

QUALIDADE DE VIDA ENTRE ADOLESCENTES GESTANTE USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Robson Gomes dos Santos¹, Augusto Cesar Barreto Neto²

¹Acadêmico de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco. Brasil.

²Professor Adjunto, Universidade Federal de Pernambuco. Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a qualidade de vida das adolescentes de 10 a 19 anos gestantes do município de Escada, na zona da mata do estado de Pernambuco. **Métodos:** Estudo transversal, quantitativo do tipo de prevalência. A coleta de dados ocorreu entre Janeiro e junho de 2016, com adolescentes gestantes com idade entre 10 e 19 cadastradas nas unidades de saúde da família durante o ano de 2016, por meio de questionário. Na análise dos dados foram empregadas técnicas de estatística descritiva. **Resultados:** O Índice Qualidade de Vida Geral foi de 26,08. O domínio socioeconômico teve o menor escore (23,66) atribuído e o domínio família o maior escore (27,73). A qualidade de vida foi sensível nas variáveis estado civil atual, morar com o pai do filho, trabalho e gravidez planejada. **Conclusões:** Levar em consideração uma boa e melhor qualidade de vida é um fato importante para reverter as possíveis dificuldades que a maternidade deposita na vida das adolescentes.

Palavras-Chave: Qualidade de vida; Gravidez; Adolescente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the quality of life of adolescents from 10 to 19 years pregnant in the municipality of Escada, in zona da mata, state of Pernambuco. **Methods:** Cross-sectional, quantitative study of prevalence type. The data collection took place between January and June 2016, with pregnant adolescents aged between 10 and 19 enrolled in the family health units during the year 2016, through a questionnaire. In the data analysis, descriptive statistics techniques were used. **Results:** The General Quality of Life Index was 26.08. The socioeconomic domain had the lowest score (23.66) and the family domain the highest score (27.73). The quality of life was sensitive in the variables current civil status, living with the father of the child, work and planned pregnancy. **Conclusions:** Taking into account a good and better quality of life is an important fact to reverse the possible difficulties that motherhood puts in the lives of adolescents.

Keywords: Quality of Life; Pregnancy; Adolescent.

QUALITY OF LIFE BETWEEN ADOLESCENTS PREGNANT USERS OF BRAZILIAN NATIONAL HEALTH SYSTEM (SUS)

RESUMEN

Objetivo: Analizar la calidad de vida de las adolescentes de 10 a 19 años gestantes del municipio de Escalada, en la zona de la mata del estado de Pernambuco. **Métodos:** Estudio transversal, cuantitativo del tipo de prevalencia. La recolección de datos ocurrió entre enero y junio de 2016, con adolescentes gestantes con edad entre 10 y 19 catastradas en las unidades de salud de la familia durante el año 2016, por medio de un cuestionario. En el análisis de los datos se emplearon técnicas de estadística descriptiva. **Resultados:** El índice de calidad de vida general fue de 26,08. El dominio socioeconómico tuvo el menor puntaje (23,66) asignado y el dominio familiar el mayor puntaje (27,73). La calidad de vida fue sensible en las variables estado civil actual, vivir con el padre del hijo, el trabajo y el embarazo planificado. **Conclusiones:** Tomar en consideración una buena y mejor calidad de vida es un hecho importante para revertir las posibles dificultades que la maternidad deposita en la vida de las adolescentes.

CALIDAD DE VIDA ENTRE ADOLESCENTES GESTANTE USUARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD BRASILEÑO (SUS)

INTRODUÇÃO

Adolescência, do latim ad (para) + olescere (crescer) que significa crescer dentro do limite” é um período de transição entre a infância e idade adulta. Para a Organização Mundial da Saúde a adolescência compreende a fase da faixa etária entre 10 a 19 anos, já o Estatuto da Criança e do Adolescente do Brasil considera a faixa etária de 12 aos 18 anos⁽¹⁾.

