

FERNANDO CESAR DE OLIVEIRA JR

**PERFIL DA ADOLESCENTE GRÁVIDA QUANTO AOS  
ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, PSICOLÓGICOS E DE  
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Dênis José Nascimento  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Almir Antonio Urbanetz

CURITIBA  
2003

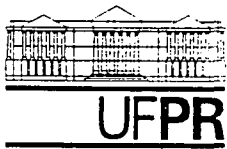
OLIVEIRA JR, Fernando Cesar.

**Perfil da Adolescente Grávida quanto aos aspectos Sócio-Demográficos, Psicológicos e de Saúde Sexual e Reprodutiva./ Fernando Cesar de Oliveira Jr. - Curitiba, 2003.**

xiv, 78p.

**Dissertação - (Mestrado). Departamento de Tocoginecologia, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná. Orientador: Dênis José do Nascimento. Curitiba : Editora da UFPR, 2003.**

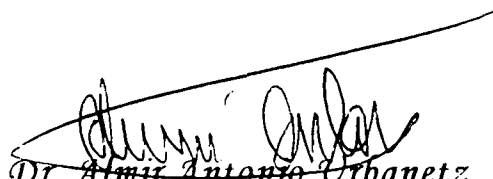
1. Adolescência . 2 Gravidez na Adolescência. 3. Riscos Sociais, Psicológicos e de Saúde Sexual e Reprodutiva. I. Título



## DECLARAÇÃO

**Pela presente, declaro que o aluno da Pós-Graduação em Tocoginecologia, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Fernando César de Oliveira Junior, cumpriu os créditos necessários para o Mestrado e, do mesmo modo, apresentou e defendeu a sua Dissertação, no dia 04 de julho de 2003, intitulada : “Perfil da adolescente grávida quanto aos aspectos sócio-demográficos, psicológicos e de saúde sexual e reprodutiva”, em tempo hábil, tendo sido aprovada pela Banca Examinadora, composta pelos Professores Doutores: Denis José Nascimento (UFPR) , Rosires Pereira de Andrade (UFPR), Claudete Reggiani Mello (UFPR) e Antonio Fernandes Moron (UNIFESP).**

**Curitiba, 04 de julho de 2003.**



*Prof. Dr. Almir Antonio Urbanetz*

**Coordenador do Programa de Pós-Graduação em  
Tocoginecologia**

*A vida é tão bela que chega a dar medo*

*Não o medo que paralisa e gela,  
Estátua súbita.  
Mas*

*Esse medo fascinante e fremente de curiosidade que faz  
O jovem felino seguir para a frente farejando o vento  
Ao sair, a primeira vez, da gruta.*

*Medo que ofusca: luz!*

*Cumplicemente,  
As folhas contam-te um segredo  
Velho como o mundo:*

*Adolescente, olha! A vida é nova...  
A vida é nova e anda nua  
- vestida apenas com o teu desejo!*

**Mário Quintana**

*Antigamente o namoro, era pra casar,  
Mas agora inventaram essa de ficar,  
Ninguém está interessado em se comprometer  
É melhor se ligar no que vou dizer  
O meu toque é pra você, menina mulher  
Que tá de olho em alguém, com pinta de legal  
Se algo a mais acontecer, se liga na minha dica  
Use sempre a camisinha, ou vai se dar mal  
Tome cuidado garotinha, isso não é bobeira  
Gravidez na adolescência, não é brincadeira.*

**(Angélica da Costa Tomé - 7.ª série - Colégio Estadual Cecília Meireles)**

*Para minha esposa Fátima, companheira amada. Pelos momentos não vividos, pelo amor, pelo apoio e por sempre acreditar em mim.*

*Para meus filhos Thiago, Fernanda e Renata, que são a motivação de nossa vida. Pelos momentos em que não pudemos estar juntos, por todo o apoio e todo o amor.*

*Para meu pai, Fernando, que sempre foi um lutador e exemplo para minha vida.*

*Para minha mãe, Lavinia, que já não pode estar aqui, mas estará sempre presente em meu coração.*

***“...AMIGO É COISA PRÁ SE GUARDAR  
DO LADO ESQUERDO DO PEITO...”<sup>1</sup>***

*Foi um longo percurso para chegar até aqui, pois como diz Gail Sheehy<sup>2</sup>, tive algumas “passagens” em minha vida nesse período, momentos que passaram e estão passando e a gente nem sabe bem como encontrou forças para continuar e continuar não só vendo a vida passar, mas vivendo.*

*Mas, como afirma uma grande amiga, sempre se deve tirar alguma vantagem das crises, ter algum ganho positivo e posso dizer que cresci, pois descobri que podia contar primeiro com Deus e sempre com minha família e com meus queridos amigos. Como todos foram importantes durante todo o tempo! Nunca vou esquecer todo o carinho, o apoio, a amizade, a solidariedade, a ajuda, as orações, enfim tudo o que vocês fizeram.*

*Não vou poder nominar a todos, pois estas páginas seriam pequenas para tantos.*

*Vocês sempre vão estar “do lado esquerdo” do meu peito.*

*Só posso dizer: Muito Obrigado.*

---

<sup>1</sup> NASCIMENTO, Milton. Canção da América, 1989.

<sup>2</sup> SHEEHY, G. Passagens – Crises previsíveis da vida adulta. São Paulo, Círculo do Livro, 569 p.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Dênis José Nascimento, meu orientador, por toda a amizade, o apoio, pela oportunidade de participar do seu convívio e de trabalharmos juntos nessa pesquisa.

Ao Prof. Dr. Almir Antonio Urbanetz, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia, pela orientação e apoio nos momentos difíceis.

À Prof. Dra. Claudete Reggiani de Mello, Chefe do Departamento de Tocoginecologia da UFPR, por toda a amizade e incentivo.

Ao Prof. Dr. Rosires Pereira de Andrade, Fundador do Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia, pela orientação e por nunca ter me deixado desistir.

Ao Prof. Dr. Antonio Fernandes Moron, Professor Adjunto do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP, pela disponibilidade de participação na Banca Examinadora.

Ao Prof. Dr. Paulo Afonso Bracarense Costa, Professor Adjunto do Departamento de Estatística da UFPR, por todo trabalho estatístico, além da enorme paciência e amizade.

Ao Prof. Dr. Aníbal Faúndes, Professor Titular da UNICAMP, pela orientação e clareza como professor.

Ao Prof. Dr. Edson Gomes Tristão, Professor Adjunto do Departamento de Tocoginecologia da UFPR, pela orientação e amizade.

Ao Prof. Dr. Newton S. Carvalho, Professor Adjunto do Departamento de Tocoginecologia da UFPR, pela orientação, amizade e estímulo.

Aos agora Drs. Alexandra Berton Pires, Gustavo F. Kleibining e Rúbia Thomaz de Aquino Antunes, pela dedicação na coleta de dados.

À Dra. Lenira Gaede Senesi, Mestre em Tocoginecologia, pela amizade, apoio e ajuda na coleta e dados.

À Prof. Ana Carolina Silva Freire, pela imensa dedicação, eficiência, clareza, e pela "terapia" durante a normatização do presente trabalho.

Ao Prof. Sebastião Nascimento Filho, pela eficiência na correção deste trabalho.

Às gestantes, adolescentes e adultas, que participaram voluntariamente deste estudo, que a vida reserve um futuro promissor para todas.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	ix
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....	xi
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS</b> .....	xii
<b>RESUMO</b> .....	xiii
<b>ABSTRACT</b> .....	xiv
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	01
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	08
2.1 OBJETIVO GERAL.....	08
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	08
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	09
<b>4 SUJEITOS E MÉTODOS</b> .....	29
4.1 DESENHO.....	29
4.2 SELEÇÃO DE SUJEITOS.....	29
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	29
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	29
4.5 VARIÁVEIS E CONCEITOS.....	30
4.5.1 Variáveis independentes.....	30
4.5.2 Variáveis dependentes.....	30
4.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	32
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
<b>5 RESULTADOS</b> .....	34
5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	34
5.2 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS.....	38
5.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	39
5.4 ASPECTOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	41
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	46
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	56
7.1 GERAL.....	56
7.2 ESPECÍFICAS.....	56

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	58
<b>ANEXOS</b> .....	66
<b>APÊNDICE</b> .....	71

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	DISTRIBUIÇÃO QUANTO À IDADE DAS ADOLESCENTES.....	34
TABELA 2 -	DISTRIBUIÇÃO QUANTO À IDADE DAS NÃO ADOLESCENTES.....	34
TABELA 3 -	DISTRIBUIÇÃO QUANTO À IDADE DO COMPANHEIRO.....	35
TABELA 4 -	DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO NÚMERO DE PARCEIROS.....	36
TABELA 5 -	DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO ESTADO CIVIL E CASAMENTO APÓS A GESTAÇÃO.....	36
TABELA 6 -	DISTRIBUIÇÃO QUANTO À ESCOLARIDADE DAS GESTANTES.....	37
TABELA 7 -	DISTRIBUIÇÃO QUANTO À SITUAÇÃO ESCOLAR DAS GESTANTES.....	38
TABELA 8 -	DISTRIBUIÇÃO QUANTO À SITUAÇÃO LABORAL DAS GESTANTES.....	38
TABELA 9 -	DISTRIBUIÇÃO QUANTO À SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA.....	39
TABELA 10 -	DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO RELACIONAMENTO COM OS PAIS.....	40
TABELA 11 -	DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO ANTECEDENTE DE MÃE ADOLESCENTE.....	40
TABELA 12 -	DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO DESEJO DE GRAVIDEZ.....	41
TABELA 13 -	DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES.....	41
TABELA 14	DISTRIBUIÇÃO QUANTO À IDADE DE INICIAÇÃO SEXUAL.....	42
TABELA 15	DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO CONHECIMENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS.....	44
TABELA 16	DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS.....	45

TABELA 17	DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO PRÉ-NATAL E NÚMERO DE CONSULTAS.....	45
-----------	---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DIFERENÇA DE IDADE ENTRE A GESTANTE E O COMPANHEIRO.....	35
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO À IDADE MÉDIA DA MENARCA NOS GRUPOS DE GESTANTES.....	42
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO À IDADE MÉDIA EM QUE AS GESTANTES TIVERAM O PRIMEIRO FILHO.....	43
GRÁFICO 4 COMPARAÇÃO ENTRE A MÉDIA DE IDADES DA MENARCA, SEXARCA E NASCIMENTO DO PRIMEIRO FILHO NOS GRUPOS DE GESTANTES.....	43

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

<b>AIDS</b>	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>BEMFAM</b>	- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil
<b>DST</b>	- Doença Sexualmente Transmissível
<b>FHI</b>	- Family Health International
<b>IBGE</b>	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MMWR</b>	- Relatório Semanal sobre Morbimortalidade (EUA)
<b>OMS</b>	- Organização Mundial de Saúde
<b>PNAD</b>	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
<b>PNDS</b>	- Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
<b>SESA</b>	- Secretaria Estadual da Saúde
<b>SM</b>	- Salário Mínimo
<b>SINASC/CIDS</b>	- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos/Centro Integrado de Documentação em Saúde.
<b>SIP/CLAP</b>	- Sistema Informático Perinatal do Centro Latinoamericano de Perinatologia .
<b>SIS PRÉ NATAL</b>	- Sistema de acompanhamento do programa de humanização do Pré-Natal e do Nascimento - Ministério da Saúde.
<b>SUS</b>	- Sistema Único de Saúde
<b>UFPR</b>	- Universidade Federal do Paraná
<b>UNICAMP</b>	- Universidade Estadual de Campinas
<b>UNIFESP</b>	- Universidade Federal de São Paulo
<b>USAID</b>	- Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
<b>g1</b>	- Grupo 1 ( adolescentes)
<b>g2</b>	- Grupo 2 ( adultas)
<b>p</b>	- Nível de Significância
<b>&gt;</b>	- Maior
<b>&lt;</b>	- Menor
<b>%</b>	- Porcentagem

## RESUMO

Este é um estudo descritivo de corte transversal, realizado na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR, no período de 1º de maio a 30 de novembro de 1999. Os objetivos desta pesquisa foram analisar o perfil das adolescentes grávidas quanto aos aspectos sócio-demográficos, psicológicos e de saúde sexual e reprodutiva. Foram incluídas no estudo as gestantes que parturiram nesse período, selecionadas por idade e ao acaso, submetidas a entrevista através de questionário. De um total de 1416 gestantes que deram à luz, foram entrevistadas 614 (43,36%), sendo constituídos dois grupos: o de estudo (1), com 216 adolescentes de 13 a 19 anos, e o controle (2), com 398 gestantes de 20 a 29 anos. A análise estatística consistiu na utilização de programa da UFPR (Software Estatística) para organização dos dados, teste t de Student, teste Qui-Quadrado de Pearson e teste exato de Fisher, com nível de significância de 5%. As adolescentes apresentaram melhor escolaridade ( $p=0,013$ ), menor número de parceiros ( $p<0,001$ ), companheiros mais velhos, maior número de solteiras ( $p<0,01$ ), 58,8% não estudavam, 49,4% deixaram de estudar, 75% não trabalhavam ( $p<0,01$ ), 48,3% deixaram de trabalhar, renda familiar média de 1,9 salários mínimos ( $p<0,01$ ), antecedente de mãe adolescente ( $p=0,0053$ ), 67,6% não desejavam a gravidez ( $p<0,001$ ), 76,4% eram primigestas, com sexarca aos 15,8 anos ( $p<0,0001$ ), idade média do primeiro filho aos 16,7 anos ( $p<0,05$ ), maior conhecimento de métodos anticoncepcionais, 30,1% evitavam a gravidez ao engravidar. Não houve diferença estatística quanto à idade da menarca e realização de pré-natal. Conclui-se que o perfil das adolescentes revelou, quanto aos aspectos sócio-demográficos, que elas engravidaram em média aos 17 anos, a maioria estava em união estável antes de engravidar, com companheiros mais velhos, tiveram menor número de parceiros, tinham baixa escolaridade (porém, melhor que a das adultas), já não estudavam à época da concepção e, cerca de metade que freqüentava a escola, abandonaram os estudos. Tinham menor renda familiar, maior dependência em relação à família e entre as que trabalhavam (cerca de  $\frac{1}{4}$ ), metade abandonou sua atividade laborativa. Quanto aos aspectos psicológicos, o relacionamento com os pais era bom, sendo melhor com a mãe. As adolescentes tiveram maior proporção de mães adolescentes e de gestação indesejada. Em relação à saúde sexual e reprodutiva, a maioria era primigesta, ao contrário das adultas, em que a predominância foi de multiparidade. Entretanto,  $\frac{1}{4}$  das adolescentes, foi de múltiparas. Não houve diferenças entre a idade média da menarca entre os grupos, porém a sexarca foi mais precoce nas adolescentes. Entre as adultas, a maioria teve o primeiro filho também na adolescência. As adolescentes tinham maior conhecimento de métodos contraceptivos e, mesmo não desejando a gravidez, a maioria não utilizava nenhum método. Não houve diferenças entre os grupos quanto à realização e número de consultas pré-natal.

## ABSTRACT

This is a cross-sectional, descriptive study carried out in the Maternity of the Hospital de Clínicas, Federal University of Paraná, during the period May 1 – November 30, 1999. The objectives of this study were to analyze the profile of pregnant adolescents from a sociodemographic and psychological viewpoint, as well as analyzing aspects related to sexual and reproductive health. Pregnant women, expected to give birth during that period, were randomly selected and allocated to one of two groups according to age. Women enrolled to the study were submitted to an interview carried out by means of a questionnaire. From a total of 1,416 pregnant women who gave birth in the hospital during that period, 614 (43.36%) were interviewed and allocated to one of two groups: 1) the adolescent group aged 13-19 years (n=216) or 2) the control group of pregnant women aged 20-29 years (n=398). Data entry was carried out using a statistical software program created at the Federal University of Paraná. Student's t-Test, Pearson's Chi-Square Test and Fisher's Exact Test were used for the statistical analysis of data. Significance level was fixed at 5%. Results showed that women in the adolescent group had more years of schooling (p=0.013), fewer sexual partners (p<0.001) and older partners than women in the control group. There were more single women in the adolescent group (p<0.01), 58.8% were not studying at that time, 49.4% had abandoned their studies, 75% did not work (p<0.01), and 48.3% had been working but had stopped. The adolescent group had a lower mean family income of 1.9 minimum wages (p<0.01), were more likely to have had an adolescent mother (p=0,0053), 67.6% had not wanted the pregnancy (p<0.001) and 76.4% were primigravidas. Mean age at first sexual intercourse was 15.8 years (p<0.0001). Mean age at birth of first child was 16.7 years (p<0.05). Women in this group had a greater knowledge of contraceptive methods and 30.1% were practicing some form of contraception when they became pregnant. There was no statistically significant difference in age at menarche and in prenatal care between the two groups. In conclusion, with regard to sociodemographic aspects, the profile of these adolescents revealed that they became pregnant at a mean age of 17 years, the majority was in a stable union with older partners before becoming pregnant, they had fewer partners than the adult women, an education level which was low but better than that of the group of adult women, they were no longer studying at the time of conception, and approximately half of those who were attending school abandoned their studies. They had a lower family income, greater dependence on the family, and among those who were working (around 25%), half abandoned their job. With respect to the psychological aspects of the study, their relationship with their parents was good, particularly with their mother. A greater proportion of the adolescents had been born to adolescent mothers and had not desired the current pregnancy. With regard to sexual and reproductive health, the majority of adolescents were primigravidas, unlike the adults in the control group, in which multiparity was predominant. However, 25% of the adolescents were multiparas. There was no statistically significant difference in the mean age at menarche between the two groups, although first sexual intercourse occurred earlier in the group of adolescents. In the adult group, the majority had also had their first child during adolescence. The adolescents were more knowledgeable regarding contraceptive methods and, although they had not wanted to become pregnant, the majority had not been using any method of contraception. There was no statistically significant difference between the groups with regard to prenatal care.

## INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é um tema que vem despertando interesse em todo o mundo, sendo objeto de crescente preocupação, uma vez que se constitui em risco para a mãe e para o filho, enquanto exerce forte impacto biológico, psicológico e social (MONTEIRO e CUNHA, 1998), sendo vista como um problema de saúde pública em muitos países (MOTTA e PINTO e SILVA, 1994).

Aproximadamente 15 milhões de adolescentes de 15 a 19 anos dão à luz a cada ano, o que representa mais de 10% de todos os nascimentos do mundo (POPULATION REFERENCE BUREAU, Inc., 1996). A sua incidência varia de acordo com a população estudada, e é maior nos países em desenvolvimento.

Nos Estados Unidos da América somente na década de 90 é que se conseguiu diminuir o número dessas gestações mas, segundo SATIN et al. (1994), aproximadamente 10% das adolescentes americanas engravidam anualmente, constituindo-se num contingente de um milhão de novos casos a cada ano. Destas, 50% abortam e 50% têm seus conceitos, com nascimento de 500.000 crianças, perfazendo 13% de todos os nascidos vivos nesse país (FRASER et al. 1995).

