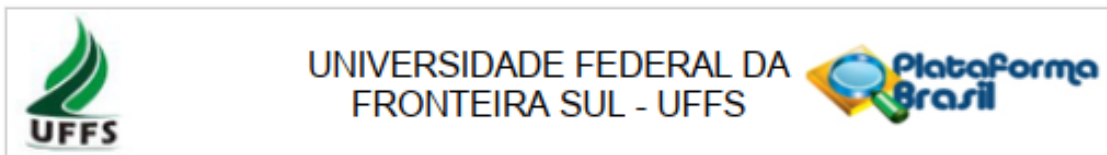
Os dados obtidos serão duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística se dará no programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre) e consistirá em uma estatística descritiva da prevalência dos desfechos de interesse com intervalo de confiança de 95%. Para as demais variáveis numéricas serão estimadas as medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, amplitude, intervalo interquartil) enquanto que para as variáveis categóricas serão descritas as frequências absolutas (n) e relativas (%). A prevalência dos desfechos de interesse de acordo com as variáveis independentes, será realizada pelo teste Qui-quadrado. Para verificação da associação será calculada medida como a razão de prevalências (RP) e odds ratio (OR) e seus IC95%. Como tratam-se de variáveis categóricas, tanto na análise bruta como na ajustada serão utilizadas Regressões como a de Poisson ou Logística. Na análise multivariada uma série de fatores de ajuste serão incluídos no modelo de análise. No modelo final, ajustado, permanecerão as variáveis com valor de  $p < 0,20$ . Em todos os testes, será admitido erro de 5%, sendo considerados significativos valores de  $p < 0,05$ .

**Comentário:** adequado

**Transcrição: Desfecho Primário:**

Espera-se uma prevalência de 70% de adequação a assistência pré-natal, sendo o maior número

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

de consultas observado em mulheres com idade superior a 30 anos, com alta escolaridade e cor da pele branca. Além disso, um menor número de consultas pré-natal será relacionado a piores desfechos gestacionais como prematuridade e baixo peso ao nascer;

Comentário: adequado

Tamanho da Amostra no Brasil: 271

Cronograma de execução: Coleta de Dados 01/12/2022 01/11/2024

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: adequado

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS: adequado

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido (para maiores de 18 anos) adequado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PAIS E RESPONSÁVEIS LEGAIS - IDADE 17 ANOS: adequado

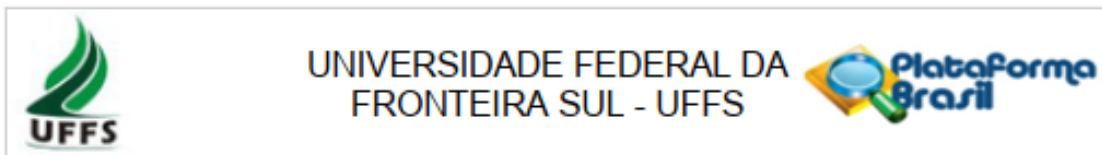
Instrumento de coleta: adequado

**Recomendações:**

# Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.802-112  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br





Continuação do Parecer: 5.761.013

Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, uma vez que foram procedidas pelo/a pesquisador/a responsável todas as correções apontadas pelo parecer consubstanciado de número 4.097.470, emitido em 19 de Junho de 2020, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador(a)

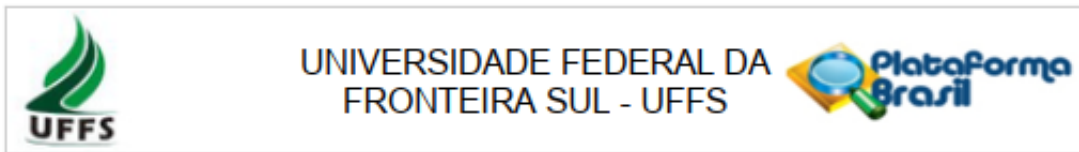
A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.802-112  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2011061.pdf	01/11/2022 10:39:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Saude_Mulher_e_da_Crianca.pdf	01/11/2022 10:38:03	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Outros	Anexo_Carta_Pendencias.pdf	01/11/2022 10:37:39	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PAIS_E_RESPONSAVEIS_modificado.pdf	12/10/2022 13:00:49	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	12/10/2022 13:00:38	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados.pdf	12/10/2022 13:00:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/09/2022 08:46:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Declaração de concordância	Autorizacao_Pesquisa_SMS.pdf	01/09/2022 17:45:49	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TALE.pdf	01/09/2022 17:42:34	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito

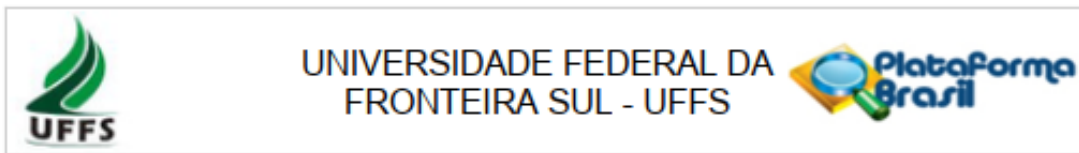
Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural CEP: 89.802-112

UF: SC Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

Justificativa de Ausência	TALE.pdf	01/09/2022 17:42:34	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
---------------------------	----------	------------------------	-------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CHAPECO, 17 de Novembro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Izabel Aparecida Soares**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

## 2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

### 2.2.1 Apresentação

O relatório de pesquisa tem como objetivo o detalhamento das atividades desenvolvidas nos componentes curriculares de Trabalho de Curso II e Trabalho de Curso III, cursados no decorrer dos dois semestres letivos do ano de 2023, no que diz respeito ao projeto de pesquisa intitulado “Características Clínicas e Epidemiológicas de Gestantes Adolescentes Usuárias do Sistema Único de Saúde em Passo Fundo – RS”, elaborado pela acadêmica Gabriela Erthal, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Shana Ginar da Silva e coorientação do Prof. Me. Luiz Artur Rosa Filho e da Prof.<sup>a</sup> Me. Silvane Nene Portela. O relatório tem por finalidade descrever todas as etapas do trabalho, compreendendo as informações relacionadas à coleta, ao processamento e à análise de dados.