A gravidez na adolescência é um problema de saúde mundial que atinge principalmente os países em desenvolvimento e, vem se tornando uma grande preocupação ao campo das políticas públicas⁽²⁾. É expressivo o número de adolescentes que vivenciam a gestação cada vez mais cedo, o que requer uma atenção importante quanto ao conhecimento de seus corpos, à representação da gestação em suas vidas e às novas responsabilidades como mães. No Brasil, tivemos em 2011 cerca de 2.913.160 nascimentos; dentre estes, 533.103 são de mães com idade de 15 a 19 anos, e 27.785 de mães entre 10 a 14 anos. Em relação à região sul do país, o número foi de 64.581 gestantes na faixa etária de 10 a 19 anos, enquanto no nordeste, na mesma faixa etária, o número é ainda maior, foram 188.426. A grande incidência de gravidezes entre adolescentes tem sido atribuída às falhas nas políticas públicas de saúde com o intuito de prevenir a gravidez não planejada e promover a educação sexual e reprodutiva para jovens⁽³⁾.

Aspectos essenciais na vida das jovens, como o lazer, trabalho e escolaridade tornam-se limitados durante à gravidez precoce, refletindo na ausência da construção de um projeto de vida, o que pode evidenciar o desequilíbrio de juízo crítico e manutenção do ciclo de pobreza com consequências negativas na qualidade de vida dessas adolescentes⁽⁴⁾.

A qualidade de vida (QV) é compreendida como um conceito multidimensional que inclui dimensões: física, que abrange a percepção do sujeito frente a sua condição física; psicológica, que compreende a percepção sobre sua condição emocional e cognitiva; social, que representa a percepção do sujeito sobre os papéis sociais adotados na vida e os

relacionamentos sócias. Além disso, engloba de forma complexa o nível de independência, crenças pessoais e satisfação ou felicidade de um indivíduo^(5,6). A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a QV como a percepção que o indivíduo tem em relação à sua posição na vida, ao contexto cultural em que vivem, aos valores éticos e, sobretudo em relação aos seus objetivos, padrões e preocupações⁽⁷⁾.

Mesmo diante de achados científicos que revelem uma qualidade de vida considerada boa entre adolescentes gestantes, poucos estudos avaliam os fatores envolvidos nesta relação. A avaliação da QV em adolescentes gestantes tem uma importância crescente, já que esta é uma população mais vulnerável, pois, muitas vezes, as adolescentes são ainda imaturas para enfrentar as exigências da gravidez.

Diante da problemática o presente estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida das adolescentes de 10 a 19 anos gestantes do município de Escada, na zona da mata do estado de Pernambuco durante o período de janeiro a maio 2017, de forma que contribua para construção de políticas públicas voltadas para assistência integral das adolescentes gestantes.

MÉTODOS

Desenho do estudo e casuística

Trata-se de um estudo de corte transversal, quantitativo do tipo de prevalência, envolvendo adolescentes de 10 a 19 anos gestantes cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Escada, na Zona da Mata do estado de Pernambuco, no período de janeiro a maio de 2017.

O município de Escada está localizado na mesorregião mata pernambucana e na microrregião mata meridional pernambucana e região de desenvolvimento mata sul. De acordo com o censo de 2010 do IBGE, a população total é 63.517 habitantes, que resulta em densidade demográfica de 183,07 hab./km² Tem como principal atividade econômica

serviços, indústria e agropecuária. O município conta 18 unidades de saúde da família da zona urbana e da zona rural e, dois hospitais (público e privado).

A população desse estudo será composta por todas adolescentes com idade entre 10 e 19 anos, do sexo feminino, cadastradas nas unidades de saúde da família localizadas na zona urbana e na zona rural, no Centro da mulher, ambos da rede pública do município de Escada (PE).

A amostra foi constituída por todas as adolescentes grávidas selecionadas voluntariamente, que houve representada em 88 adolescentes, para isto, teve-se os seguintes critérios definidos:

1) De inclusão: a) Estar cadastrada e frequentando as consultas pré-natais durante a realização da coleta de dados.

2) De exclusão: (a) Apresentar disfunção a nível da saúde mental ou outra condição que interfira nas medidas antropométricas (identificado através de relato do Enfermeiro e/ou médico).

Foram realizadas três visitas nas unidades de saúde da família e três visitas residenciais, onde, 15 adolescentes recusaram-se a participar do estudo e 23 não foram encontradas após as visitas, totalizando uma amostra final de 50 adolescentes gestantes.