SINGH (1998), do Alan Guttmacher Institute, em uma revisão global sobre os nascimentos de gestantes adolescentes nos países em desenvolvimento, encontrou os índices mais altos em países da África abaixo do Saara, com taxas específicas de fecundidade (número de nascimentos por 1000 nascidos vivos), que variam de 120 a 160 na maioria dos países da região. A América Latina e o Caribe aparecem em segundo lugar, com taxas que oscilam entre 80 e 100 por 1000 nascidos vivos. O autor estudou a evolução dessas taxas nas últimas 3 décadas, utilizando pesquisas nacionais sobre saúde reprodutiva realizadas nesses países, e encontrou uma queda acentuada em países do Norte da África e da Ásia. Apesar de haver ocorrido uma queda na taxa de fecundidade em adolescentes na América Latina e no Caribe, foi notável somente na República Dominicana, Equador, México e Peru. Observou-se, no Brasil e na Colômbia, um aumento nessas taxas, sendo em nosso meio de 12 pontos (de 74 por 1000 nascidos vivos, nos anos oitenta, para 86 por 1000 nascidos vivos, nos anos noventa).

Em 1996, no Brasil, a BEMFAM (1999) realizou uma Pesquisa Nacional sobre

Demografia e Saúde (PNDS-96: Brasil – Adolescentes e Jovens) e concluiu que, nas últimas décadas, a taxa de fecundidade total (número médio de filhos por mulher) vem sofrendo queda significativa no Brasil, havendo uma redução de aproximadamente um filho por mulher, passando de 3,5 filhos em 1986, para 2,5 filhos por mulher. E, segundo o CENSO 2000, do IBGE, houve queda maior, para 2,3 nesse ano. Analisando-se longitudinalmente a fecundidade no grupo de 20 a 24 anos, observa-se que ela apresentou uma queda de aproximadamente 30% nos últimos 20 anos, passando de 217 para 153 por mil nascidos vivos, enquanto na faixa de 15 a 19 anos, observou-se um aumento de 12% no mesmo período, passando de 79,7 para 91,0 (CENSO 2000, IBGE).

A expansão da gravidez precoce já era visível na década de 80. PINTO e SILVA (1984), destacou a existência de evidências sobre tal expansão em todos os países, observando que, em algumas sociedades, as proporções eram alarmantes.

No Brasil, segundo a PNDS-96 (BEMFAM, 1999), na época da pesquisa, 18% das adolescentes do país ou já tinham tido pelo menos 1 filho vivo (14,3%), ou estavam grávidas (3,7%). A gravidez na adolescência era maior nas áreas rurais e nas regiões Norte e Nordeste e variava com o grau de instrução. Ainda, de acordo com a PNDS-96, *“a variável instrução, que em geral está diretamente relacionada à classe sócio-econômica, apresenta uma relação inversa com a fecundidade: quanto mais baixo o nível de instrução, mais alta a fecundidade...”* No caso das adolescentes com até três anos de estudo, a proporção das que já eram mães ou estavam grávidas do primeiro filho era quase seis vezes maior que a encontrada no grupo com 9 a 11 anos de estudo (34% e 6%).

A incidência da gravidez na adolescência em partos realizados pelo SUS, no Brasil, foi de 25,8% (SINASC/CIDS) em 1996 e vem se mantendo constante de 1995 a 2000. Na região Norte essa incidência é de 32,4%, 26,7% na região Nordeste, 29,6% na região Centro-Oeste, 23,5% na região Sudeste e 23,2% na região Sul. De acordo com o Ministério da Saúde, 700 mil adolescentes, entre 10 e 19 anos tiveram filhos em 1998 (Almanaque Abril, 2001), sendo 646.801 partos de 15 a 19 anos e 32.489 partos em adolescentes de 10 a 14 anos, representando um aumento de cerca de 31% nesta última faixa de idade, tão precoce, de 1993 a 1998.

No Paraná, a incidência de nascimentos em adolescentes foi de 22,4% no ano 2000, sendo 21,5% (37.813 nascimentos) na faixa etária dos 15 aos 19 anos, e 0,9% (1.499) dos 10 aos 14 anos.(SINASC/CIDS/SESA, 2001). Analisando-se os nascimentos de adolescentes dos 10 aos 14 anos, observou-se um crescimento no Estado

do Paraná, de 0,6% em 1994 para 0,9% em 2000.

Em Curitiba, o número de nascidos vivos de mães adolescentes tem se mantido estável, e foi de 19,5% em 1999, 19% em 2000 e 18,8% em 2001, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Dados do SIS PRÉ-NATAL, de Curitiba, indicam que, em fevereiro de 2002, havia em média 29% de gestantes adolescentes fazendo seu acompanhamento em unidades de Saúde, porém em 40% dessas unidades esse número estava acima de 30% e, em 3 unidades, acima de 40%.

Para melhor nos situarmos frente a essa condição da adolescência é necessário que entendamos a sua conceituação. De acordo com a OMS (1993), *"adolescência é definida como o período de transição entre a infância e a idade adulta, que vai dos 10 aos 19 anos de idade"*. Segundo VITIELLO (1988): *"adolescente é o indivíduo que se encontra em fase peculiar de transição biopsicossocial, período este caracterizado por transformações biológicas, em busca de uma definição de seu papel social, determinado pelos padrões culturais, em seu meio"*. De acordo com TAKIUTI (1988), o conceito de adolescência é entendido como *"a segunda década da vida (de 10 a 20 anos), momento em que se estabelecem novas relações do adolescente consigo mesmo, nova imagem corporal, novas relações com o meio social, com a família e com outros adolescentes. Para a autora, esta é uma fase de transição, que será de maior ou menor risco, dependendo das garantias físicas, psicológicas e sociais"*.

Durante esse período o ser humano adquire sua identidade adulta, evoluindo para uma maturidade física e psíquica, assim como para uma independência econômica (POPULATION REFERENCE BUREAU, Inc., 1996).

Alguns autores contestam esses conceitos, como BOCK (2001), que define a adolescência como um período que foi socialmente construído a partir da Idade Média, com os senhores feudais, que podiam dispensar os filhos do trabalho, dando-lhes condições para permanecerem mais tempo sob a tutela dos pais. E complementa: *"A Adolescência refere-se, assim, a esse período de latência social, constituída a partir da sociedade capitalista, gerada por questões de ingresso no mercado de trabalho e extensão do período escolar, da necessidade do preparo técnico e da necessidade de justificar o distanciamento do trabalho de um determinado grupo social"*.

Também é importante conhecer o conceito de "jovem" da Organização Mundial de Saúde, que compreende a faixa etária dos 10 aos 24 anos, sendo a faixa dos 20 aos 24 anos, denominada de "adultos Jovens" para a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional - USAID (POPULATION REFERENCE BUREAU

Inc., 1996).

Vários fatores são citados para explicar o aumento da incidência da gestação na adolescência, dentre eles destacam-se os seguintes:

a) População de jovens: a faixa de população de jovens é bastante significativa em todo o mundo, correspondendo a 1,5 bilhões de pessoas, representando quase 30% da população mundial. E existe um prognóstico de que essa população poderá atingir os 2,0 bilhões no ano de 2025 (POPULATION REFERENCE BUREAU Inc.,1996).

No Brasil o número de jovens também é significativo e representava 30,9% do total da população em 1996 (BAENINGER,1999), com aproximadamente 50 milhões de pessoas nessas faixas etárias. Desagregando esse grupo jovem, os adolescentes de 10 a 19 anos representavam 70,36%, com aproximadamente 35 milhões, enquanto os jovens de 20 a 24 anos representavam 29,64%, com aproximadamente 15 milhões, dados estes confirmados pelo CENSO 2000, IBGE. Portanto existem muitos interesses nesse grande número de pessoas, com grande influência da mídia, criando um modelo segundo o qual o que é jovem é que é bom e deve ser consumido.

Também deve ser destacado o fenômeno da “onda jovem”, que segundo MADEIRA E RODRIGUES (1998):

O conceito de descontinuidade etária detém-se basicamente em análises que enfatizam crescimentos absolutos de grupos etários específicos. De uma forma rápida e simplificada, a importância e a novidade deste conceito podem ser assim resumidas: por alterações dos fatores que intervêm na dinâmica demográfica – fecundidade, mortalidade e migrações -, a pirâmide etária pode sofrer alargamentos ou estreitamentos na sua base, ou seja, aumento ou diminuição do número de nascimentos. Tais alargamentos ou estreitamentos vão necessariamente produzir ecos em sucessivas gerações. Chamamos de “onda” o momento de alargamento de uma determinada faixa etária. Neste sentido é fundamental alertar para o fato de que este final de década que estamos atravessando caracteriza-se por uma sinuosa onda de jovens.

Portanto, a categoria jovem merece destaque especial do ponto de vista demográfico, tanto por seu peso relativo ou absoluto, quanto pelo fenômeno da onda jovem, pois esta análise é fundamental para que se possam traçar políticas públicas voltadas a essa faixa etária (MADEIRA E RODRIGUES, 1998).

No Estado do Paraná, no ano de 2000, o número total de adolescentes representava 20,7% do total da população, com 1.965.037, de um total de 9.492.790 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2001).

b) Sexualidade: várias mudanças vêm ocorrendo no comportamento sexual dos jovens. Na adolescência, de acordo com KAPLAN (1983), os hormônios sexuais secretados pelas gônadas, e principalmente a ação da testosterona sobre os centros e

circuitos sexuais cerebrais causam aumento do impulso sexual, o que provoca um maior interesse pelo sexo e pelas práticas sexuais. É neste período que o adolescente adquire a capacidade de se apaixonar.

Segundo CHALAR SILVA (1986), nessa fase *“a explosão do sexo é como uma represa que se rompe e inunda tudo. Tão mais perigosa quanto mais tempo contida. Tão mais difícil de conter quanto maior o apelo sexual e as facilidades concedidas”*.

E hoje está ocorrendo exatamente isto, o apelo sexual é muito grande, principalmente na mídia, em que sua presença é constante, tanto no rádio, como na televisão, no cinema e em revistas, nos quais o sexo é tratado de forma impessoal quando tudo é permitido e está livre de conseqüências (STRASBURGER,1992), como gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

E a liberdade também é muito grande hoje em dia, pois com as mudanças sociais ocorridas nos últimos anos, as famílias tornaram-se nucleares, isto é, constituem-se de pai, mãe e filhos, os pais saem para trabalhar, enquanto os filhos ficam em casa, muitas vezes sozinhos (CHALAR SILVA,1986).

A iniciação sexual está ocorrendo mais precocemente e, muitas vezes, antes da permissão social, que seria com o casamento, principalmente para as adolescentes. Segundo o PNDS-96 (BEMFAM, 1999), 50,1% das mulheres de 15-24 anos relatou já ter tido relação sexual, e destas 84% foram pré-maritais. Quanto aos homens, 77,5% relataram já terem tido relação sexual, sendo a maioria pré-marital. A idade média da primeira relação sexual foi entre as mulheres de 16,4 anos, enquanto entre os homens foi de 15,3 anos.

Ao mesmo tempo, o FAMILY HEALTH INTERNATIONAL(1998), relata que a distância entre a idade da primeira menstruação (menarca) e o casamento está ficando cada vez maior, pois enquanto a idade da menarca vem caindo (COATES e SANT'ANNA, 2001), e que ocorre em média aos 12 anos em nosso meio, o casamento está ficando cada vez mais tardio, ocorrendo na América Latina entre os 19 e 22 anos para as mulheres. Então, a iniciação sexual ocorre com freqüência nesse intervalo.

c) Uso de anticoncepcionais: quanto ao uso de anticoncepção na primeira relação sexual pré-marital, os dados do PNDS-96 (BEMFAM, 1999) mostram que 33% dos jovens, tanto do sexo masculino quanto os do sexo feminino usaram algum método. Notando-se também, que o uso de algum método tem relação direta com a idade na primeira relação sexual, sendo que quanto mais precoce a iniciação menor a taxa de uso de anticoncepção: - abaixo dos 15 anos – 22% usaram algum método, dos 15 aos 17

anos – 33%, dos 18 aos 19 anos – 42%, e dos 20 aos 24 anos – 49%. Observa-se que o uso de algum método anticoncepcional ainda é pequeno, pois no total 67% dos jovens não usaram nenhum método na primeira relação sexual, tornando-os vulneráveis a uma gestação não planejada ou uma doença sexualmente transmissível.

Alguns autores até estudaram o período de tempo entre a iniciação sexual e a procura por métodos anticoncepcionais que, segundo STRASBURGER (1992) e o FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (1998), varia de 6 a 12 meses, sendo que nesse intervalo pode ocorrer uma gestação não planejada.

Os principais motivos alegados para o não uso de algum método anticoncepcional na primeira relação sexual, segundo o PNDS-96, FHI-98 e OLIVEIRA JR.(1992) foram: que as primeiras relações sexuais não são planejadas; o “pensamento mágico” do adolescente (VITIELLO et al., 1988) que julga que o problema não lhe vai acontecer; espera que o relacionamento se torne mais íntimo, para solicitar ao parceiro o uso de preservativos ou outro método contraceptivo; falta de conhecimento acerca da anticoncepção; medo que a família descubra que está usando um método; dificuldade de acesso a serviços específicos ou aos métodos; falta de poder ou atitude para negociar o seu uso; desejo de gravidez.

E, de repente, a adolescente percebe que sua menstruação não veio e descobre que “está ligeiramente grávida”, como cita TAKIUTI (1988). Nesse momento, múltiplas emoções passam pela sua cabeça (TAKIUTI, 1988; ONI ESCUELAS, 2001), que variam de acordo com fatores como: se a gestação foi ou não planejada, se tem ou não companheiro, se tem ou não apoio da família, dos amigos, entre outros. E teria as seguintes opções: 1- Abortar, fato que por ser proibido, não é bem estudado em nossa sociedade, mas com seqüelas físicas e sobretudo psíquicas, 2- Suicídio, pelo desespero de não vislumbrar soluções, 3- Assumir a gestação e o filho, também uma difícil opção pelas conseqüências tanto físicas, como psicológicas e sócio culturais, 4- Doar o filho, opção que não é freqüente nas adolescentes.

Existe uma grande controvérsia na literatura sobre os riscos da gestação na adolescência, que é considerada de alto risco, do ponto de vista físico, psicológico e social. Do ponto de vista físico, tem sido associada a resultados obstétricos e perinatais adversos, como maior incidência de doença hipertensiva específica da gestação (AMAYA et al, 1983, MARTINS e SALVADOR, 2000; LAMMERS, 2000), prematuridade (KETTERLINUS et al.,1989; FRASER et al.,1995; COOPER et al.,1995; OLAUSSON et al.,1997), baixo peso ao nascimento (SATIN et al., 1994;

FRASER et al., 1995.; LAO e HO, 1997; PETERS, 2001; LAMMERS, 2000; AQUINO-CUNHA et al., 2002). Segundo o POPULATION REFERENCE BUREAU Inc. (1996), o risco de morte materna para as mulheres de 15 a 19 anos é o dobro do que para mulheres de 20 a 24 anos, e para as de 10 a 15 anos, as razões de mortalidade podem ser até cinco vezes maior, comparadas com as das mulheres de 20 a 24 anos. O COMITE ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA DO PARANÁ (2002), encontrou, de 1997 a 1999, uma razão de mortalidade geral de 77,6, sendo de 125,8 para a faixa etária abaixo de 15 anos, e de 42,1 para a faixa etária de 15 a 19 anos. Observaram, também, que o número de óbitos maternos na adolescência vem aumentando, com 18 em 1997 (12,5%) e 21 em 1999 (14,3%).

Entretanto, outros autores não confirmam esses dados, encontrando incidência de patologias semelhante às adultas (PINTO E SILVA e SARMENTO, 1988; VITIELLO, 1988; CREATSAS, 1995; MOTTA e PINTO E SILVA, 1995; BERENSON et al., 1997; JIMENEZ et al., 2000), e justificam seus achados referindo que os estudos que encontram maiores riscos físicos geralmente envolvem adolescentes que estão em desvantagem social e econômica, com gestações não planejadas e não desejadas, sem companheiros ou com relacionamentos instáveis, e ainda sem suporte psicossocial. De acordo com SCHOLL, HEDIGER e SCHALL (1996), são as diferenças sociais que aumentam o risco da gestação na adolescência e esses fatores devem ser levados em conta nos estudos. ZAGONEL (1999) refere que a adolescente grávida está passando por um duplo processo de transição: a da adolescência propriamente dita e a da gravidez, o que origina consequências sociais e psicológicas para essas mulheres.

No Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, que, segundo TRISTÃO (1994) e SENESI (2002), é um hospital de referência para gestação de alto risco (hospital geral de nível terciário), ocorrem aproximadamente 200 nascimentos por mês, dos quais 22% são de adolescentes.

No intuito de saber o perfil dessas adolescentes, quanto a aspectos sócio-demográficos, psicológicos e de saúde sexual e reprodutiva, com a finalidade de conhecer os riscos da gestação na adolescência quanto a estes aspectos, para utilizá-los em pesquisa posterior sobre riscos obstétricos e perinatais, cruzando-os com os aspectos acima, resolvemos realizar esta pesquisa, comparando as gestantes adolescentes com um grupo controle de gestantes adultas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar gestantes adolescentes quanto ao perfil sócio-demográfico, aspectos psicológicos e de saúde sexual e reprodutiva.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Analisar o perfil sócio-demográfico das adolescentes grávidas quanto:
  1. à idade, estado civil, número de parceiros, escolaridade e situação escolar;
  2. à situação sócio-econômica e aspectos laborativos das gestantes adolescentes e não adolescentes;
- Estudar os grupos quanto aos aspectos psicológicos: relacionamento com os pais, antecedente de mãe adolescente e desejo de gravidez;
- Avaliar aspectos da saúde sexual e reprodutiva quanto:
  1. ao número de gestações anteriores; idade da primeira menstruação; idade da primeira relação sexual; e, idade do primeiro filho;
  2. ao conhecimento e uso de contraceptivos; realização e número de consultas de pré-natal.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

A gestação na adolescência vem despertando o interesse da literatura médica já há bastante tempo.

VALENTE et al. (1977) analisaram 620 adolescentes com idade igual ou menor que 18 anos, que tiveram parto na Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, de dezembro de 1972 a maio de 1974, encontrando 78% de solteiras, 74,8% de primigestas, e que somente 35% fizeram pré-natal. Concluíram que a assistência pré e perinatal deve contar com equipes especializadas e funcionar no próprio ambiente social da mãe e que o problema obstétrico da mãe adolescente é a soma de seus problemas sociais, econômicos e culturais.

SIQUEIRA et al. (1981) estudaram a evolução da gravidez em 136 mulheres abaixo de 20 anos de idade, matriculadas no serviço de pré-natal do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, São Paulo, inscritas entre janeiro de 1969 e dezembro de 1978, comparando-as com um grupo de gestantes matriculadas no mesmo período. Verificaram que o nível sócio-econômico das gestantes adolescentes era significativamente mais baixo.