### 2.2.2 Desenvolvimento

O presente trabalho é um recorte da pesquisa nomeada “Saúde da Mulher e da Criança no Ciclo Gravídico-Puerperal em Usuárias do Sistema Único de Saúde”, institucionalizado na UFFS, da qual a autora desse Trabalho de Curso integra a equipe. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP-UFFS), sendo aprovado no dia 17/11/2022, sob o parecer de número 5.761.013.

Ao receber a aprovação do CEP-UFFS, iniciaram-se as coletas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) definidas pelo projeto, sendo elas a UBS São Luiz Gonzaga, a UBS Donária/Santa Marta, a UBS São José e a UBS Parque Farroupilha, as quais são cenários de práticas da UFFS-PF. Os questionários padronizados foram aplicados exclusivamente pelas integrantes do projeto no período de dezembro de 2022 a agosto de 2023 para mulheres que tenham filhos de até dois anos de idade, independentemente da idade, e que estejam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das UBSs incluídas no projeto.

O processamento dos dados foi realizado através de dupla digitação no banco de dados criado no programa EpiData versão 3.1 (distribuição livre). Posteriormente, realizou-se a análise estatística dos dados através do programa PSPP (distribuição livre).

Com relação às modificações realizadas nesta etapa, para atender o objetivo geral do estudo, que visa caracterizar a amostra de adolescentes, optou-se por utilizar a variável ‘idade

que engravidou do último filho’ para caracterizar a idade e substituiu-se a variável ‘número de filhos’ por ‘gestações além da última’, visto que a primeira não considera as gestações que resultaram em abortos. Ademais, no escopo do objetivo geral, incluiu-se a variável ‘trimestre de início do pré-natal’.

Além disso, nos objetivos específicos, o Projeto de Pesquisa objetiva investigar a relação entre pré-natal e idade materna com os desfechos adversos do recém-nascido. No entanto, optou-se por remover a variável ‘número de consultas’ devido ao elevado percentual de dados ausentes e excluir a variável ‘comprimento ao nascer’, uma vez que ela não é adequada para representar desfechos adversos do recém-nascido. Ainda, no objetivo que visa comparar a prevalência de desfechos adversos de saúde do recém-nascido em relação à faixa etária, retirou-se a variável dependente ‘idade gestacional ao início do pré-natal’, que foi proposta erroneamente.

Por fim, foi acrescido um novo objetivo específico com o propósito de obter um melhor aproveitamento dos dados: comparar a prevalência de realização de episiotomia e uso de fórceps ou vácuo extrator, indicativos de dificuldades no parto, entre adolescentes e adultas. Utilizou-se ‘idade que engravidou do último filho’ como variável independente e ‘realização de corte na vagina no momento do parto’ e ‘uso de fórceps ou vácuo extrator’ como variáveis dependentes.

### **2.2.3 Considerações Finais**

Ao ser concluída a coleta de dados, atingiu-se uma amostra de um “n” de 272 mulheres no projeto maior. Visto que o presente estudo utilizou a amostra completa do projeto, o “n” final foi composto por 272 participantes.

Por fim, após a realização de todas as etapas do projeto, sendo constituída pela coleta, pelo processamento e pela análise de dados, elaborou-se o artigo científico, intitulado “Gestação na Adolescência: Prevalência e Implicações Clínicas e Epidemiológicas na Atenção Primária à Saúde”, contemplando os resultados nos moldes da Revista Ciência e Saúde Coletiva, a qual dispõe Qualis Capes A1 (ANEXO C).

## ANEXO C – NORMAS DA REVISTA PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO

### Recomendações para a submissão de artigos

#### Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

**Nota importante** - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### Seções da publicação

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

**Observação:** O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

#### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. *palavras-chave/keywords*. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Há artigos com mais autores em se tratando de grupos de pesquisa ou em casos excepcionais com autorização dos editores.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.



4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Financiamento**

RC&SC atende Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" <sup>11</sup> (p.38).

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza <sup>4</sup>, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

5. Indicação do tipo de texto, se necessário  
 Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

#### **Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor  
 Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.  
 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor  
 Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor  
 Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro  
 Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos  
 Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos  
 Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese  
 Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

#### **Outros trabalhos publicados**

13. Artigo de jornal  
 Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12  
 Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual  
*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais  
 Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

**Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.  
 Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N.  
 Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário.  
*Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

**Material eletrônico**

## 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

## 17. Monografia em formato eletrônico

CDI, *clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

## 18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

### 3 ARTIGO CIENTÍFICO

## GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: PREVALÊNCIA E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Adolescent Pregnancy: Prevalence and Clinical and Epidemiological Implications in  
Primary Health Care*

Gabriela Erthal<sup>1</sup>

Silvane Nenê Portela<sup>2</sup>

Luiz Artur Rosa Filho<sup>2</sup>

Shana Ginar da Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Discente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS.

<sup>2</sup>Docente mestre do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS.

<sup>3</sup>Docente doutora do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS.

### RESUMO

**Objetivo:** estimar a prevalência de gestação na adolescência e os desfechos adversos à saúde materno-infantil em mulheres assistidas na atenção primária à saúde. **Métodos:** estudo transversal, cujos dados foram coletados através de questionários respondidos por mulheres atendidas em quatro unidades básicas de Passo Fundo, RS. Analisaram-se as questões clínico-epidemiológicas das gestantes adolescentes, calculou-se a prevalência do fenômeno e investigou-se os desfechos adversos utilizando testes estatísticos ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** a amostra incluiu 272 mulheres, sendo 17,6% adolescente. A gestação na adolescência se apresentou principalmente em meninas após os 15 anos, não brancas, com companheiro, ensino médio incompleto, desempregadas e de baixa renda. A idade da menarca predominou até 12 anos e a sexarca após os 15 anos. A maioria era primigesta, não planejou a gestação, iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, não utilizou contraceptivo antes de engravidar e nem após o parto. A significância estatística foi ausente no parto pré-termo e baixo peso ao nascer, e presente para episiotomia e parto instrumentado. **Conclusões:** a gestação na adolescência tem alta prevalência e está associada a um perfil clínico e epidemiológico característico.