Avaliação socioeconômica e demográfica

Dados demográficos e socioeconômicos relacionados ao estilo de vida das participantes foram obtidos mediante uso de um questionário recomendado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽⁸⁾. Para análise da classe social a população foi classificada de A a E de acordo com o critério da Associação Brasileira de Empresa e Pesquisa (ABEP)⁽⁹⁾. O estado de moradia foi classificado em “morar com ou sem companheiro”. O estado civil foi avaliado em dois momentos o “antes e depois de engravidar”. Considerou-se também, o vínculo trabalhista do parceiro.

Avaliação Antropométrica, Clínica e Comportamental

As aferições do peso corporal e da estatura foram realizadas com as participantes descalças, sem objetos nas mãos, bolsos ou adornos na cabeça, utilizando uma balança da marca Plena®, com capacidade de até 100 kg, calibrada pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial de Pernambuco. A estatura foi aferida utilizando-se um estadiômetro da marca Sanny®, ao se colocar as adolescentes na posição ereta, com membros superiores livremente soltos ao longo do corpo com as palmas das mãos voltadas para as coxas, calcanhares juntos, pernas estiradas, dorso voltado para o aparelho e a cabeça posicionada no plano horizontal. O IMC foi calculado [peso(kg)/estatura(m)²].

Para avaliar as características de anticoncepção e reprodutiva utilizou os dados sobre a menarca, sexarca e o número de parceiros. Para as características clínicas obstétricas, avaliou-se: a idade gestacional (IG), considerada em dois períodos: até 20 semanas e mais de 20 semanas; o trimestre ao qual se encontrava no momento da coleta de dados; o início do pré-natal; o número de orientações recebidas durante as consultas do pré-natal; a ocorrência de problemas de saúde durante a gestação e a existência de apoio emocional durante a gravidez. Esses dados foram baseados na Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM), e no estudo realizado por Batista⁽¹⁰⁾.

Avaliação da Qualidade de vida

Para a pesquisa da QV, foi utilizado questionário traduzido para o português por Kimura e validado por Vido⁽¹¹⁾, uma adaptação da proposta de Ferrans & Powers. Para conceito da QV e construção do instrumento, os autores consideraram seis aspectos principais: capacidade de viver uma vida normal e socialmente útil (utilidade social), capacidade natural (física e mental), alcance de objetivos pessoais, felicidade/afeto e satisfação com a vida. Portanto, o inquérito é constituído em duas partes com 34 itens cada, cuja primeira parte mensura a satisfação nos diversos aspectos da vida, e a segunda, a

importância desses aspectos. Este índice avalia a QV através de cinco escores que são distribuídos em domínios: qualidade de vida, saúde/funcionamento (13 itens), socioeconômico (3 itens), psicológico (8 itens) e família (5 itens). A média encontrada destes escores foi calculada através de um programa no Microsoft Office Excel próprio para este índice.

Análise estatística

A organização do banco de dados foi feita por meio de uma planilha no programa Microsoft Office Excel e os dados foram analisados com o auxílio do programa estatístico SPSS 20.0 [SPSS Inc, Chicago, IL, USA]. Todas as variáveis contínuas foram testadas quanto a sua normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk e para construção utilizou-se o teste T de Student. Para análise de correlação foi utilizado o teste de Pearson. Para efeito de interpretação o limite do erro tipo I foi até 5% ($p < 0,05$).

Aspectos éticos

O estudo foi conduzido conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos do Hospital Otávio de Freitas, sob o protocolo n. 389.514, (CAAE 20616513.1.0000.5200). As participantes e/ou seus pais ou responsáveis legais receberam informações acerca da pesquisa, dos seus objetivos e dos procedimentos a serem realizados e assinaram o TCLE.

RESULTADOS

A amostra da pesquisa foi composta por 50 adolescentes gestantes, predominando-se a faixa etária de 15 a 19 anos (90%), média e desvio padrão de $17,16 \pm 1,646$. Identificou-se que 70% das adolescentes tiveram uma gravidez não planejada e apenas 8% não tiveram apoio familiar. Os dados referentes à caracterização das variáveis sociodemográficas e econômicas das adolescentes podem ser vistos na Tabela 1.