AMAYA et al. (1983), fizeram um estudo retrospectivo na Maternidade Rafael Calvo C, da Universidade de Cartagena, de julho de 1980 a julho de 1983, encontrando 11,2% de pacientes adolescentes abaixo de 18 anos, 70% delas eram mães solteiras, com início da vida sexual aos 16 anos. A grande maioria era primigesta (90,5%). Recomendaram que os problemas obstétricos nas adolescentes necessitam de uma atenção integral para sua solução.

PINTO E SILVA (1984) estudou os aspectos biológicos e sociais da gravidez na adolescência, comparando uma população de 1.298 mulheres de 20 a 29 anos com um grupo de 539 adolescentes de até 19 anos, que tiveram parto na Maternidade da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, entre 1977 e 1979, quanto aos aspectos pré-concepcionais biológicos e sociais, utilizando um modelo de ficha obstétrica pré-codificada. Concluiu que as condições sociais que cercam a gravidez na adolescência são, em geral, desfavoráveis. Essas adolescentes tiveram a menarca mais precocemente que as de mais idade, bem como uma menor frequência de analfabetismo e condição civil mais instável. Observou ainda que, independentemente do estado civil, era menor

a incidência de uso de anticoncepcionais, que foi tanto menor quanto menor o grau de instrução.

ARIAS et al. (1985) estudaram o perfil das adolescentes grávidas atendidas no Instituto Materno Infantil de Bogotá, utilizando um método descritivo. Encontraram que 54% eram solteiras e 38% viviam em união livre; somente 13% estavam trabalhando formalmente e 89% eram dependentes de outra pessoa. Em relação às características psicológicas, apenas 19% gostaram de saber que estavam grávidas, mas 63% estavam completamente de acordo com a gravidez atual e só 19% consideraram a possibilidade de abortar.

PINTO E SILVA (1986) avaliou alguns aspectos da gravidez de jovens com menos de 20 anos de idade com o desempenho de gestantes da faixa etária de 20 a 29 anos, demonstrando que as mães mais jovens freqüentam menos o pré-natal, são menos assíduas e são captadas mais tardiamente na gestação.

ALMEIDA (1987) discute sobre riscos psico-sociais para as adolescentes que engravidam: falta de autonomia (o que obriga as jovens a procurar ajuda de seus pais), interrupção de suas relações sociais (pois geralmente se vêem impossibilitadas de continuar estudando e trabalhando, afastando-se do seu grupo de amigos), perdendo assim um elemento de apoio afetivo muito importante. Observou que ocorre também uma demora ou estagnação do desenvolvimento pessoal, e a possibilidade de pobreza é sete vezes maior para as adolescentes que têm um filho do que para as adolescentes que nunca engravidaram.

VITIELLO (1988), em revisão literária de artigos mais recentes, refere que não há maior freqüência de doenças obstétricas em adolescentes, mostrando que as morbidades clínicas e obstétricas encontradas não diferem significativamente daquelas da população geral, e que o problema é devido, principalmente, ao elevado número de primigestas, somado aos fatores sociais, econômicos e educacionais. A maior parte dessa população inicia tardiamente o pré-natal, o que aumenta o risco de complicações da gestação e do parto.

PINTO E SILVA e SARMENTO (1988) estudaram de forma comparativa adolescentes multigestas e primigestas (157 em cada grupo) que deram à luz na maternidade da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Ao revisarem a série de 539 gestantes adolescentes estudada anteriormente (PINTO E SILVA, 1986), observaram a incidência de 37,9% de multigestas, fato que mereceu uma reflexão mais nítida e aprofundada. Concluíram que os indicadores sociais e comportamentais para o

grupo de múltiparas eram desfavoráveis para a higidez e segurança da adolescente e do seu conceito. A repetição da gravidez nesse período pareceu não favorecer a estabilidade da união conjugal, não modificar o comportamento anticonceptivo e acontecer num lapso de tempo indesejavelmente curto. A busca pela atenção pré-natal continuava inadequada, a captação tardia e o número de consultas insuficiente.

LIPPI e SEGRE (1988) estudaram 17.593 eventos obstétricos sucessivos, ocorridos entre 1/11/1980 e 31/05/1985, na Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, da Prefeitura do Município de São Paulo. Encontraram uma incidência bastante alta de gestantes adolescentes (19,68%) e entre elas a faixa de 10 a 16 anos representa 25,48% do total de 3.462 pacientes entre 10 e 19 anos de idade. A conclusão foi que, embora a maioria das pacientes fosse de primigestas, preocupava o número de pacientes referindo eventos obstétricos anteriores, representando 16,32% do grupo de 10 a 16 anos.

LOPEZ et al. (1989) estudaram uma população de 349 mulheres que deram à luz de 01/05/86 a 31/07/86, em um Serviço de Obstetrícia da Grande São Paulo. Os resultados revelaram que o grupo de gestantes adolescentes (22,2%) teve assistência pré-natal deficiente. A grande maioria (70,6%) iniciou o pré-natal no segundo trimestre, com média de duas consultas, apresentou menor incidência de patologias na gestação de tratamento ambulatorial(39,3%) e hospitalar (7,9%) em comparação com as gestantes adultas (44,4% e 14,7%, respectivamente).

KETTERLINUS, HENDERSON e LAMB (1989) estudaram os efeitos nos resultados perinatais da idade materna, estado sociodemográfico e saúde pré-natal, com dados acessados em uma amostra nacional representativa da juventude (Pesquisa Nacional Longitudinal sobre Experiência de Trabalho da Juventude). As variáveis estudadas foram: idade ao gerar o primeiro filho, estado de pobreza familiar, estado marital, educação materna, raça, cuidados pré-natais e fumo e bebida durante a gestação, ganho de peso materno, risco perinatal (peso abaixo de 2500g e nascimento antes de 37 semanas). As mulheres primíparas foram divididas em quatro grupos: 13 a 15 anos de idade, 16 a 18 anos, 19 a 21 anos e 22 a 30 anos. A análise das variáveis sócio-demográficas apontou que as mães mais jovens (13 a 15 anos) têm pouco peso, têm menor ganho ponderal durante a gestação e iniciam o pré-natal mais tardiamente que as de outras faixas etárias. Seus resultados também implicaram o início tardio do pré-natal com a ocorrência de parto prematuro.

GOZZANO et al. (1990) estudaram 378 puérperas internadas na maternidade do Hospital Regional de Sorocaba, com até 35 anos de idade, no período de 5 meses, em relação à idade, estado civil, idade da menarca, idade da primeira relação sexual, idade da primeira gestação, número de gestações e informações sobre anticoncepção e sua utilização. Foram divididas em dois grupos: adolescentes e adultas. Os resultados mostraram que as adolescentes haviam iniciado sua vida sexual (15,3 anos) antes do que as adultas (17,3 anos) e conheciam menos a respeito de vida sexual quando comparadas com as adultas. No total, 70% dessas pacientes são ou foram mães na adolescência. As adultas que iniciaram sua atividade sexual quando eram adolescentes vieram a ter mais filhos (3,8) do que aquelas que a iniciaram na fase adulta (3,0).

BRUNO et al. (1991) avaliaram 1.121 adolescentes grávidas atendidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará. Seus resultados revelaram que a idade variou entre 12 e 18 anos, sendo a faixa etária mais freqüente entre 16 e 18 anos. As condições sócio-econômicas educacionais dessa população haviam sido bastante precárias: 88% não tinham sequer seguro social, 56% não tinham parceiro fixo, 13% eram analfabetas e 75% não completaram o primeiro grau. Apesar de 49,6% só terem iniciado o pré-natal após a vigésima semana, os agravos físicos não foram muito freqüentes.

TORO e REN (1992), em estudo prospectivo, comparativo, longitudinal, tiveram como objetivo comparar a evolução da gravidez, o peso do recém-nascido, e o Apgar entre adolescentes e a população geral em uma comunidade de classe socio-econômica semelhante. Foram analisados dois grupos: o primeiro, de 302 adolescentes, sendo 69 entre 12-15 anos de idade e 233 entre 16-17 anos de idade no momento da gravidez; o segundo era um grupo controle de 304 pacientes de 18-39 anos de idade. A idade média no primeiro parto, das 606 pacientes, foi de 18.1 anos. Concluíram que não houve maior incidência de complicações e que, quando elas ocorreram, deviam-se mais a fatores sociais do que a determinantes biológicos.

A BEMFAM (1992), realizou por solicitação da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde, nos anos de 1989/90, uma Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem, que levantou dados representativos da população de jovens de ambos os sexos, com idade entre 15 e 24 anos, em três grandes centros urbanos: Rio de Janeiro, Curitiba e Recife. Entre as informações levantadas pela pesquisa estão: educação e experiência sexual, saúde reprodutiva, contexto vivencial dos jovens, doenças sexualmente transmissíveis/AIDS e drogas. Com relação à

experiência sexual e anticoncepção, a pesquisa revelou que, entre as mulheres, menos da metade tinha tido sua primeira relação sexual e que, entre os jovens com experiência sexual, a incidência de relações pré-maritais era alta em ambos os sexos. Entre os que relatavam relações sexuais pré-maritais, a idade média da primeira relação foi de 17 anos para as mulheres. O uso de método anticoncepcional na primeira relação sexual mostrou-se baixo, sofrendo influência da idade, grau de instrução e classe sócio-econômica. Com relação à saúde reprodutiva, a idade média da menarca estava por volta dos 12 anos. Considerando todas as mulheres da amostra, aproximadamente 25%, 22% e 17% das jovens do Rio de Janeiro, Curitiba e Recife, respectivamente, relataram já terem engravidado alguma vez. A análise de incidência da gravidez quando restrita às mulheres com experiência sexual, revelou que um percentual acima de 50% das mulheres jovens das três cidades informaram já terem engravidado.

STRASBURGER (1992), ao analisar os dados referentes a 1990, revelou que a gestação juvenil continuava a ocupar o primeiro lugar entre as causas que ameaçam a saúde e o bem-estar das adolescentes americanas, e que os Estados Unidos apresentavam a taxa mais elevada de gestação e aborto juvenis de todo o mundo ocidental industrializado, com 96 por 1000, comparada à taxa de 44 por 1000 na Grã-Bretanha, 35 por 1000 na Suécia e 14 por 1000 na Holanda. Isto correspondia a mais de um milhão de gestações anuais.

MOTTA e PINTO E SILVA (1994), em uma revisão da literatura sobre a ocorrência cada vez mais comum de gestações na adolescência, observaram que a gravidez nos primeiros anos da vida reprodutiva não constitui fenômeno recente na História da Humanidade: na Antigüidade os contratos de casamento eram lavrados quando a menina tinha entre 13 e 14 anos de idade e durante o apogeu do Império Romano, no século II d.C., a idade média dos casamentos era de 14 anos. A Julieta da tragédia de Shakespeare foi descrita pelo pai, Capuleto, como uma garota que ainda não havia completado 14 anos de idade. No início desse século, a gravidez precoce era ainda considerada um acontecimento habitual para os padrões culturais vigentes. A partir desses dados, reafirmaram o conceito de “idade ginecológica”, proposto por Zlatnik e Burmeister em 1977, (apud MOTTA e PINTO E SILVA, 1994) definida como a diferença entre a idade cronológica e a idade à menarca. Concluíram que, na atualidade, não era possível assumir que a gestação coincidente com o início da adolescência relacionava-se ou não com desempenho gestacional insatisfatório, após o controle de

variáveis confundidoras, como assistência pré-natal, paridade, antecedentes mórbidos e hábitos de vida.

BEDICS (1994) realizou um estudo qualitativo entre 1988 e 1989 acerca dos motivos para não utilização do serviço de pré-natal. A análise das entrevistas com 44 mulheres que não haviam tido assistência pré-natal, identificaram quatro razões: o estilo de vida da mulher difere da maioria da sociedade; a mulher acredita que o pré-natal é importante, mas outros eventos estressantes em sua vida são prioritários; a mulher procura pelo serviço, mas é desencorajada, mandada embora ou recebe informação pobre pelo pessoal do serviço de saúde; a mulher não quer o bebê. Estas razões indicam claramente a necessidade de intervenção de serviços sociais.

CREATSAS (1995) realizou um estudo para a Federação Internacional de Ginecologia Pediátrica e da Adolescente, para o qual entrevistou médicos de 11 países europeus acerca das taxas de gravidez e abortos na adolescência. Seus resultados mostram que as taxas de gravidez tendem a permanecer estáveis ou decrescerem nos próximos anos, com algumas exceções. A Alemanha exibiu a taxa mais alta, que cresceu de 16 para 21% entre adolescentes de 16 a 18 anos de idade, entre 1985 e 1987, e decresceu para 13% em 1989. O Reino Unido teve a segunda taxa mais alta de gravidez na adolescência, apesar de que, no grupo de 16 a 18 anos de idade, a taxa decresceu de 9,1% em 1985 para 8,6% em 1989. A Holanda e a Dinamarca tiveram as taxas mais baixas de gravidez na adolescência, com 0,9% em ambos os países, para adolescentes abaixo dos 18 anos de idade em 1985 e 1987. As taxas de abortos entre adolescentes cresceram na maioria dos países durante os anos 80. Em 1989, a Hungria e a Finlândia tiveram as taxas mais altas, 11 e 9,5%, respectivamente. A Bélgica teve a taxa mais baixa, somente 1% de abortos em mulheres com menos de 18 anos. Concluiu que, apesar das complicações médicas da gravidez e parto em adolescentes poderem ser minimizados com manejo e seguimento adequados, as implicações sociais e psicológicas continuam preocupantes. Programas de educação sexual são importantes para reduzir as taxas de gravidez na adolescência. Para as adolescentes que ficam grávidas, entretanto, um suporte psicológico e social deve ser providenciado, em adição aos cuidados médicos.

STROBINO et al. (1995), concluíram que as desvantagens de ser pobre, ter educação limitada e pertencer a um *status* minoritário parecem ser mais importantes em relação aos resultados perinatais do que a idade materna por si mesma. Esses fatores de risco devem ser o foco da atenção a esta população.

McCAULEY e SALTER (1995) estudaram o número crescente de jovens no mundo, suas necessidades diversas, o início precoce da atividade sexual, o número crescente de gestações na adolescência e acerca das conseqüências sociais e econômicas da procriação precoce. Concluíram que, comparadas com uma mulher que adia a procriação para depois dos 20 anos, a mulher que tem seu primeiro filho antes dessa idade tem maior probabilidade de obter um nível mais baixo de instrução, contar com menos possibilidades de emprego e rendimentos mais baixos, separar-se ou divorciar-se de seu parceiro e de viver na pobreza.

VALDEZ BANDA e VALLE VIRGEN (1996), realizaram um estudo transversal no Hospital Geral de Tijuana, México, com objetivo de determinar as características existentes em um grupo de adolescentes gestantes e compará-las com um grupo de gestantes adultas. Nesse hospital, a incidência de gestação em adolescentes foi de 10%. Os grupos foram constituídos por 310 gestantes abaixo de 18 anos e 310 com idade entre 18 a 32 anos. A respeito dos fatores de risco, encontraram diferenças significativas entre os grupos, com maior proporção de adolescentes que vivem em união livre ou que são mães solteiras e têm início de vida sexual 2.9 anos mais cedo do que as adultas. Em relação ao uso de métodos anticoncepcionais e freqüência ao pré-natal, as adolescentes mostravam menor proporção quando comparadas com as adultas.

NARRING, MICHAUD e SHARMA (1996) estudaram os fatores demográficos e comportamentais associados com gestação na adolescência na Suíça e encontraram que cerca de 5% das adolescentes sexualmente ativas já tinham ficado grávidas, sendo que 80% delas tinham realizado abortos provocados. A análise dos dados através de regressão logística múltipla identificou sete fatores associados com gestação: ter 4 ou mais parceiros; não ter usado contraceptivos na primeira relação sexual; usar um método contraceptivo de baixa eficácia; uso de drogas ilícitas durante os últimos 30 dias; não morar com os pais; ter experimentado situação estressante recentemente; e percepção de baixa projeção social no futuro.

STEVENS-SIMON et al. (1996) avaliaram o uso de métodos contraceptivos pelas adolescentes antes da gravidez. Este estudo consistia num corte transversal de 200 pacientes arroladas consecutivamente, pobres, grávidas, de 13 a 18 anos de idade, em um programa para adolescentes. As razões mais freqüentes para não terem usado contraceptivos antes de engravidarem foram: não importar-se em engravidar (20%), desejo de engravidar (17,5%), não funcionamento do método contraceptivo (12%), a suposição de que havia algum problema impeditivo para a concepção (9%) e falta de

interesse para obter uma método contraceptivo (9%). Adolescentes que citaram atitudes positivas ou ambivalentes em relação à gravidez, tinham conhecido o pai do seu filho há mais de 6 meses antes da concepção e haviam deixado a escola. Concluíram que a ausência de atitudes negativas em relação a ter um bebê em vez de uma atitude negativa em relação aos métodos contraceptivos é a razão mais comum entre as adolescentes grávidas.

SPITZ et al. (1996) analisaram retrospectivamente os bancos de dados sobre gravidez, abortos e taxas de nascimento entre adolescentes americanas, na faixa etária entre 13 e 19 anos, que foram divididas em dois grupos: idade acima dos 15 e outro com idade inferior a 15 anos. Concluíram que, apesar dos esforços para reduzir a gravidez na adolescência nos Estados Unidos da América, as taxas de gravidez e de nascimentos continuam, para ambos os grupos, a ser a mais alta entre países desenvolvidos, com taxa de gravidez de 95.9 por 1000 de todas as adolescentes de 15 a 19 anos, em 1990. As taxas de abortos permaneceram estáveis entre os anos estudados, com 35.8 e 36.0 abortos por 1000 em 1980 e 1990, respectivamente. As taxas de nascimento entre as adolescentes sexualmente ativas aumentaram 18% de 1985 a 1990, totalizando 59.9 nascimentos por 1000 em 1990. Entre as adolescentes abaixo de 15 anos, o número de nascimentos aumentou 15% na década estudada, sendo os achados semelhantes àqueles das adolescentes de 15 a 19 anos. Referiram que, considerando que 95% das gestações em adolescentes são indesejadas, seriam necessários esforços cada vez maiores para prevenir essas gestações.