**Palavras-chave:** gravidez na adolescência; epidemiologia; assistência à saúde materno-infantil; cuidado pré-natal; saúde pública.

## ABSTRACT

**Objective:** to estimate the prevalence of adolescent pregnancy and adverse maternal and child health outcomes in women assisted in primary health care. **Methods:** cross-sectional study, whose data were collected through questionnaires answered by women attended at four primary care units in Passo Fundo, RS, Brazil. The clinical and epidemiological issues of pregnant adolescents were analyzed, the prevalence of the phenomenon was calculated, and adverse outcomes were investigated using statistical tests ( $p < 0.05$ ). **Results:** the sample

included 272 women, 17,6% of whom were adolescents. Adolescent pregnancy was mainly found in girls after the age of 15, non-white, with a partner, incomplete high school, unemployed and low-income. The age at menarche predominated up to 12 years and sexarche after 15 years. Most of them were primiparous, did not plan their pregnancy, started prenatal care in the first trimester, did not use contraceptives before becoming pregnant or after delivery. Statistical significance was absent in preterm delivery and low birth weight, and present for episiotomy and instrumented delivery. **Conclusions** adolescent pregnancy has a high prevalence and is associated with a characteristic clinical and epidemiological profile.

**Keywords:** pregnancy in adolescence; epidemiology; maternal-child health services; prenatal care; public health.

## INTRODUÇÃO

A adolescência é definida, segundo a Organização Mundial da Saúde, como o período em que ocorre a transição da infância para a vida adulta, abrangendo dos 10 aos 19 anos completos e sendo caracterizada por mudanças significativas nas esferas físicas, psicológicas e comportamentais<sup>1</sup>. As transformações físicas estão fortemente associadas à puberdade, que é impulsionada por alterações hormonais e desempenha um papel fundamental na descoberta da sexualidade<sup>2,3</sup>.

A problemática em questão surge quando, concomitantemente às mudanças típicas da adolescência, as jovens precisam lidar com as complexas alterações biológicas associadas a uma gravidez. Essa situação pode resultar em desfechos adversos tanto para a gestante quanto para o recém-nascido (RN), destacando o parto pré-termo e baixo peso ao nascer (BPN), que são indicadores negativos de morbimortalidade infantil<sup>4,5</sup>. No entanto, um acompanhamento pré-natal adequado, sendo iniciado até a décima segunda semana de gestação, pode reduzir

significativamente esses desfechos adversos, posto que um pré-natal de qualidade está diretamente relacionado com a promoção da saúde materno-infantil<sup>6,7</sup>.

No Brasil, o risco de engravidar na adolescência é quatro vezes maior do que nos países europeus. Essa disparidade é fundamentada na desigualdade social prevalente no país, cujas adolescentes, dependendo de sua classe social, enfrentarão trajetórias de vida distintas. As jovens de baixa renda frequentemente enfrentam a necessidade de entrar no mercado de trabalho precocemente, descontinuando os estudos. Isso, por sua vez, leva a uma baixa escolaridade e à inserção em empregos precários e de baixa remuneração, tendendo a permanecer em situação de pobreza<sup>2,8</sup>.

Apesar da diminuição das taxas de gravidez na adolescência ao longo dos anos no Brasil, os números atuais ainda são motivo de preocupação. Em 2020, 14% das crianças nascidas no país eram fruto de gravidezes precoces<sup>9</sup>. Essas meninas são abruptamente inseridas no mundo adulto, enfrentando inúmeras responsabilidades para as quais muitas vezes não tem recursos financeiros ou emocionais para lidar com a maternidade. Diante disso, a gravidez na adolescência e suas consequências se tornam um problema de fundamental relevância à saúde pública.

Frente ao exposto, esse estudo tem como objetivo caracterizar clínica e epidemiologicamente as gestantes adolescentes assistidas no contexto da atenção primária à saúde, bem como avaliar a prevalência desse fenômeno e analisar as implicações decorrentes à saúde materna e infantil.

## **MÉTODOS**

O estudo em questão caracteriza-se como estudo com delineamento epidemiológico transversal, representa um recorte da pesquisa intitulada “Saúde da Mulher e da Criança no Ciclo Gravídico-Puerperal em Usuárias do Sistema Único de Saúde” e tendo as coletas realizadas de dezembro de 2022 a agosto de 2023. Foram consideradas elegíveis mulheres com idade igual ou superior a 12 anos, que possuíam filhos de até dois anos de idade em acompanhamento de puericultura nas seguintes Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Passo Fundo, RS: São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha. As quatro UBS’s pertencem à rede de atenção primária à saúde de Passo Fundo, um município situado no norte do estado do Rio Grande do Sul, e se constituem como campo de práticas da Universidade Federal da Fronteira Sul – Passo Fundo. Mulheres com deficiência cognitiva que as impedisse de conceder o consentimento à participação no estudo foram consideradas inelegíveis.