Para as jovens, a média do escore geral do índice de qualidade de vida, considerando todos os domínios avaliados foi de 26,08 pontos, com variação de 10,67 pontos entre o menor e o maior valor atribuído. A avaliação por domínios da qualidade de vida indica que provavelmente os aspectos mais afetados são os socioeconômicos, enquanto as questões relacionadas com a família apresentaram maior média de escore (tabela 2).

Dentre as variáveis socioeconômicas investigadas, a comparação do escore do domínio família com o estado civil atual e morar com o pai do filho foram estatisticamente significativas. A qualidade de vida esteve relacionada com o trabalho, demonstrada através de influências na diminuição sobre os domínios saúde e funcionamento, psicológico (Tabela 3).

A comparação do escore do domínio psicológico com a questão do planejamento na gravidez foi estatisticamente significativa (tabela 4).

DISCUSSÃO

A ocorrência da maternidade na adolescência apontou como faixa etária predominante a de 15 a 19 anos (90%), com média e desvio padrão de $17,16 \pm 1,646$. Fato que confere com outros estudos realizados no Brasil, que apresentam maior ocorrência na segunda metade da adolescência, 15 a 19 anos. Estudo realizado com puérperas adolescentes no Estado do Ceará encontrou predomínio da gestação na faixa etária de 15 a 19 anos (91%), com a idade mais frequente encontrada de 17 anos. A explicação para estudos encontrarem prevalência da gestação nessas faixas etárias é devido à natureza das pesquisas, de avaliação num espaço de tempo curto⁽¹²⁾.

Comumente a gestação na adolescência não é uma ação planejada, como observado 70% das mães estudadas não haviam planejado a gravidez. Justifica-se, possivelmente, pelo início da vida sexual precoce, sem planejamento familiar, insegurança do adolescente em

utilizar métodos contraceptivos e falta de acesso a serviços específicos para atender essa faixa etária. Esse achado se encontra em consonância com o estudo “Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamento rurais no Rio Grande do Sul”⁽¹³⁾, no qual as adolescentes em sua maioria não haviam planejado a gestação. A gravidez não planejada pode favorecer um obstáculo e um possível desvio dos projetos de vida, enquanto, por outro lado, nos casos em que as adolescentes encontram-se casadas, o filho constitui um projeto de vida, partindo da ideia que ao serem mãe e responsável pela casa estão cumprindo com um papel social.

Quanto ao índice de qualidade de vida geral, observou-se na atual pesquisa que obteve a média de 26,08 pontos, com variação de 10,67 pontos entre o menor e o maior valor atribuído. O impacto na qualidade de vida das mães adolescentes durante a maternidade, apresentaram uma média consideravelmente boa do Índice de qualidade de vida (IQV), uma vez que o escore máximo a ser obtido é 30. O fenômeno gestação e a maternidade podem ser percebidas por dois padrões de experiência: um positivo, decorrente do sentimento de satisfação e afeto do filho; e outro negativo, relacionado aos sentimentos de estresse e depressão ligados a essa vivência. Desse modo, possivelmente, a criação de laços afetivos da mãe com seu filho pode ser contribuinte para a percepção positiva da maternidade⁽¹⁴⁾.

Observando os escores médios apresentados por domínio percebe-se que o domínio com menor escore médio foi o socioeconômico (23,66) e o com a maior média de escore foi o domínio família (27,73). Comparando os resultados obtidos no presente estudo com os de outros estudos os quais utilizaram o IQV para a avaliação da qualidade de vida de mulheres em situação de gestação, puerpério mediato e na maternidade, percebeu-se uma semelhança dos resultados. No estudo em questão obtiveram o domínio socioeconômico com o menor escore atribuído (17,34) e o domínio família com o maior escore (25,31), tendo o IQV geral uma média de 21,48⁽¹⁵⁾.

A investigação da qualidade de vida dessas adolescentes mostrou que o domínio socioeconômico é o com maior prejuízo, por ter apresentado menores escores do IQV. Inferese que o dado encontrado pode possuir influência das medias baixas na ponderação entre o nível de satisfação e importância das adolescentes em alguns aspectos como, amigos, vizinhança, próprio lar, condição socioeconômica. Além da influência de dados sociodemográficos apresentados, uma vez que apontam um prejuízo na formação escolar, na ocupação e renda familiar.