O POPULATION REFERENCE BUREAU Inc. (1996) elaborou um perfil global da juventude no mundo, apresentando dados referentes ao número de adolescentes, saúde sexual e reprodutiva, iniciação sexual precoce e gestação na adolescência. Concluiu que, pelo menos 80% dos adolescentes da África já tiveram uma relação sexual antes dos 20 anos de idade, que corresponde a menos de 50% na América Latina. Aproximadamente 15 milhões de mulheres jovens de 15 a 19 anos de idade dão à luz a cada ano, compreendendo 10% de todos os nascimentos no mundo. Nos países menos desenvolvidos, 17% dos partos são de adolescentes, com um terço das adolescentes tornando-se mães na América Latina. Os Estados Unidos têm a mais alta taxa de gravidez na adolescência entre os países desenvolvidos, com 19% das mulheres com um filho antes dos 20 anos, frente a 7% na França e 2% no Japão. Para as meninas de 10 a 14 anos, as taxas de mortalidade materna podem chegar a cinco vezes mais que para mulheres de 20 a 24 anos. As mulheres que possuem um maior nível de educação

têm uma menor tendência a se casar ou ter filhos em idade precoce. A educação secundária reduz a fecundidade, o que pode ser explicado através da aquisição de conhecimentos, da alfabetização, da elaboração de novos valores. Quanto às conseqüências da gravidez para a educação, colocaram que engravidar na adolescência afeta o nível de educação alcançada. Entre os fatores que contribuem para a gravidez entre as escolares, algumas investigações sugerem que as meninas com um baixo rendimento escolar, bem como aquelas com graves problemas econômicos têm uma maior incidência de gravidez. Na maioria dos países, o uso de métodos contraceptivos é menor entre as adolescentes do que entre as mulheres adultas. Esses métodos são freqüentemente inacessíveis para as adolescentes devido a tabus sociais, a barreiras econômicas e geográficas, à baixa confidencialidade dos serviços, ao conhecimento inadequado sobre os anticoncepcionais, assim como sobre onde obtê-los. Concluíram propondo algumas ações para o trabalho com as adolescentes, como: a existência de programas específicos para satisfazer as necessidades dessa população; aumentar a participação das jovens nesses programas; promover uma educação sexual pertinente, não incluindo somente assuntos como anatomia, anticoncepção e DSTs, mas também sexualidade e educação sobre aspectos de gênero; unir a educação com os serviços para jovens; possibilitar serviços acessíveis; incorporar a avaliação ao planejamento do programa; utilizar um enfoque completo, não só quanto à saúde sexual e reprodutiva, mas outros aspectos importantes da adolescência, como por exemplo a nutrição, melhoria da autoestima e da capacidade de negociação; incrementar a conscientização das práticas sexuais coercivas; e, obter apoio da comunidade para os programas destinados aos jovens.

BERENSON et al. (1997) realizaram trabalho com adolescentes menores de 18 anos, com o objetivo de identificar fatores comportamentais para ganho inadequado de peso durante a gestação. Estudaram 337 adolescentes que fizeram pré-natal e tiveram parto a termo no período de março de 1992 a novembro de 1994, na Clínica Obstétrica da Universidade do Texas. Os resultados evidenciaram que 11,6% das pacientes da amostra ganharam menos de 9 kg durante a gestação. Não encontraram correlação entre o baixo ganho de peso e índice de massa corporal, paridade, escolaridade, estado marital, profissão e nível de pobreza. Houve correlação significativa entre baixo ganho de peso e raça, com maior incidência entre as adolescentes negras, e uma tendência entre ganho de peso inadequado e profissão dos pais e assistência financeira paterna. Comparação entre as adolescentes com baixo ganho ponderal e aquelas com ganho

ponderal adequado revelaram que o ganho inadequado de peso estava associado com iniciação sexual abaixo de 14 anos de idade, com a ausência de planejamento da gestação, com as que tiveram doenças sexualmente transmissíveis na gestação e com as que tinham sido abusadas sexualmente.

ZELAYA et al. (1997) em pesquisa com o objetivo de estudar as diferenças sociais e de gênero na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, como reflexo na idade da primeira relação sexual e na idade da primeira gravidez, realizaram 10.867 entrevistas com mulheres de 15 a 49 anos, no município de Leon, Nicarágua, sobre aspectos socioeconômicos, sexuais e reprodutivos. Uma subamostra de 388 homens e 413 mulheres de 15 a 49 anos foram entrevistados com maiores detalhes sobre padrões sexuais e reprodutivos. Os resultados mostraram que a idade média da primeira relação sexual foi de 17.8 anos para as mulheres e de 16.2 anos para os homens. O período de latência entre a primeira relação sexual e o final da primeira gestação foi de 22 meses, para as mulheres. A iniciação sexual foi mais precoce entre os adolescentes com nível de educação menor. Concluíram que o curto período de latência entre a primeira relação sexual e o final da primeira gestação refletiam, provavelmente, a falta de acesso ao aconselhamento e à contracepção.

OLAUSSON, CNATTINGIUS e GOLDENBERG (1997) realizaram uma pesquisa com o objetivo de determinar se a idade materna é uma fator a ser considerado no aumento de risco obstétrico, ou este se deve às condições sócio-econômicas, hábito de fumar ou a medidas antropométricas. Os resultados evidenciaram que 2% das mães tinham menos de 17 anos e 10% tinham 18 e 19 anos. Comparadas com as mães de 20 a 24 anos, o grupo de mães adolescentes teve uma maior incidência de primiparidade (91,4% e 65,6%, respectivamente), escolaridade mais baixa (30,5% e 65,4%), uma maior proporção de fumantes (46,3% e 33,1%), baixa condição sócio-econômica, e coabitavam menos com o pai do bebê (63,8% e 83,3%).

BERENSON, WIEMANN e McCOMBS (1997) em pesquisa que tinha como objetivo determinar as características das gestantes adolescentes com 15 anos ou menos com relação à situação demográfica, idade gestacional no início do pré-natal, *status* financeiro, consumo de álcool e drogas, doenças sexualmente transmissíveis e resultados perinatais, estudaram 147 adolescentes nulíparas com 15 anos ou menos, comparadas com dois grupos: um de 287 adolescentes de 16 e 17 anos, e outro de 107 mulheres de 20 a 22 anos, que iniciaram o pré-natal entre janeiro de 1992 e abril de 1994, na Universidade do Texas, e tiveram parto com mais de 20 semanas. Os

resultados mostraram que as adolescentes com menos de 15 anos tinham um *status* socioeconômico mais baixo do que as adultas, eram predominantemente de origem africana, fumavam menos durante a gestação e compareceram menos às consultas de pré-natal. Concluíram que as mulheres que têm filhos na adolescência apresentam um risco maior de abandonarem a escola, de se divorciarem, de desemprego, de pobreza e de nova gravidez. Para limitar ou prevenir essas conseqüências a longo prazo, programas de prevenção e seguimento para mães adolescentes devem ser desenvolvidos.

MILLAR e WADHERA (1997) usaram estatística vital sobre os nascimentos de mães canadenses entre 1992 e 1994, para examinar a correlação da idade das mães adolescentes com a idade de seu companheiro no momento do nascimento do filho. Encontraram que 77% dos homens eram mais velhos do que as mulheres. A diferença entre a idade da mãe adolescente e o pai foi de 4,1 anos, comparada com uma diferença média de 2,6 anos para todas as idades. Para as mães abaixo dos 18 anos, 37% dos companheiros eram 2 anos mais velhos, 39% eram de 3 a 5 anos mais velhos e 24% eram seis ou mais anos mais velhos.

O Relatório Semanal sobre Morbimortalidade dos Estados Unidos - MMWR (1997) realizou levantamento sobre as taxas específicas de natalidade para adolescentes no país, de 1990 a 1996. Os resultados mostraram que a taxa de natalidade entre adolescentes havia aumentado agudamente na década de 80. Apesar da tendência de declínio observada no início dos anos 90 e que foi maior para a faixa etária das adolescentes entre 15 e 17 anos, essa taxa continuava alta quando comparada com a de outros países industrializados. Em 1996, 505.514 mulheres abaixo de 20 anos deram à luz, sendo que dois terços dos nascimentos foram indesejados. As conseqüências adversas da gravidez na adolescência incluem a pobreza para a mãe e para a criança.

SEAMARK e PEREIRA-GRAY (1997) demonstraram que as adolescentes grávidas nos anos 90 tiveram uma chance maior de terem mães que também tiveram filhos na adolescência, quando comparadas com adolescentes não grávidas. Encontraram, ainda, uma maior probabilidade de continuidade de gestações nessas mães adolescentes.

BARNETT (1997) referiu que vários estudos têm demonstrado que a educação sexual pode ajudar a atrasar a iniciação sexual, bem como melhorar o uso correto de anticoncepcionais e de proteção para DSTs nas adolescentes sexualmente ativas. Os programas mais eficazes são os que não se limitam a informações sobre saúde

reprodutiva, mas os que ajudam as jovens a melhorar suas técnicas de comunicação e negociação, aclaram seus valores, mudam os comportamentos de risco, promovem uma melhora na auto-estima e na tomada de decisões.

BUVINIC (1998) realizou um trabalho sobre os custos dos nascimentos em adolescentes, revisando os resultados de quatro estudos anteriores efetuados no Chile, Barbados, Guatemala e México, com objetivo de conhecer as conseqüências quanto às oportunidades econômicas e sociais das mães adolescentes e o bem estar dos seus primeiros filhos. O estudo incluiu informação retrospectiva de adolescentes, um grupo comparativo de nascimentos em mulheres adultas, que foram entrevistadas após 4 anos, 6 a 8 anos, 6 a 10 anos e 40 anos após o nascimento, seguindo a metodologia de cada trabalho. Os resultados demonstraram que os nascimentos em adolescentes estão associados mais com conseqüências econômicas que sociais e que estes efeitos prevalecem nas mais pobres. Nenhum efeito negativo foi encontrado em relação às opções de casamento das jovens mães, entretanto encontrou-se associação significativa entre nascimentos na adolescência e famílias com maior número de pessoas, menor número de famílias nucleares e que as filhas de mães adolescentes têm um risco duas vezes maior de serem também mães adolescentes do que as filhas de mães adultas (67,5% e 37,9%, respectivamente, no estudo do Chile).

PINTO e SILVA (1998) referiu que a gestação na adolescência é um problema importante na maioria dos países em desenvolvimento. O fenômeno parece numericamente estável no Brasil para a faixa de 15 a 19 anos (incidência de 15 a 25% nos hospitais públicos), com uma tendência de aumento na faixa abaixo de 15 anos. A maioria das gestações são indesejadas, com conseqüências médicas, psicológicas e sociais. As desvantagens são maiores para as adolescentes múltiparas que estão mais sujeitas a abortos repetidos, prematuridade, infecção congênita, baixo peso ao nascer, mortalidade materna e mortalidade perinatal e infantil. As principais conseqüências imediatas de uma gestação não desejada são: aborto induzido, descuido da assistência pré-natal, desestruturação pessoal e familiar, adoção e abandono. Referiu que não há dúvidas de que a gestação não planejada é freqüente entre adolescentes. Para algumas mulheres a metade de suas gestações são não planejadas, e aproximadamente a metade delas terminam em abortos induzidos. A gestação indesejada representa a falência da estrutura social em prover alternativas apropriadas para evitá-la. A sociedade falha em oferecer informações sobre seus corpos, sexualidade, reprodução e planejamento familiar, através do acesso a métodos contraceptivos e serviços eficientes disponíveis.

Algumas políticas de intervenção são sugeridas para a redução desse fenômeno, através de programas de educação sexual, serviços específicos para adolescentes, acesso à orientação e a métodos contraceptivos, além de suporte para as gestações que continuam até o termo.

CUNHA, PAIVA e CALDAS (1998) apresentaram o resultado de uma pesquisa realizada em maio de 1996, com 100 mães adolescentes atendidas pelo Programa de Assistência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O perfil social revelou que a média de idade para a primeira relação sexual foi de 14,3 anos, com média de 15,6 anos para a primeira gestação. A constelação familiar média era de cinco pessoas, sendo que apenas duas trabalhavam. A idade média dos parceiros era de 19 anos. A mãe da gestante também foi mãe adolescente em 70% dos casos; 72% referiram bom relacionamento parental antes da gravidez e o abandono dos estudos foi a modificação maior em suas vidas (68%); 44% não haviam utilizado métodos contraceptivos e a gravidez fora acidental em 58% dos casos. A maioria das gestantes teve parto normal (77%), vindo em seguida as cesáreas (21%) e fórceps (2%). Os autores concluíram que, nas comunidades de baixa renda, as crianças convivem desde cedo com histórias de gravidez na adolescência e isso passa a fazer parte do cotidiano do contexto familiar. Essas famílias teriam uma dinâmica e estrutura próprias, com pais separados, em que se agregam os filhos, netos e avós. As adolescentes podem consciente ou inconscientemente procurar a gravidez como forma de obter espaço na estrutura familiar e social. A gravidez na adolescência representa uma questão de fundo psicossocial, na medida em que envolve conflitos emocionais, culturais, sociais, psíquicos e sexuais e, ao se tornarem mães, perdem a liberdade, adiam projetos de estudos e limitam as suas perspectivas de ingresso no mercado de trabalho.

CUNHA, MONTEIRO e REIS (1998) realizaram uma série de estudos sobre variáveis demográficas que pudessem atuar como fatores de risco obstétrico para gravidez na adolescência. O primeiro constituiu-se num estudo transversal com 135 gestantes adolescentes de baixo poder sócio-econômico e revelou a idade média de 12,3 anos para a menarca e de 14,4 anos para a sexarca, com intervalo entre elas de um ano em 37% das pacientes e de dois anos em 26% delas. Apenas 17% dessas pacientes utilizavam métodos anticoncepcionais. Num segundo trabalho, com 150 pacientes, observaram relação direta entre a idade da paciente e a frequência de gestações, com uma paciente com 12 anos e cinco pacientes com 13 anos. Quanto à paridade, 67,3% das pacientes eram primigestas, 17,4% já tinham parido uma vez, 3,3% até duas vezes e

2% tiveram abortos anteriores. Num terceiro trabalho, os autores levantaram o perfil social das gestantes e encontraram que 71% eram casadas, 27% solteiras, 0,7% separadas e 0,7% viúvas. Apenas 46% moravam apenas com o companheiro, sendo que as demais moravam com seus familiares ou com os do marido, resultando em 5,61 o número médio de pessoas que habitavam o mesmo teto. Somente 16% das pacientes trabalhavam, com a renda familiar variando de um a oito salários mínimos, com média de 2,17. O abandono escolar foi de 93%, sendo 64% devido à gravidez, e apenas nove pacientes continuaram a estudar após o parto (6,7%). O parceiro da mãe adolescente era sete anos mais velho, em média, com idade variando de entre 15 e 57 anos. Verificaram que o risco de engravidar aumenta à medida que se aproxima o final da adolescência e identificaram a renda familiar e a escolaridade como fatores de proteção. Concluíram que os fatores de risco para gravidez na adolescência configuram um contexto psicossocial de desvantagem social, caracterizado pela menor renda familiar e menor escolaridade.

ARAÚJO, PIRES e CUNHA (1998) relataram o resultado de um estudo de coorte retrospectiva, com 402 pacientes com idade abaixo de 20 anos, comparadas com 1.063 pacientes adultas, atendidas de janeiro a junho de 1994, na Unidade de Saúde Herculano Pinheiro, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Os resultados mostraram que a idade média das adolescentes era de 17,2 anos, sendo de 25,9 anos para as adultas. Não houve diferença quanto à raça. Foram encontradas diferenças quanto ao estado civil (11,7% de adolescentes casadas e 31,9% de adultas).

MONTEIRO et al. (1998) relataram sua experiência com um programa de prevenção de gravidez na adolescência desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, situada em área carente da zona oeste da cidade, no bairro "Cidade de Deus", onde fora verificada uma frequência de gestação na adolescência de 32,8% em 1991. O grupo de estudo foi constituído de 300 gestantes adolescentes, acompanhadas de julho de 1991 a dezembro de 1994. Foi realizada avaliação do Programa através de 227 mães adolescentes, que foram divididas em dois grupos: o primeiro composto de pacientes acompanhadas pelo programa desde a gestação (n=202) e, o segundo, de pacientes não acompanhadas pelo programa. O desenho do estudo foi de coorte, prospectivo. Os resultados obtidos revelaram que 93% do total de adolescentes já haviam abandonado os estudos, 62,3% delas devido à gestação. A idade média da primeira gestação foi de 15,37 anos e não foi planejada em 74% dos casos, embora apenas 19,3% tenham referido tentativa de aborto. Quanto à estrutura familiar,

66% eram casadas, mas um ano após o parto, 60% delas já estavam separadas. Na avaliação da assistência pré-natal encontraram os seguintes resultados: 40% fizeram o pré-natal no primeiro trimestre, 50% no segundo e 10% no terceiro. O número médio de consultas foi de 5,5 em ambos os grupos. A reincidência de gestação em dois anos foi de somente 5%, confirmando a eficácia do programa na prevenção de nova gestação.

FERRAZ e FERREIRA (1998), encontraram que, no Brasil, a idade média para a primeira relação sexual é de 16,7 para os homens e 19,5 anos para as mulheres, variando de acordo com a região. Cerca de 33% das mulheres entre 15 a 19 anos já haviam tido sua primeira relação sexual, sendo que 4% delas estavam grávidas e 14% já eram mães na época da pesquisa. Observaram também uma maior porcentagem de jovens grávidas ou mães entre adolescentes com níveis mais baixos de escolaridade, observando-se uma diferença cinco vezes maior quando se comparam mulheres com até 3 anos de estudo com as com 9 a 11 anos (34% e 6%, respectivamente). Os níveis de escolaridade mais baixos estavam associados às adolescentes que já haviam iniciado a vida reprodutiva. Cerca de 41% das jovens grávidas ou já mães tinham até 4 anos de estudos, enquanto 21% era a porcentagem correspondente para as demais jovens. Somente 19% das adolescentes grávidas e já mães continuavam a frequentar a escola. Apenas 25% das jovens gestantes auferiam rendimentos com seu trabalho. Cerca de 63% das gestantes adolescentes encontravam-se unidas a um parceiro; metade delas em uniões consensuais, ou seja sem vínculo civil. Para 13% das jovens de 15 a 19 anos que já haviam iniciado a vida reprodutiva, a união já havia sido desfeita.

SOUZA (1998), referiu que, ao contrário das tendências de queda das taxas de fecundidade total, a fecundidade específica das mulheres de 15 a 19 anos tem crescido. O fenômeno diz respeito principalmente às mulheres mais pobres, entre as quais a taxa de fecundidade é mais alta. A magnitude do assunto passa a ser fundamentalmente relacionada à pobreza. Aproximadamente 50% das gestações são indesejadas, de acordo com as declarações das mães. O fato de a outra metade das gestações ser desejada permitiu ao autor concluir que parte da maternidade observada não se reduz a uma questão de falta de planejamento familiar, à ignorância sobre os métodos ou limitações no acesso a contraceptivos e sim a um fenômeno muito mais complexo que está relacionado a um jogo de determinação dos papéis da adolescente na família. Para as mulheres, gerar um filho pressiona para a constituição de uma união, sendo esta união na maioria das vezes consensual, com uma grande chance de se dissolver em curto espaço de tempo. As mulheres com filhos têm uma menor participação no mercado de

trabalho, fato mais acentuado entre as mais jovens. O autor considerou que a gestação na adolescência implica em uma desvantagem, à medida que papéis de gênero limitam a capacidade das mulheres de conduzir simultaneamente atividades produtivas e funções reprodutivas, reduzindo sua possibilidade de adequação às exigências do mercado de trabalho. Quando comparados os números de adolescentes com pouca ou nenhuma instrução escolar e as adolescentes que possuem 9 a 11 anos de estudo, verifica-se que a incidência de gravidez é dez vezes maior no primeiro grupo, evidenciando uma correlação negativa entre nível de escolaridade e fecundidade. A maternidade reduz a frequência à escola, pelas dificuldades em cuidar do filho e da casa, bem como por terem que trabalhar para ajudar no rendimento familiar. Quando estudadas as condições de domicílio, o autor observou que freqüentemente as famílias das mulheres de 15 a 19 anos que tiveram filhos são absorvidas como extensões das famílias de seus pais ou parentes.