Para o cálculo amostral do projeto guarda-chuva, adotou-se um intervalo de confiança de 95%, um poder estatístico de 80%, uma margem de erro de cinco pontos percentuais e uma prevalência esperada do desfecho de 20%. Com base nessas premissas, estimou-se um tamanho amostral inicial de 246 participantes. Adicionalmente, a fim de contemplar eventuais perdas ou recusas, incorporou-se uma margem de segurança de 10%, resultando, portanto, em um “n” de 271 mulheres. A seleção das participantes foi conduzida por meio de uma abordagem, intencional, não probabilística, incluindo todas as mulheres em atendimento nas UBS’s supracitadas, desde que enquadradas nos critérios de inclusão estabelecidos, as quais eram convidadas a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevistas “face a face” nas dependências das respectivas UBS’s, por pesquisadores previamente treinados a partir de um questionário pré-testado e pré-codificado desenvolvido para o próprio estudo.



A principal variável de interesse nesse estudo foi a prevalência de gestação na adolescência avaliada por meio da idade que engravidou do último filho, a qual foi definida como exposição, tendo como desfechos adversos à saúde do RN as variáveis de peso ao nascer (considerados com baixo peso aqueles com menos de 2500g)<sup>10</sup>, idade gestacional no momento do parto (considerados pré-termos aqueles nascidos com menos de 37 semanas)<sup>11</sup>, e como desfechos adversos à saúde materna as variáveis realização de episiotomia e parto instrumentado. Ainda como exposição, foi avaliado o tempo de gestação ao início das consultas de pré-natal de gestantes adolescentes para análise dos desfechos adversos à saúde do RN, tendo as variáveis peso ao nascer e idade gestacional no momento do parto.

Para fins de caracterização clínica e epidemiológica da amostra, foram avaliadas as variáveis de idade que engravidou do último filho (considerando adolescentes meninas com idade igual ou inferior a 19 anos), raça/cor, estado civil, escolaridade, situação laboral, renda familiar<sup>12</sup>, idade da menarca, idade da sexarca, gestações além da última, planejamento da gestação, trimestre de início do pré-natal, método contraceptivo quando engravidou e método de escolha após o parto.

Os dados obtidos foram inseridos em duplicata no banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). Posteriormente, realizou-se a análise estatística utilizando o programa PSPP (distribuição livre), que se concentrou na obtenção da estatística descritiva, incluindo frequências absolutas e relativas (n, %) e da prevalência da principal variável, seguida dos respectivos intervalos de confiança de 95%. No componente analítico, aplicou-se o teste exato de Fisher e o qui-quadrado para verificar a prevalência das variáveis dependentes segundo exposições de interesse, considerando-se estatisticamente significativos valores com  $p < 0,05$ .

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob o parecer de número 5.761.013. A participação foi estritamente voluntária e, antes da coleta de dados, todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou, quando menores de 18 anos, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Pais e Responsáveis Legais. Essa abordagem seguiu os critérios de Ética em Pesquisa Clínica em Seres Humanos, conforme definido na Resolução 466/2012.

## RESULTADOS

A amostra total constituiu 272 mulheres, das quais 224 eram adultas e 48 adolescentes, resultando em uma prevalência de gestação na adolescência de 17,6% (IC95% 13-22). A amostra de adolescentes, como pode ser observada na Tabela 1, foi composta majoritariamente por meninas na segunda adolescência (97,9%), autodeclaradas não brancas (58,3%), que vivem com o marido (60,4%), com ensino médio incompleto (50%), desempregadas (72,9%), pertencentes à baixa classe econômica (59,5%), tendo experimentado a menarca até os 12 anos (63,4%) e iniciado a vida sexual após os 14 anos (71,1%). Em relação à caracterização clínica, a maioria das adolescentes era primigesta (75%), não planejou a gestação (64,6%) e iniciou o pré-natal no primeiro trimestre (66,6%).

Ademais, a mesma tabela destaca o predomínio de adolescentes que não utilizavam métodos contraceptivos quando engravidaram (64,6%) e, após o parto, essa tendência se manteve (37,5%), seguido pelo uso de contraceptivo oral (31,2%).

**Tabela 1.** Caracterização clínicas e epidemiológicas de usuárias da atenção primária à saúde. Passo Fundo, RS, dezembro de 2022 a agosto 2023.

Variáveis	Adolescentes (n=48)		Adultas (n=224)	
	n	%	n	%

<b>Idade ao engravidar</b> (anos completos)				
Primeira adolescência (10-14 anos)	1	2,1	-	-
Segunda adolescência (15-19 anos)	47	97,9	-	-
<b>Cor da Pele</b> (autorreferida)				
Branca	20	41,7	125	55,8
Preta/parda/indígena/amarela	28	58,3	99	44,2
<b>Estado Civil</b>				
Solteira	19	39,6	44	19,6
Vive com o marido	29	60,4	180	80,4
<b>Escolaridade</b>				
Ensino Fundamental Incompleto	7	14,6	37	16,5
Ensino Médio Incompleto	24	50,0	79	35,3
Ensino Médio Completo	17	35,4	108	48,2
<b>Situação Laboral</b>				
Empregada	13	27,1	94	42,0
Desempregada	35	72,9	130	58,0
<b>Classe Social</b>				
Classe Alta	0	0	3	1,5
Classe Média	17	40,5	89	43,4
Classe Baixa	25	59,5	113	55,1
<b>Idade da Menarca</b>				
≤12 anos completos	26	63,4	102	52,0
>12 anos completos	15	36,6	94	48,0
<b>Idade da Sexarca</b>				
≤14 anos completos	13	28,9	38	19,3
>14 anos completos	32	71,1	159	80,7
<b>Gestações Anteriores</b>				
Primigesta	36	75,0	61	27,2
Multigesta	12	25,0	163	72,8
<b>Planejamento da Última Gestação</b>				
Sim	17	35,4	84	37,7
Não	31	64,6	139	62,3
<b>Início do Pré-Natal</b>				
Primeiro Trimestre	32	66,6	165	73,7
Segundo Trimestre	13	27,1	55	24,6
Terceiro Trimestre	2	4,2	3	1,3
Não Realizou	1	2,1	1	0,4
<b>Método contraceptivo utilizado antes da gestação</b>				
Não utilizava	31	64,6	137	61,2
Contraceptivo oral	14	29,1	61	27,3
Contraceptivo injetável	1	2,1	15	6,7
Método de barreira	2	4,2	9	4,0
DIU de cobre	0	0	1	0,4
Outro	0	0	1	0,4
<b>Método contraceptivo utilizado após o parto</b>				
Não utiliza	18	37,5	78	35,0
Contraceptivo oral	15	31,2	69	30,9
Contraceptivo injetável	12	25,0	51	22,8
Método de barreira	2	4,2	8	3,6
DIU de cobre	1	2,1	8	3,6