As adolescentes participantes do estudo realizado no Rio Grande do Sul, cogitaram como projeto de vida mais prejudicado pela maternidade, a continuidade dos estudos. Sendo a impossibilidade de manter a frequência no ambiente escolar, definido pelos autores, como internalidade feminina, pois a maternidade adolescente retira as jovens do espaço público, confinando-as ao ambiente domiciliar. A gestação é considerada como um fator que contribui inversamente para o nível educacional das adolescentes mães, sendo uma população caracterizada por nível menor de escolaridade⁽¹³⁾.

O domínio família foi o que apresentou maior escore do IQV entre as adolescentes, com destaque para a satisfação e importância dos filhos. A instituição familiar apresenta um papel importante na vida da adolescente em situação de gestação ou maternidade, pois representa uma grande fonte de apoio em fase acompanhada de grandes expectativas (angústia, medo, preocupação). A demonstração de satisfação e felicidade em relação à gestação da adolescente pode ser considerada como um apoio imediato da família e companheiro. Portanto, é importante considerar que a felicidade e o orgulho podem ser uma experiência da família, geralmente, ocorrendo mobilização dos membros da família em torno da adolescente, estruturando uma verdadeira rede de ajuda à mãe e ao bebê⁽¹⁴⁾.

Na tabela 2 observa-se que as adolescentes que possuem um companheiro ou moram com eles, apresentaram melhores condições de qualidade de vida no domínio família. A

inexistência de parceiro fixo é um fator de risco para a gestação, mesmo a gravidez sendo desejada. Evidências demonstram que a gestação evolui melhor quando o companheiro compartilha da gravidez. Essa constatação corroborou com resultado do estudo que verificou a qualidade de vida de 110 gestantes de alto risco. Quando se descobre que a gestante é “mãe solteira”, sentimentos de mágoa, rancor e arrependimento são exaltados por elas, afetando sua qualidade de vida em consequência do abalo emocional, do desejo que a maioria das mulheres tem de compartilhar a gravidez com um companheiro e/ou marido⁽¹⁶⁾.

A atividade remunerada (possuir um trabalho) esteve diretamente relacionada com a qualidade de vida das adolescentes, evidenciado por influenciar na diminuição dos domínios saúde/funcionamento e psicológico daquelas que desenvolviam atividade remunerada (tabela 1). O escore baixo da qualidade de vida nos domínios supracitados, pode ser relacionado a insatisfação com as condições de trabalho, remuneração e desgastas físicos vivenciados pelas adolescentes durante suas atividades de trabalho, interferindo diretamente na qualidade de vida. A qualidade de vida no trabalho (QVT) esta ligada a múltiplos fatores inter-relacionados, podendo está associada a satisfação no trabalho, ao envolvimento no trabalho, a motivação, a produtividade, a saúde, segurança e bem-estar no trabalho, ao equilíbrio entre responsabilidades da vida social e profissional⁽¹⁷⁾.

As adolescentes que não planejaram a gravidez obtiveram uma média maior de qualidade de vida no domínio psicológico em relação as que planejaram. Os dados do atual estudo não corroboram com os dados encontrados no estudo com 46 gestantes cardiopatas, onde a qualidade de vida destas pacientes foi considerada boa, mas quando a gravidez não foi planejada contribuiu para piora. Porém, deve levar em consideração que, mesmo estando devidamente orientada, a mulher, muitas vezes inconscientemente, deseja engravidar. Esta atitude provavelmente pode estar atrelada à necessidade íntima de se ater ao papel feminino de procriar que, para essas mulheres, parece integrar-se ao seu modelo de mulher. A gravidez

cria para elas a possibilidade de superação dos obstáculos, por isso não é planejada, mas desejada⁽¹⁸⁾.

Algumas limitações precisam ser relatadas em relação ao presente estudo, como a amostra específica de uma região do Brasil, não se podendo deduzir que as conclusões encontradas sejam aplicáveis em outras regiões brasileiras. Além disso, todas as respostas foram baseadas no autorrelato dos adolescentes por meio de questionários, o que pode ocasionar um viés de memória, uma fragilidade inerente aos estudos transversais. Também se deve considerar a dificuldade da busca ativa domiciliar, que gerou perdas na população do estudo.