MAIA FILHO et al. (1998), estudou a gravidez na adolescência coletando dados acerca de sua incidência, estado civil da gestante, conhecimento e utilização de contraceptivos e assistência pré-natal, entre outros, em dois grupos de adolescentes. Encontrou um aumento da incidência de gestações; menor número de solteiras e maior de amasiadas, falta de conhecimento e de uso de contraceptivos, ausência de diálogo na família, assistência pré-natal rara e multiparidade em ascensão.

A BEMFAM (1999), PNDS-96, publicou uma pesquisa sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva do adolescente, quantitativa por amostragem, por domicílio, nacional, baseada na divisão da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/95) do IBGE, que divide a amostra em sete regiões: Rio de Janeiro, São Paulo, Sul, Centro-Leste, Nordeste, Norte (área urbana) e Centro-Oeste. Os resultados mostraram que 18% das adolescentes do país (15-19 anos) já haviam iniciado a vida reprodutiva, 14% já tinham pelo menos um filho nascido vivo e 4% estavam grávidas pela primeira vez. A variável instrução estava diretamente relacionada à classe sócio-econômica, apresentando uma relação inversa com a fecundidade. A postergação do início da atividade sexual e entrada mais tardia na vida conjugal foram consideradas como efeitos protetores da instrução sobre a fecundidade. Das adolescentes com até três anos de estudo, 34% já eram mães ou estavam grávidas, proporção que era quase seis vezes maior que a encontrada no grupo com 9-11 anos de estudo, de 6%. Entre a população masculina, 6% dos adolescentes referiram já terem engravidado alguma parceira. Quanto ao planejamento da gravidez, os dados da

pesquisa mostraram que 50% das gestações resultaram de concepções pré-maritais ou não foram planejadas. Cerca de 86% das mulheres de 15-24 anos, que tiveram filho nos últimos 5 anos anteriores à pesquisa, realizaram pré-natal, porcentagem superior aos 73% relatados pela pesquisa realizada em 1986. O pré-natal tem correlação positiva com o grau de instrução: nas jovens que têm de 0-3 anos de estudo, 66% receberam assistência pré-natal, enquanto esse percentual atinge 97% das jovens que estudaram 9 anos ou mais. Em relação ao número de consultas, 40% relataram haver comparecido a sete ou mais consultas, sendo que 14,3% não tiveram nenhuma consulta, 10,2% tiveram de 1-3 consultas e 32,5% tiveram de 3-6 consultas.

RIBEIRO et al. (2000) objetivaram comparar a prevalência de gravidez na adolescência e analisar variáveis sociobiológicas relacionadas ao binômio mãe-filho entre duas coortes de mães adolescentes de nascidos vivos em Ribeirão Preto (1978-1979 e 1994). Observaram aumento do número de mães adolescentes de 14,1% em 1978-79, para 17,5% em 1994 ( $p < 0,05$ ) e incremento da escolaridade, redução do hábito de fumar e aumento do número de consultas de pré-natal, além de maior proporção de adolescentes sem companheiro que exercem atividade remunerada.

MARTINS e SALVADOR (2000) analisaram o perfil de 736 adolescentes gestantes atendidas no Hospital Universitário do Maranhão, no período de março de 1996 a julho de 1997. Os resultados obtidos mostraram que 43,2% das pacientes eram solteiras, 56,4% não haviam concluído o primeiro grau e apenas 4,4% haviam concluído o segundo grau. 51,35% delas tinham como profissão definida os afazeres do próprio lar. Em 80,25% das pacientes, a menarca ocorreu entre 12 e 15 anos. O início da atividade sexual ocorreu antes dos 15 anos em 54,7% e 70% afirmaram ter apenas um parceiro. Em relação à paridade, 75,15% eram primigestas, 21,35% secundigestas e 3,5% com mais de duas gestações. A maioria das mães (58,85%) desejava a gravidez e havia aceitação familiar em 83,95% dos casos. 61,05% das jovens tinham relacionamento estável quando engravidaram e 71,05% permaneceram com o mesmo parceiro. Em relação ao conhecimento de métodos anticoncepcionais, somente 13,60% conheciam algum método e apenas 2,85% utilizavam algum método quando engravidaram.

JIMENEZ, MARTIN e GARCIA (2000), em um estudo descritivo conduzido com mães adolescentes e adultas, atendidas na Clínica de Planejamento Familiar de Cadiz, Espanha, durante o ano de 1994, selecionaram 305 mães adolescentes com 15-19 anos de idade e 285 mães adultas com mais de 20 anos que responderam a questionários

para coleta de dados sócio-demográficos e resultados perinatais. Os resultados mostraram um maior número de gestantes adolescentes não casadas, vivendo com os pais, sem trabalho remunerado e tendo abandonado os estudos. Não houve diferença quanto ao número de consultas pré-natais ou aspectos perinatais. Concluíram que a gestação na adolescência constitui um dos principais problemas de saúde pública para esse grupo de idade e que os problemas de saúde desencadeados pela gravidez nesta idade dependem mais de fatores de risco social e do meio, do que fatores de riscos biológicos ou fisiológicos.

PADILLA DE GIL (2000) realizou uma pesquisa sobre conhecimentos, atitudes e práticas de 305 adolescentes que tinham tido partos em dois hospitais de São Salvador, nos meses de novembro e dezembro de 1998, com o objetivo de conhecer seus aspectos sociais e os fatores de risco reprodutivo. Os resultados mostraram que a idade média das adolescentes era de 17,2 anos. 51% delas estavam em uniões estáveis antes da gravidez e seus companheiros eram 4 anos mais velhos do que elas em 66% dos casos. A escolaridade era de apenas 7 anos e 65% já haviam abandonado a escola antes de engravidarem. A idade média da menarca fora de 12,7 anos, a da primeira relação sexual fora aos 15,3 anos e a do primeiro parto de 16,5 anos. 28% já tinham engravidado anteriormente. A principal motivação para iniciar a vida sexual fora a atração física (42%) e a busca de sustento econômico (25%). Os conhecimentos sobre fertilidade e métodos anticoncepcionais eram baixos e somente 19% já tinham usado algum método.

LAMMERS (2000), em trabalho sobre as características e tendências da gravidez na adolescência na América Latina e no Caribe, analisou mais de um milhão de nascimentos da última década, em todas as idades, registrados no Sistema Informatizado Perinatal (SIP), concluindo que, na América Latina e no Caribe, as adolescentes grávidas têm piores resultados maternos e perinatais do que as adultas. Referiu que a incidência de gravidez na adolescência é de 25% na região, sendo de 17,3% no Uruguai. Outro fato referido é a reincidência da gravidez na adolescência, sendo que na região, uma de cada quatro adolescentes já têm 2 filhos ou mais. Considerou que os fatores de risco para a gestação na adolescente são múltiplos e variados: concentração de jovens nas zonas urbanas enfrentando situações de risco, como pobreza, falta de trabalho, violência e abuso de drogas; baixa escolaridade, que tem clara associação com aumento da fecundidade; situação de crise econômica e instabilidade política dos países da região; mudanças nos valores sociais e culturais;

disfunção familiar e a falta de um projeto de vida. A estes se associam fatores biológicos: menarca mais precoce, idade do início das relações sexuais; conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. Considerou ainda os riscos biológicos e os psicossociais e concluiu que são necessárias políticas nacionais de saúde para os adolescentes, bem como mecanismos adequados para a reintegrá-los na escola e no trabalho, para que possam desenvolver-se, rompendo o círculo de pobreza e isolamento social, logrando melhores resultados para eles e seus filhos.

COSTA et al. (2001) estudaram os indicadores materno-infantis na adolescência e juventude com o objetivo de conhecer características e associações entre idade materna e aspectos da gestação, parto e nascidos vivos de adolescentes entre 10 e 19 anos e adultas jovens em Feira de Santana, Bahia, segundo os dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC-1998), totalizando 5.279 nascimentos. As variáveis foram classificadas em sócio-demográficas (idade, escolaridade) e relacionadas à gestação, parto e condições dos recém-nascidos. Os resultados mostraram que, 21,6% dos nascidos vivos no município foram de adolescentes, 51,2% delas possuíam apenas o primeiro grau incompleto ou eram analfabetas. A maioria não havia realizado o pré-natal. Concluíram que, principalmente na faixa entre 10 e 16 anos, há uma prevalência maior de baixo nível de escolaridade ou analfabetismo e da não realização de pré-natal em comparação com as outras faixas estudadas.

ALVES (2001), realizou um estudo descritivo, do tipo transversal, que objetivou caracterizar o perfil epidemiológico de partos em adolescentes, em maternidades de João Pessoa, Paraíba, durante o período de 1990 a 1999. A população do estudo foi composta por 3.160 prontuários de quatro maternidades e a amostra constituiu-se de 830 prontuários de mães adolescentes. A idade dessas mães variou de 13 a 19 anos, com média de 17,4 anos. Quanto à idade em que ocorreu o primeiro parto, 25,5% pariram aos 19 anos. As adolescentes eram, na maioria, solteiras sem união consensual, apresentavam baixo nível de escolaridade e renda familiar de um a dois salários mínimos. A incidência de gestação a termo foi de 89,5% e 76,0% da amostra eram de primigestas e encontravam-se na faixa etária de 15 a 19 anos, não havendo registro de dois ou mais partos na faixa de 10 a 14 anos.

CAVALCANTI, AMORIM e SANTOS (2001), com o objetivo de discutir o significado da gravidez para a adolescente do ponto de vista psicológico, consideraram a gestação nesta faixa como um fenômeno duplamente complexo, pois aos conflitos próprios da adolescência somam-se as particularidades da gravidez. Engravidar nem

sempre faz parte do projeto de vida dos adolescentes que iniciam a vida sexual. Assim, a gravidez indesejada ou inesperada passa a ser um peso social. Nas populações menos favorecidas, a gravidez muitas vezes é encarada como uma predestinação e a adolescente a aceita como uma fatalidade. A gestação ou mesmo o desejo de engravidar pode aparecer como evento inesperado, mas sempre está associado à história individual e familiar vivida, sendo o desejo de engravidar muitas vezes inconsciente, dificultando sua avaliação objetiva. Em relação ao uso de anticoncepcionais, os fatores psicológicos têm papel importante, pois mesmo conhecendo vários métodos, verifica-se uma relutância em utilizá-los. O que os adolescentes sentem e pensam sobre gravidez e anticoncepção é que determina a tendência a agir, ou seja, a utilizar ou não métodos contraceptivos.

## **4 SUJEITOS E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho**

Foi realizado um estudo descritivo de corte transversal do perfil de um grupo de gestantes adolescentes (abaixo de 19 anos), comparadas com um grupo de gestantes de 20 a 29 anos.

### **4.2 Seleção da Amostra**

Foram incluídas no estudo as gestantes que parturiram no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de 01 de maio a 30 de novembro de 1999, selecionadas por idade, aleatoriamente, divididas em dois grupos, um de gestantes de 13 a 19 anos e outro de gestante de 20 a 29 anos. De um total de 1.416 pacientes que deram à luz neste período, foram entrevistadas 614 (43,36%), sendo 216 do grupo de estudo (adolescentes) e 398 do grupo controle de 20 a 29 anos.

### **4.3 Critérios de Inclusão**

- Mulheres que pariram na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR.
- Idade gestacional, cronológica ou ecográfica, acima de 22 semanas e/ou peso do recém-nascido igual ou superior a 500g.
- Aceitar ser entrevistada.

### **4.4 Critérios de Exclusão**

- Recusar ser entrevistada
- Idade igual ou maior de 30 anos

## 4.5 Variáveis e Conceitos

### 4.5.1 Variáveis Independentes

*IDADE*: número de anos vividos pela paciente até o parto. Foram divididas em duas categorias:

- Casos – Grupo 1: gestantes com idade entre 13 e 19 anos, que constituem o grupo de adolescentes. A OMS (1993) define adolescência como o período da vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade.
- Controles – Grupo 2: gestantes com idade entre 20 e 29 anos.

### 4.5.2 Variáveis dependentes

*ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS*:

- Idade do companheiro e diferença de idade entre os casais de ambos os grupos;
- Estado civil, classificado como: casada, união estável, solteira sozinha, solteira com namorado e desquitada;
- Casamento após a gravidez, considerando-se casamento e uniões estáveis;
- Número de parceiros;
- Escolaridade da paciente e do companheiro, dividida em seis categorias:
  - sem escolaridade;
  - da 1ª à 4ª série do ensino fundamental;
  - da 5ª à 8ª série do ensino fundamental;
  - da 1ª à 3ª série do ensino médio;
  - ensino superior incompleto;
  - ensino superior completo.
- Situação escolar atual, dividida em três categorias:
  - se estudava quando engravidou;
  - se deixou a escola;
  - se pretende voltar a estudar após a gravidez.

*ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS:*

- Situação laboral:
  - se a paciente trabalhava quando engravidou;
  - se deixou de trabalhar após engravidar;
  - se o companheiro trabalhava;
- Renda familiar, dividida em cinco categorias:
  - menos de dois salários mínimos;
  - de 2 a 5 salários;
  - de 6 a 10 salários;
  - mais de 10 salários;
  - a gestante não sabia informar;
- Número de pessoas que trabalham na casa: o índice de ocupação familiar é calculado pela razão entre o número de pessoas que moram na residência pelo número de pessoas que trabalham. O índice reflete a dependência dos familiares sobre os que trabalham, por exemplo, um índice igual a 3, diz que para cada 3 pessoas na família, somente 1 trabalha;

*ASPECTOS PSICOLÓGICOS:*

- Relacionamento com o pai e com a mãe, que foi dividido em quatro categorias:
  - bom;
  - ruim;
  - não tem;
  - não quis comentar (sem informação);
- Antecedente de mãe adolescente: se a mãe tinha engravidado antes dos 20 anos, e qual tinha sido a idade;
- Desejo de engravidar: se a gravidez foi desejada e/ou planejada;

*ASPECTOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:*

- Número de gestações anteriores;

- Idade da primeira menstruação;
- Idade da primeira relação sexual;
- Diferença entre a média de idade da primeira menstruação, da primeira relação sexual e da primeira gravidez;
- Métodos anticoncepcionais que conhece: compreende respostas múltiplas;
- Uso de método anticoncepcional quando engravidou: se estava utilizando algum método e mesmo assim ficou grávida;
- Realização de Pré-Natal: sim ou não;
- Número de consultas Pré-Natal: acima e abaixo de 6 consultas.

#### **4.6 Instrumento de Coleta de Dados**

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de questionário semi-estruturado, com os dados correspondentes às variáveis e categorias descritas acima. Nele foram anotadas as informações obtidas através de entrevista com as pacientes e confirmadas com os dados do prontuário médico, que foram realizadas no período em que as pacientes permaneceram na enfermaria após o parto (Anexo 1). As entrevistas foram realizadas por uma equipe treinada de cinco pessoas, composta deste pesquisador, uma colega do mestrado e três acadêmicos de medicina, sendo que todos os questionários eram revisados pelo pesquisador.

#### **4.7 Processamento e Análise dos Dados**

Após o preenchimento de todos os questionários da pesquisa de forma legível e uniforme, os dados foram organizados e digitados no Software Statistic, sob registro no Departamento de Estatística da UFPR, seguidos da realização da consistência dos dados. Após a apresentação de cada tabela e gráfico descritores das variáveis, foi realizado um teste de hipótese estatística para a verificação da existência de diferenças significativas entre os grupos. Para variáveis quantitativas foram realizados testes “t” de Student e, para variáveis categóricas, foram realizados testes Qui-quadrado de Pearson. Quando os pressupostos do teste não eram obedecidos, utilizou-se o teste exato de Fisher. A decisão pela significância estatística foi tomada tendo por base o nível de 5% de significância ( $p$ -valor  $<0,05$ ).

A apresentação dos resultados, sob a forma de dissertação encontra-se de acordo com as normas vigentes para apresentação de documentos científicos da UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (2000).

#### **4.8 Aspectos Éticos**

A todas as pacientes, após aprovação do Comitê de Ética, foi solicitada a leitura do termo de conhecimento livre e esclarecido ou foi lido pelo entrevistador, no caso das analfabetas. Após discussão e a compreensão dos objetivos e a assinatura pelas voluntárias ( impressão digital, se analfabeta) da pesquisa, procedeu-se à entrevista (Anexo 2). Somente 10 pacientes recusaram-se a responder o questionário. Cada sujeito da pesquisa foi identificado apenas pelas iniciais do nome, por um número e pelo número de registro no Hospital de Clínicas, visando preservar a confidencialidade dos dados.

O pesquisador comprometeu-se a manter sigilo absoluto da identidade de todas as mulheres cujas informações foram colhidas através do questionário e do prontuário, seguindo as recomendações da Resolução Normativa 196/96, do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (1996).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Perfil Sócio-Demográfico

Em relação à idade dos sujeitos, observou-se para o grupo de gestantes adolescentes (estudo) que a média de idade foi de 17,2 anos, com maior frequência aos 19 anos (26,4%), totalizando 216 sujeitos. Importante salientar que 15,2% dessas tinham 15 ou menos anos de idade ao darem à luz, conforme tabela 1.

Quanto à distribuição da idade do grupo de gestantes não adolescentes (controle), observou-se que a média de idade foi de 23,8 anos, totalizando 398 sujeitos, conforme tabela 2.