DIU hormonal	0	0	1	0,5
Implanon	0	0	2	0,9
Laqueadura	0	0	6	2,7

Legenda: o maior número de *missings* ocorreu na variável de menarca, da qual apresentou n=41 para adolescentes e n=196 para adultas.

Fonte: elaborada pelo autor (2023).

Na Tabela 2 estão apresentadas as prevalências dos desfechos adversos no RN segundo os estratos de idade materna e início do pré-natal em gestantes adolescentes. A frequência de parto pré-termo foi 15,2% na amostra de adolescentes comparado a 11,8% em adultas. Em relação ao início do pré-natal, identificou-se que a proporção de parto pré-termo naquelas que o iniciaram no primeiro trimestre foi de 12,9% versus 20,0% em quem iniciou mais tardiamente ou não o fizeram. Quando avaliado o baixo peso ao nascer, notou-se que este esteve presente em 11,2% de RN de gestantes adultas versus 18,8% de RN de gestantes adolescentes, enquanto que as proporções de BPN, comparando o momento de início do pré-natal foram 21,9% para quem iniciou no primeiro trimestre versus 12,5% naquelas adolescentes que iniciaram mais tardiamente ou não o fizeram. Apesar das discrepâncias nas prevalências, não foi identificada significância estatística de fatores maternos e desfechos no RN ( $p>0,05$ ).

**Tabela 2.** Relação entre fatores maternos com desfechos adversos no recém-nascido em usuárias da atenção primária à saúde. Passo Fundo, RS, dezembro de 2022 a agosto de 2023.

Variáveis	Parto Pré-Termo				p
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
<b>Idade materna ao engravidar (n=266)</b>					0,525**
Adolescente	7	15,2	39	84,7	
Adulta	26	11,8	194	88,2	
<b>Início do pré-natal de GA (n=46)</b>					0,411*
1º trimestre	4	12,9	27	87,1	
2º ou 3º trimestre ou não realizou	3	20,0	12	80,0	
	Baixo Peso ao Nascer				
<b>Idade materna ao engravidar (n=271)</b>					0,153**
Adolescente	9	18,8	39	81,2	
Adulta	25	11,2	198	88,8	
<b>Início do pré-natal de GA (n=48)</b>					0,358*
1º trimestre	7	21,9	25	78,1	
2º ou 3º trimestre ou não realizou	2	12,5	14	87,5	

Legenda: GA = gestantes adolescentes; \*Teste Exato de Fisher; \*\*Teste Qui-Quadrado.  
Fonte: elaborada pelo autor (2023).

A realização de episiotomia foi observada em 38,5% de gestantes adolescentes comparado a 19,8% de gestantes adultas, revelando uma associação estatisticamente significativa ( $p=0,046$ ). Além disso, o uso de fórceps ou vácuo extrator foi registrado em 18,5% de gestantes adolescentes e 1,9% de gestantes adultas, também apresentando uma associação estatisticamente significativa ( $p=0,004$ ), conforme demonstrado na Tabela 3.

**Tabela 3.** Relação entre idade materna com realização de episiotomia e parto instrumentado usuárias da atenção primária à saúde. Passo Fundo, RS, dezembro de 2022 a agosto de 2023

Variáveis	Episiotomia				p
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
<b>Idade materna ao engravidar (n=127)</b>					0,046**
Adolescente	10	38,5	16	61,5	
Adulta	20	19,8	81	80,2	
	Fórceps ou Vácuo Extrator				
<b>Idade materna ao engravidar (n=132)</b>					0,004*
Adolescente	5	18,5	22	81,5	
Adulta	2	1,9	103	98,1	

Legenda: \*Teste Exato de Fisher; \*\*Teste Qui-Quadrado.  
Fonte: elaborada pelo autor (2023).

## DISCUSSÃO

Neste estudo, identificou-se que aproximadamente 1/5 das gestações (17,6%) na amostra analisada ocorreram na adolescência. A prevalência observada nesta pesquisa é notavelmente superior às taxas registradas a nível nacional e estadual no ano de 2020, que foram de 14% e 10,5%, respectivamente. De fato, a porcentagem encontrada assemelha-se à taxa estadual observada em 2008, a qual era 17,8%<sup>9</sup>.

Essa prevalência identificada no estudo é semelhante à pesquisa realizada na cidade de Uberaba (MG), na qual foi encontrada uma taxa de 18,2% de gestações na adolescência<sup>13</sup>. Por

outro lado, é superior à identificada em um estudo conduzido em Maringá, uma cidade também localizada na região Sul, no qual se observou uma prevalência de 12,39% de gestantes adolescentes<sup>14</sup>. Apesar de a discordância ocorrer entre as taxas de gestação na adolescência em cidades situadas na mesma região do país e da concordância em áreas distintas, essa disparidade pode ser justificada devido à metodologia utilizada em cada estudo. O primeiro utiliza o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), que tem proporção nacional e abrange locais de atendimentos em saúde públicos e privados. Enquanto o último, assim como o presente estudo, envolve entrevistas apenas com mulheres atendidas no SUS.