Por fim, ficam como sugestões a realização de estudos transversais e longitudinais futuros, os quais comparem as diferentes realidades brasileiras, e as influências das diversidades na qualidade de vida de adolescentes gestantes.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu um conhecimento e análise dos pontos relevantes para a QV das adolescentes participantes que vivenciaram a maternidade no município de Escada-PE e apontam para a importância de se considerar as diferentes variáveis para compreender de forma integral e holística os aspectos que interferem negativamente ou positivamente na vida dessas adolescentes.

Levar em consideração uma boa e melhor QV é um fato importante para reverter as possíveis dificuldades que a maternidade deposita na vivência das adolescentes. Atitudes devem ser tomadas para atingir a promoção das diversas dimensões da vida das mulheres, inclusive pelos profissionais de saúde, a fim de alcançar uma educação de saúde efetiva, para que as informações necessárias sejam disponíveis às adolescentes que iniciem sua vida

sexual; uma promoção de saúde, prevenção de riscos e fornecimento de apoio social no período de transição para a vida maternal.

REFERÊNCIAS

1. Jorge MG. Recorrência de gravidez em adolescentes de 18-19 anos, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Niterói (RJ): Programa de pós-graduação do Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense; 2012.
2. Bouzas ICS, Leão SACL. Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas, obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência. *Adoles. Saúde*. 2014;11(3):7-21.
3. Rede Nacional da Primeira Infância. Cartinha Primeira Infância e Gravidez na Adolescência. 2015 [citado 2017 maio 06]. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha-Gravidez-Adol-FINALHD.pdf>.
4. Gonçalves RC, Campos PL, Machado OS, Reis VM, Samad VGA, Machado DAD, et al. Avaliação do perfil biopsicossocial de mães adolescentes, da área de abrangência do Centro de Saúde de Cachoeirinha, após o parto. *Rev. méd. Minas Gerais*. 2012;22(3):296-300.
5. Santos M. Qualidade de vida em gestantes adolescentes: correlatos sociodemográficos, obstétricos e psiquiátricos [dissertação]. Pelotas (RS): Programa de pós-graduação em saúde e comportamento, Universidade Católica de Pelotas; 2014.
6. Bonsergent E, Benie-Bi J, Boumann C, Agrinier N, Tessier S, Thilly N, et al. Effect of gundr on the association between weight status and health-related quality of life in adolescents. 2012;12:997.
7. Glosario, OMS. Promoción de la Salud. Ginebra: OMS. 1998

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Informação Demográfica e Socioeconômica. Brasília (DF): IBGE; c2010- [citado 2017 mai 08]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>.
9. Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa [Internet]. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo (SP): ABEP; c2014- [citado 2017 mai 08]. Disponível em: <http://http://www.abep.org/>.
10. Batista RFL. Condições de vida e saúde de gestantes adolescentes residentes no município de Campinas [dissertação]. Campinas (SP): Programa de pós-graduação em saúde coletiva, Universidade Estadual de Campinas; 2001.
11. Vido MB. Qualidade de vida na gravidez [dissertação]. Guarulhos (SP): Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade de Guarulhos; 2006.
12. Silva AAA, Coutinho IC, Souza ASR. Fatores associados à recorrência de gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. Cad Saúde Publica. 2013;29(3)496-506.
13. Lopes MJM, Soares JSF. Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamento rurais no Rio Grande do Sul. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):802-10.
14. Patias ND, Gabriel MR, Weber BT, Dias AC. Considerações sobre a gestação e a maternidade na adolescência. Mudanças. 2011;9(1-2);31-38.
15. Ferreira FM, Haas VJ, Pedrosa LAK. Qualidade de vida de adolescentes após a maternidade. Acta. paul. enferm. 2013;26(3):245-9.
16. Rezende CL, Souza JC. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. Psicólogo informação. 2012;16(16):45-69.
17. Nanjundeswaraswamy TS, Swamy DR. A literature review on quality of work life and leadership styles. Int J Eng Res Appl. 2012;2(3):1053-1059.