**Tabela 1 - Distribuição quanto à idade das adolescentes**

IDADE (Anos)	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
13	2	0,9%
14	10	4,6%
15	21	9,7%
16	40	18,6%
17	45	20,8%
18	41	19,0%
19	57	26,4%
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>100%</b>

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

**Tabela 2 - Distribuição quanto à idade das não adolescentes**

IDADE (Anos)	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
20	53	13,3%
21	48	12,0%
22	57	14,3%
23	40	10,2%
24	42	10,5%
25	37	9,3%
26	40	10,0%
27	27	6,8%
28	31	7,8%
29	23	5,8%
<b>TOTAL</b>	<b>398</b>	<b>100%</b>

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

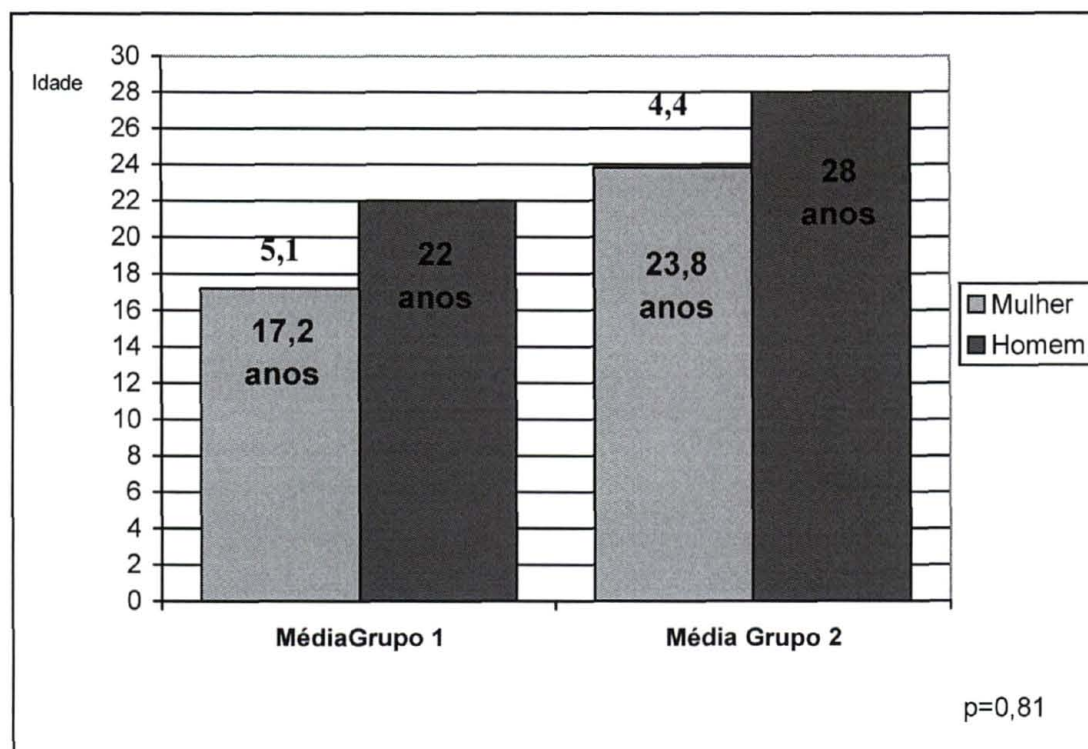
A tabela 3 apresenta a distribuição da variável idade dos parceiros das gestantes, em ambos os grupos, observando-se que esses têm idade maior que suas parceiras. A média de idade deles foi, respectivamente, 5,1 e 4,4 anos maior que a idade média dos grupos de adolescentes e adultas (gráfico 1).

**Tabela 3 - Distribuição quanto à idade do companheiro**

IDADE (Anos)	GRUPO 1	GRUPO 2
15 - 20	41 (19,0%)	8 (2,0%)
20 - 25	84 (38,9%)	88 (22,1%)
25 - 30	24 (11,1%)	115 (28,9%)
30 - 35	9 (4,2%)	74 (18,6%)
35 - 40	1 (0,4%)	23 (5,8%)
40 - 45	2 (0,9%)	13 (3,3%)
45 - 50	0	2 (0,5%)
Sem Informação	55 (25,5%)	75 (18,8%)
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

**Gráfico 1: Diferença de idade entre a gestante e o companheiro**



FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

A tabela 4 mostra que a maioria das adolescentes teve um único parceiro (61,6%), em comparação ao grupo de adultas. A média de parceiros foi respectivamente, para os grupos 1 e 2, de 1,6 e 2,3.

**Tabela 4 - Distribuição quanto ao número de parceiros**

NÚMERO DE PARCEIROS	GRUPO 1	GRUPO 2	p< 0,001
1	133 (61,6%)	159 (39,9%)	
2	46 (21,3%)	101 (25,4%)	
3	19 (8,8%)	76 (19,1%)	
4	7 (3,2%)	19 (4,8%)	
5	9 (4,2%)	20 (5,0%)	
>5	0	14 (3,5%)	
Sem informação	2 (0,9%)	9 (2,3%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

Em relação ao estado civil houve, significativamente, maior frequência de mulheres casadas no grupo 2 em comparação com o grupo 1. A proporção de união estável foi maior entre as adolescentes (54,6% e 39,7%), assim como a quantidade de solteiras (26,4% e 17,3%).

Quanto à condição de casamento após engravidar, observou-se maior proporção entre adolescentes, em comparação com as adultas (14,1 e 8,5%), conforme tabela 5.

**Tabela 5 - Distribuição quanto ao estado civil e casamento após a gestação.**

ESTADO CIVIL	GRUPO 1	GRUPO 2	p< 0,01
Casada	38 (17,6%)	161 (40,4%)	
União Estável	118 (54,6%)	158 (39,7%)	
Solteira Sozinha	40 (18,5%)	51 (12,8%)	
Solteira com Namorado	17 (7,9%)	18 (4,6%)	
Desquitada	3 (1,4%)	10 (2,5%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	
CASOU APÓS ENGRAVIDAR	GRUPO 1	GRUPO 2	p< 0,0001
Sim	22 (14,1%)	27 (8,5%)	
Não	134 (85,9%)	292 (91,5%)	
<b>TOTAL</b>	<b>156</b>	<b>319</b>	

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

A tabela 6 mostra que os níveis de escolaridade para ambos os grupos foram baixos, encontrando-se maior incidência do estudo até a oitava série do ensino fundamental. A proporção de maior escolaridade ocorreu no grupo 1 em comparação com o grupo 2 ( $p=0,013$ ).

Quanto à escolaridade dos parceiros, não se observou diferença entre os grupos, entretanto o nível escolar também apresentou-se baixo, como o das gestantes, que desconheciam em grande número a escolaridade dos parceiros.

**Tabela 6 - Distribuição quanto à escolaridade**

ESCOLARIDADE DA PACIENTE	GRUPO 1	GRUPO 2	$p= 0,013$
Sem Escolaridade	3 (1,4%)	3 (0,7%)	
1.ª a 4.ª Série	34 (15,7%)	107 (26,9%)	
5.ª a 8.ª Série	114 (52,8%)	186 (46,7%)	
Ensino Médio	60 (27,8%)	82 (20,6%)	
3.º Grau Incompleto	1 (0,5%)	7 (1,8%)	
3.º Grau Completo	0	6 (1,5%)	
Sem informação	4 (1,8%)	7 (1,8%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	
ESCOLARIDADE COMPANHEIRO	GRUPO 1	GRUPO 2	$p= 0,33$
Sem escolaridade	1 (0,4%)	2 (0,5%)	
1.ª a 4.ª Série	19 (8,8%)	74 (18,6%)	
5.ª a 8.ª Série	96 (44,5%)	162 (40,7%)	
Ensino Médio	42 (19,5%)	57 (14,3%)	
3.º Grau Incompleto	0	7 (1,7%)	
3.º Grau Completo	0	6 (1,5%)	
Não sabem/Sem Companheiro	58 (26,8%)	90 (22,7%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

Em relação à situação escolar, a proporção de adolescentes que estudavam quando engravidaram foi significativamente maior que no grupo de mulheres a dultas ( $p<0,001$ ). Importante enfatizar que, em torno de 50% das gestantes do grupo 1 e 62,5% das grávidas do grupo 2 deixaram a escola durante a gestação, sendo maior no grupo 2 ( $p=0,017$ ).

Quando questionadas quanto ao fato de pretenderem voltar a estudar, houve, significativamente maior proporção de sujeitos do grupo 1 quando comparados ao grupo 2 (tabela 7).

**Tabela 7 - Distribuição quanto à situação escolar**

<b>ESTUDAVA QUANDO ENGRAVIDOU</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>p&lt; 0,001</b>
Sim	85 (39,4%)	40 (10,0%)	
Não	127 (58,8%)	351 (88,2%)	
Sem resposta	4 (1,8%)	7 (1,8%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	
<b>DEIXOU A ESCOLA</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>p= 0,017</b>
Sim	42 (49,4%)	25 (62,5%)	
Não	43 (50,6%)	15 (37,5%)	
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>40</b>	
<b>PRETENDE VOLTAR</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>p&lt; 0.001</b>
Sim	150 (69,5%)	164 (41,2%)	
Não	63 (29,1%)	210 (52,8%)	
Sem Informação	3 (1,4%)	24 (6,0%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

## 5.2 Aspectos Sócio-Econômicos

**Tabela 8 - Distribuição quanto à situação laboral**

<b>PACIENTE TRABALHAVA</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>p&lt; 0,01</b>
Sim	54 (25,0%)	158 (39,7%)	
Não	162 (75,0%)	233 (58,5%)	
Sem Informação	0	7 (1,8%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	
<b>DEIXOU DE TRABALHAR</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>p&lt; 0.009</b>
Sim	26 (48,3%)	40 (25,3%)	
Não	28 (51,7%)	118 (74,7%)	
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>158</b>	
<b>COMPANHEIRO TRABALHAVA</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>p= 0,08</b>
Sim	153 (70,8%)	319 (80,1%)	
Não	15 (7,0%)	22 (5,6%)	
Desconhecido	48 (22,2%)	57 (14,3%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

A tabela 8 apresenta a distribuição dos grupos quanto à situação laboral, levando-se em conta se houve permanência ou desistência dessa atividade pelos sujeitos. Encontrou-se significância estatística na comparação entre os grupos 1 e 2,

sendo maior a proporção de mulheres adultas que trabalhavam (39,7% e 25,0%), e maior número proporcional de gestantes adolescentes que deixaram de trabalhar após engravidarem (48,3 % e 25,3%).

Quanto à condição laborativa do companheiro observou-se para os dois grupos que a maioria trabalhava, sem diferença estatisticamente significativa

A análise da situação sócio-econômica (tabela 9) mostrou que, o grupo 2 tinha maior rendimento, a partir de 2 salários mínimos, do que o grupo 1 ( $p < 0.01$ ). A renda média deste grupo (1,9 salários mínimos) foi menor do que aquele (3,02 salários mínimos).

Quanto ao índice de ocupação familiar observou-se que as adolescentes tinham maior dependência em relação às adultas.

**Tabela 9 - Distribuição quanto à situação sócio-econômica**

RENDA FAMILIAR (SM)	GRUPO 1	GRUPO 2	$p < 0,01$
Menos de 2	42 (19,4%)	56 (14,1%)	
2 a 5	106 (49,1%)	238 (59,8%)	
5 a 10	11(5,1%)	36 (9,1%)	
> 10	3 (1,4%)	17 (4,3%)	
Sem Informação	54 (25,0%)	51 (12,8%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	
ÍNDICE DE OCUPAÇÃO FAMILIAR	GRUPO 1	GRUPO 2	$p < 0,01$
0	7 (3,2%)	10 (2,5%)	
1	111 (51,3%)	252 (63,3%)	
2	60 (27,8%)	110 (27,6%)	
3	25 (11,6%)	16 (4,0%)	
>4	12 (5,6%)	8 (2,1%)	
Sem Informação	1 (0,5%)	2( 0,5%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

### 5.3 Aspectos Psicológicos

A tabela 10 apresenta os aspectos psicológicos dos grupos, quanto ao relacionamento com os pais. Verificou-se que as gestantes de ambos os grupos tinham melhor relacionamento com as suas respectivas mães, em comparação aos pais.

Entretanto, esse relacionamento foi considerado bom, para ambos os grupos, na maioria das vezes

**Tabela 10 - Distribuição quanto ao relacionamento com os pais**

RELACIONAMENTO COM O PAI	GRUPO 1	GRUPO 2	p= 0,0476
Bom	136 (63,0%)	240 (60,3%)	
Ruim	29 (13,4%)	34 (8,5%)	
Não tem	48 (22,2%)	117 (29,4%)	
Sem Informação	3 (1,4%)	7 (1,8%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	

RELACIONAMENTO COM A MÃE	GRUPO 1	GRUPO 2	p= 0.439
Bom	181 (83,8%)	317 (79,6%)	
Ruim	13 (6,0%)	22 (5,5%)	
Não tem	21 (9,7%)	52 (13,1%)	
Sem Informação	1 (0,5%)	7 (1,8%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

Houve significância estatística quanto ao antecedente de mãe adolescente entre os grupos, com maior proporção para o grupo 1 (57%), quando comparado com o grupo 2 (46%).

**Tabela 11 - Distribuição quanto ao antecedente de mãe adolescente**

MÃE ADOLESCENTE (<20 anos)	GRUPO 1	GRUPO 2	p= 0,0053
Sim	123 (57,0%)	183 (46,0%)	
Não	86 (39,8%)	175 (44,0%)	
Não Sabem	7 (3,2%)	40 (10,0%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

A tabela 12 apresenta a distribuição dos grupos quanto ao desejo ou não de gravidez, onde se encontrou diferença significativa de gravidez indesejada nas adolescentes ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 12 - Distribuição quanto ao desejo de gravidez**

<b>GRAVIDEZ DESEJADA</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>	<b>p &lt; 0,001</b>
Sim	69 (31,9%)	167 (42,0%)	
Não	146 (67,6%)	231 (58,0%)	
Sem Informação	1 (0,5%)	0	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

#### **5.4 Aspectos de Saúde Sexual e Reprodutiva**

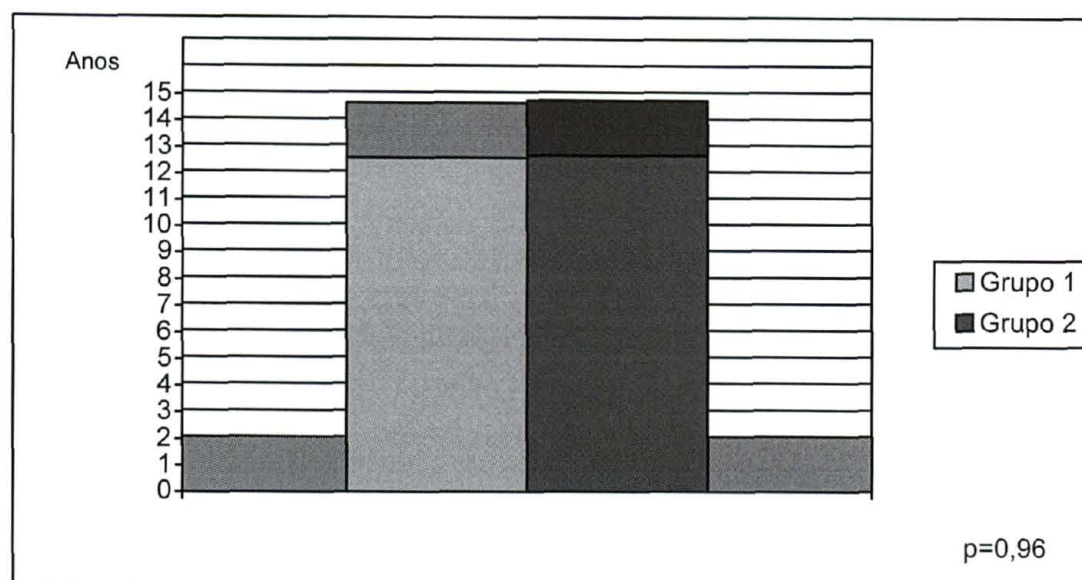
As gestantes do grupo 1 são, na maior parte das vezes, primigestas (76,4%), mas observa-se que 23,6% já tinham tido mais que uma gestação. No grupo 2, nota-se uma grande porcentagem de gestantes múltiparas ( 74,4%), sendo que 51 gestantes deste grupo tiveram 5 ou mais filhos.

**Tabela 13 - Distribuição quanto ao número de gestações anteriores**

<b>GESTA</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>
1	165 (76,4%)	102 (25,6%)
2	40 (18,5%)	105 (26,3%)
3	11 ( 5,1%)	85 (21,4%)
≥4	0	106 (26,7%)
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

No gráfico 3, observa-se que a menarca ocorreu em idade semelhante nos dois grupos ( 12,6 e 12,7 anos).

**Gráfico 2: Distribuição quanto à idade média da menarca nos grupos de gestantes**

FORNTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

Em relação à idade de iniciação sexual, a tabela 14 revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com maior prevalência da sexarca mais precoce entre as gestantes adolescentes, com um percentual de 80,6% até os 16 anos de idade, com idade média de 15,8 anos para o grupo 1 e de 16,7 anos para o grupo 2.

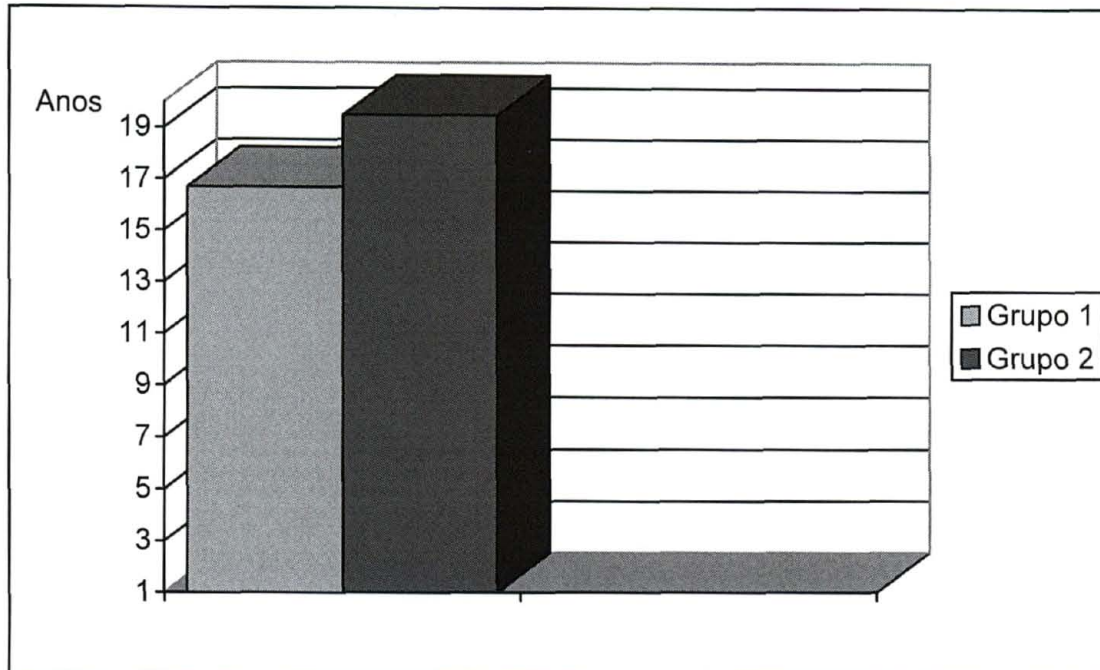
**Tabela 14 - Distribuição quanto à idade de iniciação sexual**

IDADE 1.ª RELAÇÃO (Anos)	GRUPO 1	GRUPO 2	p< 0,0001
<15	63 (29,1%)	66 (16,6%)	
15 - 16	111 (51,4%)	129 (32,4%)	
17 - 18	35 (16,2%)	111 (27,9%)	
19- 20	1 (0,5%)	60 (15,1%)	
> 20	0	26 (6,5%)	
Sem Informação	6 (2,8%)	6 (1,5%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	

FORNTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

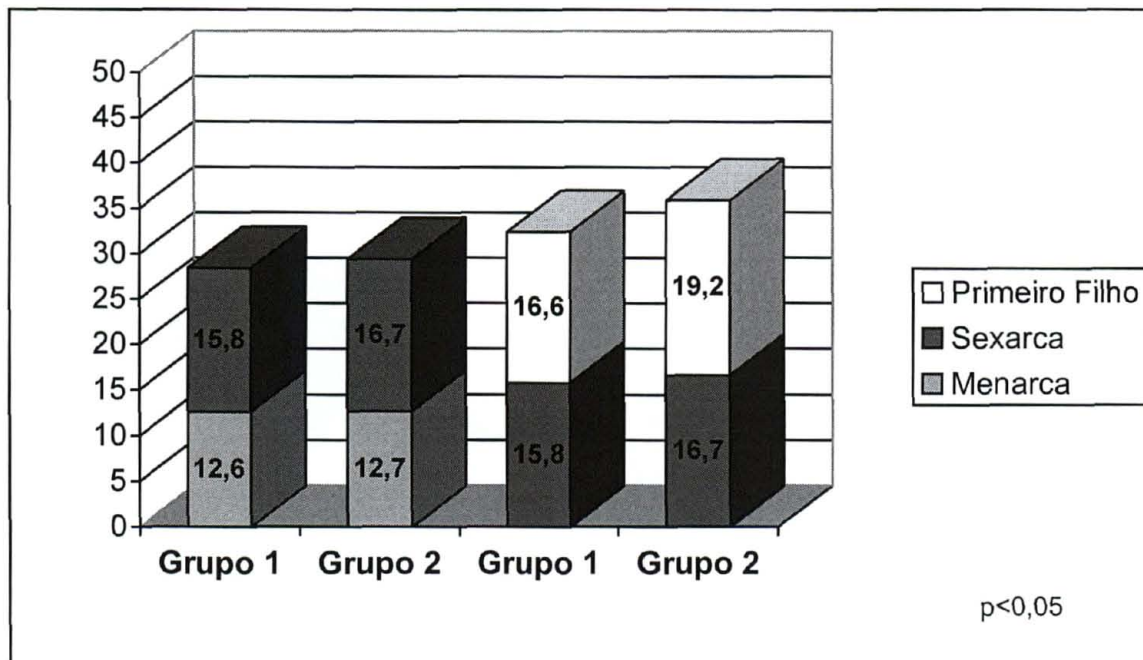
As pacientes do grupo 1 tiveram seu primeiro filho, em média, aos 16,6 anos, enquanto a média para o grupo 2 foi de 19,2 anos, como se pode verificar no gráfico 3, ressaltando-se que as gestantes do grupo 2 também iniciaram sua vida reprodutiva na adolescência.