No que diz respeito às características epidemiológicas na amostra de adolescentes, observou-se um predomínio de meninas não brancas e pertencentes à baixa renda. Esses resultados divergem de outros estudos englobando a região Sul do país, que identificou um predomínio de gestantes adolescentes brancas pertencentes à classe média, sendo atribuído à influência da colonização europeia predominante na região<sup>15,16</sup>.

Observou-se, adicionalmente, um maior número de meninas na segunda adolescência, que vivem com companheiro, possuem ensino médio incompleto e se encontram desempregadas. Tais dados corroboram com a literatura nacional e evidenciam o ciclo da pobreza que impacta as mulheres que se tornaram mães durante a adolescência. Esse ciclo é caracterizado pela dificuldade de conciliar os estudos com a maternidade, o que propicia a interrupção da formação educacional e a falta de qualificação profissional. Esse cenário, por sua vez, dificulta a inserção no mercado de trabalho e culmina na dependência financeira de seu parceiro ou familiares<sup>17-19</sup>.

A gestação na adolescência está intimamente ligada ao início precoce da atividade sexual. Isso é atribuído, em grande parte, à carência de conhecimento acerca da sexualidade, o

que culmina em uma incidência significativamente elevada de relações sexuais desprotegidas, tornando essa população particularmente suscetível a infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a gravidezes não planejadas. Não obstante, essa ausência de informações, aliada às barreiras no acesso aos serviços de saúde enfrentadas por esse grupo, promove o uso inadequado de métodos contraceptivos<sup>20-22</sup>. Pesquisas têm indicado que adolescentes apresentam aproximadamente o dobro de probabilidade de insucesso contraceptivo em comparação com mulheres de idade superior a trinta anos<sup>23</sup>. O presente estudo documentou uma taxa preocupantemente alta de relações sexuais desprotegidas antes da gestação, aproximadamente 65%. O grupo de adolescentes que utilizou contracepção majoritariamente optou por métodos usuário-dependente. Estudos semelhantes realizados no Brasil têm apresentado estatísticas condizentes com tais achados<sup>19,24</sup>.

Constatou-se uma redução estatisticamente significativa na proporção de adolescentes que não utilizaram anticoncepção após a gestação, diminuindo de 64,6% para 37,5%. Paralelamente, observou-se um aumento substancial na preferência por métodos contraceptivos não usuário-dependente, que passou de 2,1% para 27,1%. Resultados de estudos similares conduzidos em Campinas apresentaram números ainda mais favoráveis, com apenas 22,5% de mães adolescentes que optaram por não utilizar contraceptivo após a gestação e 71,3% escolheram métodos não usuário-dependente<sup>24</sup>. Portanto, essas constatações enfatizam a imperatividade de intervenções educativas eficazes destinadas a capacitar as adolescentes a fazerem escolhas informadas e alinhadas com suas necessidades<sup>25-27</sup>.

A realização do acompanhamento pré-natal (APN) representa uma condição crítica no reconhecimento de possíveis complicações durante a gravidez, além de ter o propósito de minimizar os riscos gestacionais e neonatais. O início precoce do APN, definido como seu início no primeiro trimestre, desempenha um papel fundamental na redução substancial das

taxas de morbidades maternas e perinatais<sup>28-30</sup>. No entanto, é comum observar atrasos na adesão ao APN nos adolescentes<sup>4,31</sup>.

Além disso, sabe-se que a gestação na adolescência constitui um fator de risco significativo para desfechos perinatais negativos, em particular o parto pré-termo e BPN. Essas tendências podem ser atribuídas à imaturidade biológica da adolescente e à competição feto-materna por recursos nutricionais essenciais<sup>32,33</sup>.

Apesar da ausência de significância estatística nos desfechos adversos do RN em relação à faixa etária materna ao engravidar, observaram-se, ainda assim, maiores incidências de parto pré-termo e BPN em adolescentes em comparação com mulheres adultas. Outros estudos revelam taxas de parto pré-termo de 10,2-12,1% para RN de gestantes adolescentes, valores inferiores aos obtidos nesta pesquisa, que registrou uma taxa de 15,2%. Além disso, no que concerne ao BPN, esses mesmos estudos demonstraram taxas de 9,6-10,2%, o que é significativamente menor em relação aos resultados desta pesquisa, que documentou uma preocupante taxa de 18,8%. Ademais, em todos esses estudos, as porcentagens de parto pré-termo e BPN foram consistentemente superiores em RN de gestantes adolescentes em comparação com a faixa etária adulta<sup>14,16,34</sup>. Adicionalmente, um estudo semelhante revelou uma taxa nula de BPN, o que pode ser associado ao fato de que todas as gestantes adolescentes aderiram de maneira adequada ao acompanhamento pré-natal<sup>13</sup>. No entanto, na presente pesquisa, observou-se que apenas 66,6% das gestantes adolescentes aderiram de forma adequada ao pré-natal.

A gestação na adolescência não se traduz automaticamente em complicações neonatais. De fato, quando as gestantes adolescentes recebem APN adequada, as desvantagens associadas à idade precoce tendem a diminuir, resultando em melhores resultados perinatais<sup>15,17,28</sup>. Porém, é fundamental destacar que a idade materna não constitui



fator determinante dos desfechos adversos, visto que fatores socioeconômicos precários também desempenham um papel significativo na incidência de morbidade nesse contexto<sup>32,35</sup>.

Outrossim, a imaturidade biológica também está intrinsecamente relacionada à insuficiente maturação pélvica em gestantes adolescentes, o que configura como um importante fator na necessidade de intervenção obstétrica instrumental no parto vaginal, como a utilização de fórceps, e a episiotomia durante o nascimento. Esses procedimentos visam minimizar a ocorrência de lacerações perineais e atenuar o sofrimento materno-fetal<sup>36,37</sup>. No entanto, vale ressaltar que, em um estágio posterior, devido à substituição das fibras musculares por tecido conjuntivo fibroso, ocorre uma redução da elasticidade da região, o que pode resultar em comprometimento do canal vaginal e disfunções pélvicas, como hipoestesia vaginal, anorgasma, dispareunia, prolapso e incontinência urinária<sup>23,38</sup>.