18. Meneguim S, Xavier CL. Qualidade de vida em gestantes com cardiopatia. Texto & Contexto enferm. 2013;22(3):811-8.

Tabela 1. Dados socioeconômicos e demográficos das adolescentes gestantes. Escada – PE, junho de 2017.

Variáveis	N	%
Idade		
10-14 anos	5	10,0
15-19 anos	45	90,0
Zona*		
Rural	9	19,1
Urbana	38	80,9
Cor*		
Branco	17	35,4
Preto/Pardo	31	64,6
Religião*		
Protestante	21	42,9
Católico/Espírita/Sem	28	57,1
Classe Econômica		
B/C	30	60,0
D/E	20	40,0
Gravidez Planejada		
Sim	15	30,0
Não	35	70,0
Estado civil antes da Gestação		
Solteira	22	44,0
Com companheiro	28	56,0
Estado civil atual*		
Solteira	12	24,0
Com companheiro	35	94,0
Mora com pai do filho*		
Sim	36	73,5
Não	13	26,5
Trabalha		
Sim	6	12,0
Não	44	88,0
Total	50	100,0

*Os cálculos da porcentagem para Zona, Cor, Religião, Estado civil atual e Mora com o pai do filho, foram feitos considerando um total de 47, 48, 49, 47, 49, respectivamente, em virtude das ausências de respostas.

Tabela 2. Escores do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (1985) de mães adolescentes. Escada – PE, junho de 2017.

Domínios da Qualidade de Vida					
	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
IQV Geral	50	26,08	2,867	19,33	30,00
IQV Saúde e Funcionamento	50	25,95	4,314	10,81	30,00
IQV Socioeconômico	50	23,66	4,940	8,19	30,00
IQV Psicológico	50	27,61	3,744	12,29	30,00
IQV Família	50	27,73	2,530	20,90	30,00

Tabela 3. Distribuição das gestantes adolescentes segundo os domínios de Qualidade de Vida e condições socioeconômica e demográfica. Escada – PE, junho de 2017.

	IQV m±DP	p-valor [†]	Domínios da Qualidade de Vida				Psicológico m±DP	p-valor [†]	Família	
			Saúde e funcionamento m±DP	p-valor [†]	Socioeconômico m±DP	p-valor [†]			m±DP	p-valor [†]
Idade		0,544		0,171		0,400		0,602		0,327
10-14 anos	25,36±4,007		23,18±4,622		21,46±2,988		26,79±2,055		26,70±2,972	
15-16 anos	26,19±2,789		26,04±4,357		23,45±5,116		27,72±3,888		27,89±2,502	
Zona		0,510		0,113		0,977		0,482		0,555
Rural	25,49±3,037		23,46±5,074		23,03±4,592		26,97±2,649		27,32±2,831	
Urbana	26,20±2,851		26,11±4,259		23,08±5,217		27,91±3,740		27,89±2,541	
Cor		0,722		0,955		0,718		0,921		0,727
Branco	25,88±2,449		25,60±5,212		23,57±4,733		27,64±4,526		27,88±2,769	
Preto/Pardo	26,20±3,169		25,68±4,100		23,01±5,221		27,52±3,425		27,60±2,499	
Religião		0,862		0,899		0,918		0,690		0,708
Protestante	26,11±3,031		25,66±4,273		23,20±4,779		27,38±3,961		27,68±2,787	
Católico/Espírita/Sem	25,97±2,791		25,83±4,683		23,35±5,254		27,82±3,701		27,95±2,356	
Classe Econômica		0,541		0,190		0,809		0,955		0,249
B/C	26,32±2,928		25,08±4,150		23,11±5,122		27,60±3,637		27,43±2,730	
D/E	25,80±2,883		26,77±4,726		23,46±4,827		27,67±3,989		28,28±2,204	
Estado civil antes da Gestação		0,950		0,929		0,418		0,987		0,274
Solteira	26,08±3,136		25,69±3,489		22,60±3,374		27,62±2,212		27,32±2,448	
Com companheiro	26,13±2,743		25,81±5,099		23,76±5,930		27,64±4,648		28,12±2,606	
Estado civil atual		0,348		0,686		0,255		0,694		0,014
Solteira	25,51±3,365		25,44±3,514		21,76±3,863		27,28±3,067		26,44±2,623	
Com companheiro	26,39±2,527		26,05±4,815		23,69±5,325		27,79±4,062		28,47±2,274	
Mora com pai do filho		0,336		0,784		0,868		0,881		0,005
Sim	26,33±2,458		25,81±4,838		23,26±5,273		27,73±4,054		28,36±2,353	
Não	25,41±3,969		25,41±3,307		22,98±4,275		27,55±2,935		26,07±2,463	
Trabalha		0,563		0,006		0,163		0,003		0,932
Sim	26,76±3,038		21,25±6,432		20,59±6,236		23,45±7,658		27,68±3,606	
Não	26,02±2,896		26,37±3,773		23,62±4,731		28,20±2,522		27,78±2,421	