**Gráfico 3: Distribuição quanto à idade média em que as gestantes tiveram o primeiro filho**



FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

**Gráfico 4 - Comparação entre a média de idades da menarca, sexarca e nascimento do primeiro filho nos grupos de gestantes**



FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

O gráfico 4 apresenta a distribuição das médias de idade entre a primeira menstruação, a primeira relação sexual e a idade em que a gestante teve o primeiro filho. Observa-se que a diferença de idade entre a primeira menstruação e a primeira relação sexual foi de 3,2 anos para o grupo 1 e de 4 anos para o grupo 2. A diferença média entre a idade de iniciação sexual e a do nascimento do primeiro filho foi de 10 meses para o grupo 1 e de 31 meses para o grupo 2.

Em relação ao conhecimento de métodos anticoncepcionais, o grupo de adolescentes tem uma proporção maior de desconhecimento total desses métodos, em comparação com o grupo 2 (6,0% e 1,2%). Contudo, quando analisados os parâmetros de conhecimento de um ou mais métodos contraceptivos, encontrou-se que o grupo das adolescentes tem maior conhecimento desses métodos quando comparados com o grupo 2 (tabela 15).

**Tabela 15 - Distribuição quanto ao conhecimento de métodos anticoncepcionais**

Número De Métodos	Grupo 1	Grupo 2	% Grupo 1	% AcumG1	% Grupo 2	% AcumG2
0	13	5	6,0	6,0	1,2	1,2
1	31	48	14,4	20,4	12,0	13,2
2	44	91	20,4	40,8	22,9	36,1
3	48	85	22,2	63,0	21,4	57,5
4	25	49	11,6	74,6	12,3	69,8
5	21	30	9,7	84,3	7,5	77,3
6	15	31	6,9	91,2	7,8	85,1
7	6	19	2,8	94,0	4,8	89,9
8	13	40	6,0	100,0	10,1	100,0
TOTAL	216	398	100,0		100,0	

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

A tabela 16 compara os grupos quanto ao uso ou não de métodos anticoncepcionais por ocasião da gravidez e observou-se que as gestantes do grupo 2 estavam evitando a gravidez com um percentual em torno de 8% maior que as do grupo 1. Todavia, a maioria das gestantes de ambos os grupos não estava fazendo uso de método anticoncepcional.

**Tabela 16 - Distribuição quanto ao uso de método anticoncepcional quando engravidou**

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL	GRUPO 1	GRUPO 2	p <0,0001
Sim	65 (30,1%)	151 (37,9%)	
Não	149 (69,0%)	246 (61,8%)	
Sem Informação	2 (0,9%)	1 (0,3%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

Em relação à assistência Pré-Natal, a maioria das gestantes dos dois grupos a realizaram, sem ocorrer diferenças significantes entre elas. Já quanto ao número de consultas, houve maior proporção nas gestantes do grupo 2, porém sem significância estatística (tabela 17).

**Tabela 17 - Distribuição quanto à realização de Pré-Natal e número de consultas**

PRÉ-NATAL	GRUPO 1	GRUPO 2	P=0,07
Sim	209 (96,8%)	382 (96,0%)	
Não	7 (3,2%)	16 (4,0%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	
NÚMERO DE CONSULTAS	GRUPO 1	GRUPO 2	p= 0.07
< 6	96 (44,5%)	148 (36,7%)	
> 6	113 (52,3%)	236 (59,3%)	
Sem Pré-Natal	7 (3,2%)	14 (4,0%)	
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>398</b>	

FONTE: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR - 1999.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo, realizado em população de gestantes do Hospital de Clínicas da UFPR, indicam que as adolescentes apresentam aspectos sócio-demográficos, psicológicos e de saúde sexual e reprodutiva mais desfavoráveis que o grupo de adultas, o que poderia ter como consequência, uma menor projeção social no futuro, com reflexos sobre as suas próprias vidas e a de seus filhos. McCAULEY e SALTER (1995), JIMENEZ, MARTIN e GARCIA (2000), e ALVES (2001) reforçam esta opinião quando concluem que a mulher ao ter o seu primeiro filho na adolescência apresenta maior probabilidade de obter um nível mais baixo de instrução, de não conseguir empregos ou rendimentos satisfatórios e de viver na pobreza.

A idade média do grupo de adolescentes deste estudo foi de 17,2 anos, achado concordante com os de ARAÚJO, PIRES e CUNHA (1998), PADILLA DE GIL (2000) e ALVES (2001), em estudos similares realizados no Rio de Janeiro, São Salvador e na Paraíba, evidenciando que não se encontram diferenças na média de idade em que as adolescentes engravidam, tanto em nosso país como na América Latina.

Aproximadamente 1/3 das gestantes desse estudo tinham até 16 anos, dado semelhante ao encontrado por LIPPI e SEGRE(1998). Observamos, no grupo adolescente, um incremento linear no número de gestações com o aumento da idade, sendo que as pacientes de 19 anos correspondem a 26,4% das gestantes, porcentagem similar à encontrada por CUNHA, MONTEIRO e REIS (1998), e ALVES (2001).

Os parceiros das adolescentes eram, em média, 5,1 anos mais velhos que suas companheiras, com idade média de 22,3 anos. No grupo das adultas, a diferença de idades foi de 4,4 anos, com idade média do companheiro de 28 anos. Esses achados estão em concordância com os de MILLAR e WADHERA (1997), que encontraram que 77% dos companheiros das adolescentes tinham maior faixa etária do que as suas companheiras cerca de 4,1 anos. Para esses autores, a diferença média entre as idades das gestantes não adolescentes e seus parceiros foi de 2,6 anos. PADILLA DE GIL (2000) também encontrou resultados semelhantes em seu estudo, entretanto esses resultados diferem dos de CUNHA, PAIVA e CALDAS (1998) e CUNHA, MONTEIRO e REIS (1998), que encontraram a idade média de 19 anos para os companheiros e que estes eram, em média, 7 anos mais velhos que as adolescentes.

Embora haja divergência entre os autores quanto a média de idade do companheiro da adolescente, observamos, em todos os estudos, que esta média é superior a 3 anos. Este achado reflete uma característica comum em adolescentes que é a atração por homens mais velhos. Podemos formular a hipótese de que isto talvez ocorra pelo fato de a mulher atingir a maturidade cognitiva e emocional antes do homem.

Em relação ao número de parceiros, as adolescentes apresentam um número menor do que as adultas, contrapondo a suposição de que a adolescente é promíscua em seu relacionamento sexual, trocando freqüentemente de companheiro. Esse também foi o achado de MARTINS e SALVADOR (2000), que encontraram 70% das adolescentes com apenas um parceiro. NARRING, MICHAUD e SHARME (1996), inclusive, referem que é fator de risco para a gravidez o fato de já ter tido 4 ou mais parceiros, dados discordantes deste estudo.

Na maioria, as adolescentes deste estudo (72,2%) eram casadas ou viviam em união consensual estável. Esse achado difere dos estudos mais antigos (VALENTE, 1977; AMAYA et al., 1983; ARIAS et al., 1985; VALDEZ BANDA e VALLE VIRGEN, 1996), porém está de acordo com os estudos mais recentes (CUNHA, MONTEIRO e REIS, 1998; MONTEIRO et al., 1998; FERRAZ e FERREIRA, 1998; MARTINS e SALVADOR, 2000; PADILLA DE GIL, 2000). Esses achados provavelmente se explicam pelo fato de os autores anteriores a 1996, considerarem na categoria de casadas apenas as gestantes que possuíam vínculo civil legal e não aquelas que viviam em união consensual.

Observamos que a gravidez não determinou a união, pois a maioria da população adolescente do estudo já vivia em união estável anteriormente à gestação. Entretanto, uma porcentagem maior de adolescentes casou após engravidar (14,4% e 8,5%). Estes achados diferem dos de SOUZA (1998), que afirma haver indícios de que os filhos seriam elementos que estariam pressionando as uniões, pois as chances de uma mulher estar unida a um companheiro, em todas as idades, são significativamente maiores se essa mulher teve ao menos um filho, embora o caráter instável dessas uniões aumente a chance de separação.

O nível de escolaridade das gestantes adolescentes foi menor do que o esperado para suas idades - e reflete o tipo de população do Hospital de Clínicas, que é de baixo nível sócio-econômico e baixa escolaridade -, pois 69,9% possuíam apenas o ensino fundamental. Entretanto, a escolaridade das gestantes adultas, neste estudo, foi pior do

que a do grupo de adolescentes, já que uma porcentagem maior neste último grupo havia concluído o ensino médio (27,8% e 20,6%). Vale ressaltar que 3 gestantes de cada grupo eram analfabetas. Considerando que a conclusão do ensino fundamental implica em 8 anos de estudo e que a taxa média de escolaridade da região Sul é de 6.2 anos, segundo o Censo 2000, podemos supor a existência de outros fatores intervenientes na questão da escolaridade da população estudada, como baixa renda, entrada precoce no mercado de trabalho e dificuldade de acesso à escola, entre outros. Os dados obtidos nesta pesquisa são, em parte, semelhantes aos de BRUNO et al. (1991) e MARTINS e SALVADOR (2000), que encontraram uma porcentagem de 13% de analfabetas e 75% com o primeiro grau incompleto. O POPULATION REFERENCE BUREAU Inc. (1996) afirma que as mulheres com maior nível de escolaridade tendem a casarem-se e terem filhos mais tarde, o que também se observa neste estudo. De acordo com a BEMFAM (PNDS-96), das adolescentes com até 3 anos de estudo, 34% já eram mães ou estavam grávidas, proporção que era quase seis vezes maior que a encontrada no grupo com 9 a 11 anos de estudo. A educação é inversamente proporcional à fecundidade, o que pode ser explicado pela alfabetização, pela aquisição de conhecimentos e pela elaboração de novos valores. A gravidez na adolescência afeta o patamar de educação alcançada, permanecendo estas mães com um nível de escolaridade mais baixo (OLAUSSON, CNATTINGIUS e GOLDENBERG, 1997; FERREIRA e FERRAZ, 1998; SOUZA, 1998; LAMMERS, 2000).

A maioria das adolescentes deste estudo (58,8%) estava fora da escola quando engravidou, o mesmo ocorrendo em proporção significativamente maior nas gestantes adultas, como era de se esperar, já que estas se encontram fora da faixa etária atendida pelo sistema regular de ensino. MONTEIRO et al. (1998) encontraram uma porcentagem maior de abandono dos estudos pela gravidez (62,3%), dado semelhante ao nosso.

Observamos, ainda, que cerca da metade das adolescentes deixaram de estudar após a gravidez, o que também ocorreu com as adultas numa maior porcentagem. Com relação às gestantes que abandonaram os estudos após a gravidez, 69% das adolescentes e 41,2% das adultas pretendem voltar à escola, dado similar ao encontrado por PADILLA DE GIL (2000).

Considerando que o nível de escolaridade das adultas é mais baixo do que o das adolescentes e 88,2% daquelas já haviam abandonado os estudos previamente à gravidez e não pretendiam voltar a estudar, concordamos com SOUZA (1998) que há

causalidade em duas direções: menor grau de escolaridade aumenta a fecundidade e, por outro, os filhos reduzem as chances de escolarização e, por conseqüência, o nível educacional das mulheres, gerando um círculo vicioso.

As mulheres, de ambos os grupos, possuem um nível de escolaridade superior a de seus companheiro, embora um quarto delas desconheça o nível de escolaridade do parceiro. De modo geral, a escolaridade dos companheiros é baixa, já que 52,8% dos parceiros das gestantes adolescentes e 40,7% dos companheiros das adultas possuem apenas o ensino fundamental. Este achado é compatível com os dados do Censo 2000 para o nível médio de escolaridade da região Sul.

Em relação à situação laboral, apenas 25% das adolescentes trabalhavam antes da gravidez e dessas, cerca de metade deixou de trabalhar, permanecendo no mercado de trabalho 13% delas, a maioria em atividades informais. O abandono do trabalho no grupo de adolescentes foi maior que o verificado no grupo das adultas, sendo que os companheiros das gestantes dos dois grupos eram os principais mantenedores da família. Estes achados concordam com os de ARIAS (1985), que refere 13% das adolescentes grávidas trabalhando formalmente e os de CUNHA, MONTEIRO e REIS (1998), que referem 16% das adolescentes trabalhando, com renda familiar média de 2,17 salários mínimos. Concordamos com SOUZA (1998), quando ele considera que a gestação na adolescência implica em desvantagem, à medida que papéis de gênero limitam a capacidade das mulheres de conduzir simultaneamente atividades produtivas e funções reprodutivas, reduzindo sua possibilidade de adequação às exigências do mercado de trabalho.

Observamos que o nível sócio-econômico é baixo em ambos os grupos, sendo a renda média das adolescentes de 1,9 salários mínimos e de 3,02 salários no grupo das adultas. Em decorrência de sua baixa condição econômica, as adolescentes apresentam uma maior dependência familiar, achado concordante com SIQUEIRA et al. (1981), POPULATION REFERENCE BUREAU Inc. (1996), OLAUSSON, CNATTINGIUS e GOLDENBERG (1997) e ALVES (2001). De acordo com BUVINIC (1998), os nascimentos em adolescentes estão mais relacionados com conseqüências econômicas que sociais e esses efeitos prevalecem nas mais pobres, como ocorre com a população de nosso estudo. A constelação familiar média de 4,25 pessoas no grupo das adolescentes, que sobrevivem com 2 salários mínimos, se comparada com a constelação de 4,37 pessoas no grupo das adultas, mas com renda média 50% maior, retrata bem a baixa condição econômica em que as adolescentes vivem. Esses achados estão de

acordo com os de CUNHA, PAIVA E CALDAS (1998), que encontraram famílias constituídas por 5 pessoas, sendo que apenas duas trabalhavam.

ALMEIDA (1987) considera que a falta de autonomia e a interrupção das relações sociais, do estudo e do trabalho, constituem os riscos psicossociais das adolescentes que engravidam e as obrigam a procurar ajuda de seus pais. CREATSAS (1995), concluiu que as conseqüências médicas da gravidez em adolescentes podem ser minimizadas com atendimento adequado, mas os problemas sociais e psicológicos só serão minimizados com a implementação de programas que ofereçam suporte psicossocial às adolescentes grávidas.

O relacionamento das gestantes com os pais foi bom em ambos os grupos, porém foi melhor com as mães do que com os pais. Esses achados estão em concordância com os de CUNHA, PAIVA e CALDAS (1998), que encontraram 72% de bom relacionamento parental.

SEAMARK e PEREIRA-GRAY (1997), referem que as adolescentes grávidas nos anos 90 tiveram uma chance maior de terem mães que também tiveram filhos na adolescência, quando comparadas com adolescentes não grávidas. Esse achado motivou a investigação desse dado em nosso estudo. Observamos que o antecedente de mãe adolescente foi comum nos dois grupos, embora significativamente maior no grupo das adolescentes. Porém, como a maioria das adultas iniciaram sua vida reprodutiva também na adolescência, o antecedente de mãe adolescente verificou-se em 46% das gestantes desse grupo. Esses achados são concordantes com os de BUVINIC (1998) e CUNHA, PAIVA e CALDAS (1998), que encontraram 70% de antecedente de mãe adolescente nas populações estudadas e estabeleceram que as filhas de mães adolescentes apresentam um risco duas vezes maior de tornarem-se mães na adolescência.

A maior parte das gestantes não desejava a gravidez, sendo essa porcentagem maior nas adolescentes que nas adultas ( 67,6 e 58%, respectivamente). Com relação a esse achado, encontramos, na literatura, uma grande divergência entre os autores. SPITZ et al.(1996), referem que 95% das gestações em adolescentes, nos Estados Unidos, são indesejadas, o que se contrapõe ao índice de 70% apresentado pelo MMWR (1997); ARIAS (1985), refere uma porcentagem de 81%, em Bogotá, na Colômbia; MONTEIRO et al. (1998), encontraram 74% de gestações não planejadas; a BEMFAM (PNDS-96) e SOUZA (1998), apontam que 50% das gestações em adolescentes são indesejadas, o que está em concordância com nossos achados. Por outro lado,

MARTINS e SALVADOR (2000), encontraram que a maioria (58,85%) das mães desejava a gravidez. Essa disparidade entre os autores deve-se, provavelmente, às diferentes formas de abordagem metodológica na coleta dos dados. Para CAVALCANTI, AMORIM e SANTOS (2002), como engravidar nem sempre faz parte do projeto de vida das adolescentes, a gravidez indesejada ou inesperada passa a ser um peso social, principalmente nas camadas menos favorecidas, nas quais, muitas vezes, é encarada como uma predestinação ou uma fatalidade. Para os autores, embora a gravidez na adolescência possa aparecer como um evento inesperado, está sempre associada a uma história de vida particular, na qual o desejo de engravidar pode ser inconsciente, o que dificulta sua avaliação objetiva

A maioria das gestantes adolescentes era de primigestas (76,4%), em contraste com o grupo controle que apresentava 25,6% de primigestas. Das adolescentes, 23,6% tiveram mais que uma gestação. A média de primigestas adolescentes encontradas na literatura foi de 77,7% (VALENTE, 1977; AMAYA, 1983; PINTO E SILVA e SARMENTO, 1988; LIPPI e SEGRE, 1988; OLAUSSON, CNATTINGIUS e GOLDENBERG, 1997; CUNHA, MONTEIRO e REIS, 1998, MAIA FILHO, 1998; MARTINS e SALVADOR, 2000; PADILLA DE GIL, 2000; LAMMERS, 2000; ALVES, 2001).