No âmbito deste estudo, observa-se uma relevância estatisticamente significativa no que se refere ao parto vaginal instrumentado e à realização de episiotomia, mostrando-se em maiores taxas em adolescentes em comparação com mulheres em idade adulta. Tais achados evidenciam que a idade materna constitui um notável fator para a ocorrência de partos desprovidos de complicações. Além disso, estudos prévios também documentaram taxas substanciais de episiotomia e utilização de fórceps em partos de gestantes adolescentes<sup>34,36</sup>.

Por fim, é importante salientar que o presente estudo é o primeiro a estimar a prevalência de gestação na adolescência em usuárias da atenção primária à saúde em Passo Fundo. Em relação às limitações do estudo, é imperativo considerar que, devido à localização periférica das UBSs em que a pesquisa foi realizada, pode-se ocorrer viés de seleção. Além disso, é essencial aumentar a abrangência do estudo, visando incluir mais UBSs para que os resultados representem a realidade local como um todo.

## CONCLUSÃO

Em resumo, o estudo revelou uma prevalência significativamente alta de gestação na adolescência na amostra estudada, caracterizada por um perfil clínico e epidemiológico que é destoante das características regionais típicas em certos aspectos e outras que reforçam as complexas interações entre a gravidez precoce e o ciclo da pobreza nessa população. Além disso, destaca-se a importância da implementação de políticas públicas de planejamento familiar e de linhas de cuidado que introduzam ações destinadas a aprimorar a assistência pré-natal a gestantes adolescentes, com o objetivo de reduzir a taxa de gravidezes na adolescência e minimizar as complicações materno-infantis. É fundamental, também, considerar as complicações inerentes ao parto, que se apresentam mais difíceis quando envolvem parturientes adolescentes. A partir dessas conclusões, pode-se afirmar que a gestação na adolescência constitui uma temática de extrema relevância a ser debatida na esfera científica, dada sua natureza como questão de saúde pública. Essa realidade tem o potencial de influenciar significativamente o desenvolvimento humano, a qualidade de vida, a saúde e o bem-estar.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília: MS; 2010.
2. Oliveira ES, Gomes CJ, Parreira AP, Pinheiro MLJ, Oliveira KR, Anjos FCQS, Barbosa PF. Perfil epidemiológico da gravidez na adolescência nas microrregiões do estado do Tocantins durante os anos 2008-2018. DRIUFT 2022;9(2):144–52.
3. Guimarães J, Cabral CS. Pedagogias da sexualidade: discursos, práticas e (des)encontros na atenção integral à saúde de adolescentes. Pro-Posições 2022;33:e20200043.
4. Almeida AHV, Gama SGN, Costa MCO, Carmo CN, Pacheco VE, Martinelli KG, Leal MC. Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. Cad Saude Publica 2020;36(12):e00145919.

5. Sultana N, Khatun MstA, Sultana N, Ara R, Khan FI, Sultana R. Perinatal Outcome of Adolescent Pregnancy and Labour. *Sch Int J Obstet Gynecol* 2021;4(11):418–22.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
7. Bicalho MLC, Araújo FG, Andrade GN, Martins EF, Felisbino-Mendes MS. Trends in fertility rates, proportion of antenatal consultations and caesarean sections among Brazilian adolescents. *Rev Bras Enferm* 2021;74(suppl 4):e20200884.
8. Nascimento TLC, Teixeira CSS, Anjos MS, Menezes GMS, Costa MCN, Natividade MS. Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo ecológico de agregados espaciais. *Epidemiol Serv Saude* 2021;30(1):e201953.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (DATASUS). [Internet]. 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
10. World Health Organization. Global Nutrition Targets 2025 Low Birth Weight Policy Brief. Geneva; 2014. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/149020/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.5\\_eng.pdf?sequence=2](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/149020/WHO_NMH_NHD_14.5_eng.pdf?sequence=2)
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual de Gestão de Alto Risco. Brasília: MS; 2022.
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil 2008 [Internet]. Disponível em: <https://abep.org/>
13. Pinto IR, Silva JA, Parra PC, Wernet M, Fonseca LMM, Ruiz MT. Gestações na adolescência e adesão à consulta puerperal. *Rev Lat Am Enfermagem* 2022;30(spe):e3703.
14. Lopes MCL, Oliveira RR, Silva MAP, Padovani C, Oliveira NLB, Higarashi IH. Tendência temporal e fatores associados à gravidez na adolescência. *Rev Esc Enferm USP* 2020;54:e03639.
15. Almeida AHV, Gama SGN, Costa MCO, Viellas EF, Martinelli KG, Leal MC. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2019;19(1):43–52.
16. Dias BF, Antoni NM, Vargas D. Perfil clínico e epidemiológico da gravidez na adolescência: um estudo ecológico. *Arq Catarin Med* 2020;49(1):10–22.
17. Pacó BR, Rabelo AFA. Perfil epidemiológico da gravidez na adolescência no nordeste brasileiro: estudo ecológico. *RSD* 2022;11(7):e51411730188.
18. Costa NL, Silva WCS, Cunha KC. Avaliação dos desfechos obstétricos entre grávidas adolescentes e adultas: um estudo transversal em um município da Amazônia brasileira. *Femina* 2020;48(12):739–46.