Valores descritos em Média±Desvio Padrão. [†]Uso do teste T de Student.

Tabela 4. Distribuição das gestantes adolescentes segundo os domínios de Qualidade de Vida e condições Clínicas e Estilo de Vida. Escada – PE, junho de 2017.

	IQV*		Domínios da Qualidade de Vida							
	m±DP	p-valor [†]	Saúde e funcionamento		Socioeconômico		Psicológico		Família	
	m±DP	p-valor [†]	m±DP	p-valor [†]	m±DP	p-valor [†]	m±DP	p-valor [†]	m±DP	p-valor [†]
Idade gestacional		0,338		0,137		0,394		0,761		0,693
≤ 20s	25,69±2,464		26,83±3,377		23,87±3,769		27,78±3,269		27,55±2,733	
> 20s	26,50±3,146		24,91±4,955		22,63±5,617		27,44±4,123		27,84±2,457	
Trimestre		0,686 [‡]		0,836 [‡]		0,884 [‡]		0,366 [‡]		0,070 [‡]
1º	26,34±1,702		24,90±4,427		23,74±2,896		26,41±4,228		25,97±2,968	
2º	26,38±2,587		25,85±5,033		22,90±5,965		27,37±4,503		28,33±2,437	
3º	25,61±3,727		26,02±3,583		23,53±4,229		28,58±1,685		27,79±2,221	
Gravidez Planejada		0,500		0,942		0,109		0,027		0,376
Sim	26,54±1,899		25,69±5,715		24,97±4,858		25,86±5,708		28,26±2,528	
Não	25,93±3,233		25,79±3,837		22,52±4,885		28,39±2,188		27,56±2,558	
Apoio na Gravidez		0,977		0,974		0,484		0,188		,378
Com apoio	26,11±2,927		25,75±4,471		23,11±5,143		27,84±3,521		27,86±2,548	
Sem apoio	26,15±2,839		25,83±4,403		24,94±0,857		25,25±5,873		26,68±2,567	
Primeiro Filho		0,336		0,234		0,347		0,324		0,944
Sim	26,78±2,843		26,20±3,809		23,65±4,748		27,94±3,197		27,78±2,544	
Não	26,78±3,040		24,49±5,826		22,13±5,561		26,74±5,035		27,72±2,647	
Excesso de Peso		0,394		0,936		0,608		0,074		0,890
Com Excesso	26,71±2,594		25,77±4,353		23,69±3,758		29,03±2,470		27,80±2,804	
Sem Excesso	25,94±3,014		25,66±4,548		22,89±5,413		26,94±4,081		27,69±2,473	
Álcool		0,492		0,584		0,104		0,272		0,961
Usa	26,33±2,540		25,70±4,602		22,96±5,036		27,45±3,893		27,79±2,576	
Não usa	25,33±5,007		26,99±2,129		27,21±2,312		29,64±0,715		27,86±2,804	
Complicações na Gravidez		0,868		0,458		0,845		0,682		0,921
Sim	26,16±2,356		24,86±4,379		22,97±3,370		28,00±2,852		27,66±2,746	
Não	26,00±3,054		25,97±4,493		23,30±5,468		27,48±4,059		27,74±2,522	

Valores descritos em Média±Desvio Padrão. *Índice de Qualidade de Vida. [†]Uso do teste T de Student. [‡]ANOVA. ^aHouve uma gestante que não recebeu orientação.