19. Pinheiro YT, Pereira NH, Freitas GDM. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. *Cad Saude Colet* 2019;27(4):363–7.
20. Araújo AKLD, Nery IS. Conhecimento sobre contracepção e fatores associados ao planejamento de gravidez na adolescência. *Cogitare Enferm* 2018;23(2):e55841.
21. Ribeiro WA, Andrade M, Fassarella BPA, Lima JC, Sousa MOSS, Fonseca CSG. A gravidez na adolescência e os métodos contraceptivos: a gestação e o impacto do conhecimento. *Nursing* 2019;22(253):2990–4.
22. Cabral CS, Brandão ER. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. *Cad Saude Publica* 2020;36(8):e00029420.
23. Cabral JN, Moreira APA, Oliveira FS, Lopes RS, Batista ASFC, Pires ACAC, Barros BLV. Desfechos obstétricos em parto de adolescentes: estudo transversal. *Rev Científica Esc Estadual Saúde Pública Goiás Cândido Santiago* 2023;9(9c9):1–22.
24. Borovac-Pinheiro A, Jesus EAR, Surita FG. Empowering Adolescent Mothers in the Choice of Contraceptive Methods at the Postpartum Period: Avoiding a Subsequent Pregnancy. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2019;41(10):607–12.
25. Assis TSC, Martinelli KG, Gama SGN, Santos Neto ET. Reincidência de gravidez na adolescência: fatores associados e desfechos maternos e neonatais. *Cienc Saude Coletiva* 2022;27(8):3261–71.
26. Albuquerque APS, Pitangui ACR, Rodrigues PMG, Araújo RC. Prevalence of rapid repeat pregnancy and associated factors in adolescents in Caruaru, Pernambuco. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2017;17(2):347–54.
27. Galvão RBF, Figueira CO, Borovac-Pinheiro A, Paulino DSM, Faria-Schützer DB, Surita FG. Hazards of Repeat Pregnancy during Adolescence: A Case-control Study. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2018;40(08):437–43.
28. Costenaro RGS, Gaiger MB, Diaz CMG, Araújo CP, Oliveira PP, Monteiro AT, Roos MO, Benedetti FJ. Perfil comparativo de puérperas adolescentes e adultas de risco habitual. *Braz J Develop* 2021;7(1):11240–51.
29. Santos LAV, Lara MO, Lima RCR, Rocha AF, Rocha EM, Glória JCR, Ribeiro GC. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Cienc Saude Coletiva* 2018;23(2):617–25.
30. Belfort GP, Santos MMAS, Pessoa LS, Dias JR, Heidelmann SP, Saunders C. Determinantes do baixo peso ao nascer em filhos de adolescentes: uma análise hierarquizada. *Cienc Saude Coletiva* 2018;23(8):2609–20.

31. Melo MM, Soares MBO, Silva SR. Fatores que influenciam a adesão de gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal. *Cad Saude Colet* 2022;30(2):181–8.
32. Amjad S, MacDonald I, Chambers T, Osornio-Vargas A, Chandra S, Voaklander D, Ospina MB. Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: A systematic review and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2019;33(1):88–99.
33. Silva EC, Araújo RPS, Carvalho RLL. Epidemiologia da gravidez na adolescência em Pernambuco. *Braz J Health Rev* 2021;4(4):16037–44.
34. Assis TSC, Martinelli KG, Gama SGN, Santos Neto ET. Pregnancy in adolescence in Brazil: associated factors with maternal age. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2021;21(4):1055–64.
35. Amthauera C, Cunha MLC. Fatores maternos e neonatais associados à reinternação hospitalar de recém-nascidos de mães adolescentes. *Rev Gaucha Enferm* 2023;44:e20220063.
36. Cesar JA, Marmitt LP, Mendoza-Sassi RA. Episiotomy in Southern Brazil: prevalence, trend, and associated factors. *Rev Saude Publica* 2022;56:26.
37. Viellas EF, Franco Netto TL, Gama SGN, Baldisserotto ML, Prado Neto PF, Rodrigues MR, Martinelli KG, Domingues RMSM. Assistência ao parto de adolescentes e mulheres em idade materna avançada em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Cienc Saude Coletiva* 2021;26(3):847–58.
38. Aguiar BM, Silva TPR, Pereira SL, Sousa AMM, Guerra RB, Souza KV, Matozinhos FP. Factors associated with the performance of episiotomy. *Rev Bras Enferm* 2020;73(suppl 4):e20190899.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do presente estudo, conclui-se que os objetivos estabelecidos foram plenamente alcançados, visto que envolviam a análise de características clínicas e epidemiológicas das gestantes adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde na cidade de Passo Fundo – RS, além de calcular a prevalência desse fenômeno e comparar os desfechos adversos tanto para a gestante quanto para o recém-nascido.

Com a revisão bibliográfica proposta, foi possível constatar a confirmação da maioria das hipóteses levantadas. Observou-se que as adolescentes, em sua maioria, tinham 15 anos ou mais, desempregadas, pertencentes à baixa renda, primigestas, não planejaram a gestação e não utilizavam método contraceptivo antes da concepção. No entanto, algumas diferenças foram identificadas, incluindo o predomínio de adolescentes não brancas, vivem com o cônjuge, tem ensino médio incompleto e não adotaram método contraceptivo após o parto. Ademais, destaca-se que a prevalência encontrada foi praticamente o dobro daquela hipotetizada.

Além disso, observou-se maior porcentagem de parto pré-termo e baixo peso ao nascer entre as adolescentes em comparação com adultas, corroborando as hipóteses iniciais. A análise revelou, também, uma maior taxa de parto pré-termo entre as adolescentes que iniciaram o pré-natal tardiamente, conforme previsto nas hipóteses. No entanto, tal associação não foi encontrada no caso do baixo peso ao nascer.

Conforme mencionado no relatório, um objetivo adicional foi incorporado visando otimizar a utilização dos dados obtidos. Isso se deve à constatação maiores taxas de episiotomia e parto instrumentado em gestantes adolescentes em comparação com as gestantes adultas.

Finalmente, esta pesquisa emerge como uma contribuição relevante para o meio científico, proporcionando a base para o estabelecimento de diálogos e reflexões aprofundadas sobre a temática abordada. Destaca-se, portanto, a importância da discussão apresentada, tanto no âmbito científico quando no contexto social.