PINTO E SILVA e SARMENTO (1988) e PINTO E SILVA e NOQUEIRA (1988) estudaram, de forma comparativa, adolescentes primigestas e multigestas, observando que estas representavam 37,9% da população estudada, concluindo que os indicadores sociais e comportamentais para o grupo de múltiparas eram desfavoráveis para a higiene e segurança da adolescente e de seu conceito. Esses achados concordam parcialmente com nossos resultados, nos quais as adolescentes apresentaram pior condição sócio-econômica, maior dependência familiar e abandono da escola e do mercado de trabalho, o que seriam fatores que aumentariam o risco de pobreza para esse grupo. Vale ressaltar a existência de um grande número de múltiparas no grupo 2 (74,7%), com 12,9% delas com cinco ou mais gestações anteriores. Esse achado está em concordância com o de GOZZANO et al. (1990), que observaram que pacientes adultas que haviam iniciado sua atividade sexual na adolescência, vieram a ter mais filhos do que aquelas que a haviam iniciado na fase adulta. Em nosso estudo, as gestantes adultas iniciaram a vida reprodutiva aos 11 anos, com a maioria tendo o primeiro filho na adolescência. Segundo SENESI (2002), a multiparidade aumenta o risco de doenças e

até de morte, tanto para a mãe como para os filhos, ocorrendo um incremento do risco após o 5.º ou 6.º parto.

A idade média da menarca foi semelhante em ambos os grupos ( 12,6 no grupo 1 e 12,7% no grupo 2) e concordantes com os achados da literatura (BEMFAM, 1992; CUNHA, MONTEIRO e REIS, 1998; MARTINS e SALVADOR, 2000; LAMMERS, 2000). PINTO E SILVA (1984), refere que as adolescentes que engravidam são aquelas que tiveram a menarca precocemente em relação às adultas, o que não foi encontrado em nosso estudo.

Observamos que a sexarca ocorreu precocemente nas gestantes adolescentes em relação ao grupo controle, sendo que 80% das adolescentes tinham menos de 16 anos à época da primeira relação, enquanto esse percentual foi de 45% nas gestantes adultas. Esses achados concordam com os da maioria dos autores. CUNHA, PAIVA e CALDAS (1998) e CUNHA, MONTEIRO e REIS (1998), encontraram a idade média de 14,3 anos para a primeira relação sexual, em população de baixa condição sócio-econômica, do Rio de Janeiro. PADILLA DE GIL (2000), encontrou que a média de idade de iniciação sexual, em população de São Salvador, era de 15,3 anos. MARTINS e SALVADOR (2000), no Maranhão, referem que a sexarca ocorreu antes dos 15 anos em 54,7% das adolescentes. GOZZANO et al. (1990), encontraram a idade média de 15,3 anos para a iniciação sexual enquanto AMAYA (1983), encontrou a média de 16 anos. Os achados desse autores estão em concordância com os de nosso estudo. FERRAZ e FERREIRA (1998), referindo à PNDS-96, encontraram a idade média de 19,5 anos para todas as mulheres até 24 anos, com variações regionais. Os autores encontraram, ainda, que 33% das mulheres entre 15 e 19 anos já haviam tido a primeira relação sexual, sendo 3% maritais e 30% pré-maritais, número esse que havia aumentado em mais de 100% se comparado com a pesquisa da BEMFAM (1992), que encontrara 14% de relações pré-maritais. Ainda, segundo a BEMFAM (PNDS-96), as adolescentes de 15 a 19 anos que iniciaram sua vida sexual em relações pré-maritais, o fizeram, em média, aos 16,4 anos. Esse dado confirma a hipótese de que a iniciação sexual precoce é um risco para a gravidez na adolescência (LAMMERS, 2000).

Observamos que ocorre uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com relação à idade média em que as gestantes tiveram o primeiro filho, sendo de 2 anos e 8 meses a diferença entre os grupos, achado esse em concordância com PADILLA DE GIL (2000). CUNHA, PAIVA E CALDAS (1998) e MONTEIRO et al. (1999), encontraram que a idade média na qual as adolescentes tiveram o primeiro filho

era de 15,4 anos, achado que é inferior ao observado na nossa população de estudo e que deve merecer a atenção do pesquisador, visto que varia de acordo com a população estudada.

Observamos também que houve diferenças entre os grupos quanto ao período de latência entre a primeira relação sexual e a primeira gestação, que foi, em média, de 10 meses nas adolescentes e de 31 meses nas adultas, achado esse concordante com ZELAYA et al.( 1997), que encontraram 22 meses de latência entre a sexarca e o final da primeira gestação entre as mulheres de 15 a 49 anos.

Em relação ao conhecimento de métodos anticoncepcionais, as adolescentes possuem um conhecimento de um número maior de métodos do que as adultas, sendo que 6,0% daquelas não conhecem nenhum método. Todavia, as adolescentes utilizavam menos os métodos contraceptivos que as adultas, mesmo não desejando a gestação. Das adultas, 75% já estavam no segundo filho pois, quem já teve filhos, usa melhor os métodos contraceptivos ( MELLO, 2000). Segundo a BEMFAM (1999), PNDS-96, 99,4% das mulheres pesquisadas conheciam algum método anticoncepcional, sendo a pílula e o condom os mais conhecidos (18,7 e 17,3%), achados coincidentes com o nosso estudo e divergentes dos de MAIA FILHO (1998), LAMMERS (2000) e MARTINS e SALVADOR (2000), que referem apenas 13,6% de conhecimento de algum método anticoncepcional.

MELLO et al. (2000), referem que as principais opções para os métodos contraceptivos temporários e reversíveis, ainda são a contracepção hormonal oral, métodos de barreira como o condom e, em menor grau, os hormônios contraceptivos injetáveis, o que coincide com a preferência demonstrada pelas gestantes de nosso estudo. Entretanto, 30% das adolescentes ficaram grávidas utilizando algum método contraceptivo, sendo que a pílula foi referida como o método mais utilizado por elas (18,1%), seguido do preservativo (8,8%).

A BEMFAM (1999), PNDS-96, encontrou que 15,9% das mulheres pesquisadas engravidaram usando métodos contraceptivos, das quais 1/3 utilizava coito interrompido e 1/3 faziam uso da tabela, métodos de baixa eficácia. A pílula e o preservativo eram utilizadas em menor proporção ( 13,3 e 11,9%). Em contrapartida, as adolescentes de nosso estudo, engravidaram utilizando métodos de alta eficácia, o que nos leva a pensar na hipótese de uso incorreto ou inadequado dos métodos. Segundo ANDRADE (2000), métodos de alta eficácia, fáceis de usar e reversíveis, devem estar disponíveis, com orientação adequada para o seu uso, permitindo a contracepção

quando desejada e a possibilidade de gravidez quando o uso for interrompido. NARRING, MICHAUD e SHARMA (1996), referem que é fator de risco para gravidez na adolescência o uso de método contraceptivo de baixa eficácia. Segundo o POPULATION REFERENCE BUREAU Inc. (1996), métodos contraceptivos são freqüentemente inacessíveis para as adolescentes, devido a tabus sociais, a barreiras econômicas e geográficas, à baixa confidencialidade dos serviços, ao conhecimento inadequado sobre os contraceptivos, assim como onde obtê-los.

Encontramos que a maioria das gestantes, de ambos os grupos, realizaram pré-natal e foram captadas precocemente, até 15 semanas de gestação (54,2 e 63,4%, respectivamente), sendo que a maioria realizou mais de seis consultas. Esses achados concordam com RIBEIRO et al. (2000) que, comparando duas coortes de mães adolescentes, em Ribeirão Preto, observaram que houve aumento no número de consultas pré-natais no intervalo de tempo estudado, o que levanta a hipótese de melhoria da assistência pré-natal nos últimos anos, com as gestantes sendo captadas mais precocemente. Entretanto, grande parte dos autores consultados referem que as adolescentes apresentam menor freqüência de pré-natal e são captadas mais tardiamente ( VALENTE et al., 1977; VITIELLO, 1988; PINTO E SILVA, 1986; LOPEZ et al., 1989; KETTERLINUS, HENDERSON e LAMB, 1989; BRUNO et al., 1991; VALDEZ BANDA e VALLE VIRGEN, 1996; BERENSON et al., 1997; MONTEIRO et al., 1998; MAIA FILHO, 1998; COSTA et al., 2001). BEDICS(1994), identificou algumas razões para as mulheres não procurarem a assistência pré-natal: consideraram outros eventos como prioritários, procuram o serviço mas recebem informações pobres ou não desejam a gravidez. Essas razões indicam claramente a necessidade de intervenção dos serviços sociais, como ocorre, por exemplo, no Programa Saúde da Família.

O perfil da adolescente gestante de nosso estudo, revelou: baixo nível sócio-econômico, baixa escolaridade, abandono da escola e do trabalho, iniciação sexual precoce e gravidez inesperada ou indesejada, apresentando um risco social, econômico, psicológico e de saúde sexual e reprodutiva. Essas conclusões são semelhantes às obtidas por BERENSON, WIEMANN e McCOMBS (1997), que propõem, para limitar ou prevenir essas conseqüências, a longo prazo, o desenvolvimento de programas de prevenção e de seguimento para mães adolescentes. Em acréscimo, para a prevenção da gestação na adolescência, o POPULATION REFERENCE BUREAU Inc.(1996) e BARNETT (1997) propõem que sejam realizados programas específicos para satisfazer

a necessidade dessa população, aumentando a participação dos jovens e promovendo uma educação sexual pertinente, incluindo aspectos da sexualidade e de gênero, de modo a ajudar às adolescentes a melhorar suas técnicas de comunicação e de negociação, aclarar seus valores, mudar os comportamentos de risco, promover melhoria na auto-estima e na tomada de decisões. Concordamos com os autores e julgamos que, para atingir as metas propostas, sejam necessárias algumas ações distintas:

- promover educação sexual ampla, nas escolas e fora delas, pelos profissionais de saúde e com participação da comunidade, tentando engajar as adolescentes que abandonaram a vida escolar;

- oferecer serviços gratuitos de saúde dirigidos aos adolescentes, onde eles possam ter acesso aos métodos contraceptivos e serem orientados quanto ao seu uso adequado, para prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis;

- ofertar serviços de saúde preparados para acolher a adolescente grávida, sem preconceitos, dando atenção, não só aos aspectos biológicos da reprodução, mas também aos aspectos sociais e psicológicos, melhorando a assistência pré e pós-natal, atuando, dessa forma, na prevenção de nova gestação;

- constituição de equipes multidisciplinares de saúde para atendimento aos aspectos envolvidos e melhoria das políticas de saúde efetivas na área de saúde sexual e reprodutiva do adolescente.

## 7 CONCLUSÕES

### 7.1 Geral

Na população de gestantes atendidas na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR, observou-se que, houve, entre as gestantes adolescentes, uma condição desfavorável para a maioria das variáveis estudadas, quando comparadas com o grupo de gestantes adultas.

### 7.2 Específicas

7.2.1.a O perfil sócio-demográfico revelou que as adolescentes engravidaram, em média, aos 17 anos, a maioria estava em regime de união estável antes de engravidar, com companheiros mais velhos, tinham menor número de parceiros, baixa escolaridade (porém, melhor do que a das adultas) e já não estudavam à época da concepção. Cerca de metade das adolescentes que freqüentavam a escola, abandonaram os estudos.

7.2.1.b Comparados os aspectos sócio-econômicos entre os grupos, as adolescentes apresentaram menor renda familiar, maior dependência em relação à família e, entre as que trabalhavam (cerca de 1/4), metade abandonou sua atividade laborativa.

7.2.2. O relacionamento com os pais foi bom, sendo melhor com a mãe em comparação ao pai. As adolescentes tiveram maior proporção de mães adolescentes e de gestação indesejada.

7.2.3.a A maioria das adolescentes era de primigestas, ao contrário das adultas, em que a predominância foi de multiparidade. Entretanto, 1/4 das adolescentes foi de múltiparas. Não houve diferenças entre a idade média da menarca entre os grupos, porém a sexarca foi mais precoce nas adolescentes. Entre as adultas, a maioria teve o primeiro filho também na adolescência.

7.2.3.b As adolescentes tinham maior conhecimento de métodos contraceptivos em comparação com as adultas. Mesmo não desejando a gravidez, a maioria daquelas, não utilizava nenhum método contraceptivo. Não houve diferenças entre os grupos quanto à realização e número de consultas pré-natal.

## REFERÊNCIAS

ALMANAQUE ABRIL. **Brasil Atual**. População e Demografia. São Paulo, Abril, 2001, p.114-115.

ALMANAQUE ABRIL. **Brasil Atual**. Saúde - Saúde do Adolescente. São Paulo, Abril, 2001, p.144-149.

ALMEIDA, J. M. R. **Adolescência e Maternidade**. Lisboa, Fundação Calouste Gilbenkian, 1987.

ALVES, A. M. P. M. **Partos em adolescente: um perfil epidemiológico no município de João Pessoa – PB, 1990-1999**. João Pessoa, s.n., 2001. 56p. Dissertação apresentada ao Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

AMAYA, J. A. B. et al. Aspectos perinatales de las adolescentes en la Clinica de Maternidade “Rafael Calvo C”. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia**, v. XXXVI, n. 2, p. 102-112, 1983.

ANDRADE, R.P.; POLI M.; PETRACCO, A.; MORAIS, K. M.; CAMARGOS, A. F. **Contraceção**. Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro, Revinter, 287p., 2000.

AQUINO-CUNHA, M.; QUEIROZ-ANDRADE, M.; TAVARES-NETO, J.; ANDRADE, T. Gestação na Adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. **Rev. Bras. Ginec. Obst.**, v.24, n.º 8, p. 513-519, 2002.

ARAÚJO, W. J.; W. J.; PIRES, E. S.; CUNHA, A. A. Parto na Adolescência. In: MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; BASTOS, A. C. **Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, p. 97-105,1998..

ARIAS, G. E. G.; GOMEZ, L. E. O.; ESCOBAR, R. G. Características de la gestante adolescente: Instituto Materno Infantil Bogotá, 1985. **Universidad Nacional. Facultad de Enfermería**. Colombia, p. 136, 1985.

BAENINGER, R. Demografia da População Jovem. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília, v.1, p.19-29, 1999.

BARNETT, B. La educación retrasa el inicio de la vida sexual. **Network en español. Family Health International**, v.17, n. 3, p. 14-20, 1997.

BARNETT, B. Adolescents: Salud de la reproducción. **Network en español. Family Health International**, v. 17, n. 3, p. 9, 1997.

BARNETT, B. Las normas de género influyen en los adolescentes. **Network en español. Family Health International**, v. 17, n. 3, p. 10-13,31, 1997.

BEDICS, B. C. Nonuse of prenatal care: implications for social work involvement. **Health Soc. Work.** v. 19, n. 2, p. 84-92, May 1994.

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil. **Pesquisa Sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem. Rio de Janeiro, Curitiba e Recife. 1989-1990.** C.D.C. 1992.

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil. **Adolescentes, Jovens e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS-96: BRASIL – Adolescentes e Jovens).** Rio de Janeiro, CDC, junho 1999.

BERENSON, A. B.; WIEMANN, C. M.; ROWE, T. F; RICHERT, V. I. Inadequate weight gain among pregnant adolescents: Risk factors and relationship to infant birth weight. **American Journal Obstetrics Gynecology**, v. 176, n. 6, p. 1220-1227, 1997.

BERENSON, A. B.; WIEMANN, C. M.; McCOMBS, B. A. Adverse Perinatal Outcomes in Young Adolescents. **The Journal of Reproductive Medicine**, v. 42, n. 9, p. 559-563, September 1997.

BOCK, A. M. B. Adolescência: uma concepção crítica. Discutindo a concepção da adolescência. In: Ministério da Saúde. **Protagonismo Juvenil.** Caderno de Atividades, versão preliminar, Brasília, p.52-57, 2001.

BRASIL Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000.** Fecundidade Mortalidade. Disponível em:  
<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/fecundidade\\_mortalidade](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/fecundidade_mortalidade)> Acesso em 12 maio 2002..

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000:** Indicadores Sociais Mínimos. Disponível em:  
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos>>  
> Acesso em 12 maio 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Agravos e Notificações (SINAN). Taxa de Mortalidade Perinatal. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/inform/ripsa.htm>>. Acesso em 07/02/2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Mulher: Mortalidade Materna. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/mortal.htm>>. Acesso em 14 março 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Mulher: Planejamento Familiar. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/planej.htm>>. Acesso em 14 março 2002.

BRASIL. Assistência à Saúde da Mulher do Ciclo Gravídico-Puerperal **SUS 1994-1997.** Disponível em <<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/assist.htm>>. Acesso em 14 março 2002.

BRUNO, Z. V.; OLIVEIRA, F. C.; BEZERRA, M. F.; MORAIS, I. Q. Fatores de risco na gravidez da adolescente: Experiência em 1121 casos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, n. 4, p. 165-167, 1991.

BUVINIC, M. The Costs of Adolescent Childbearing: Evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and México. **Studies in Family Planning**, v. 29, n. 2, p. 201-209, June 1998.

CAVALCANTI, S. M. O. C.; AMORIM, M. M. R.; SANTOS, L. C. O significado da gravidez para a adolescente. **Femina**, v. 29, n. 5, p. 311-314, 2001.

CHALAR SILVA, A. Sexualidade e a Adolescência. In: Comissão Nacional de Sexologia da FEBRASGO. **Sexologia II**, São Paulo: Roca, p. 125-128, 1986.

COATES, V. e SANT'ANNA, M. J. C. Gravidez na Adolescência. In: FRANÇOSO, L. A.; GEJER, D. e REATO, L. F. N. **Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência**, São Paulo, Editora Atheneu, p. 71-84, 2001.

**Consecuencias Sociales para la madre adolescente.** Disponível em: <http://www.oni.escuelas.edu.ar/2001/cordoba/padres-adolescentes/Consec.Sociales%20..>> Acesso em 20 janeiro 2003.

COOPER, L.G.; LELAND, N. L. e ALEXANDER, G. Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents. **Soc. Biol.** v. 42, n. 1-2, p. 22-35, Spring-Summer 1995.

COSTA, M. C. O.; BASTOS, C. A. T.; SOBRINHO, C. L.; FREITAS, J. O.; FERREIRA, K. A. L. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. **J. Pediatr.**, v. 77, n. 3, p. 235-242, maio-jun. 2001.

CREATSAS, G. C. Adolescent pregnancy in Europe. **Int. J. Fertil. Menopause Stud.**, v. 40, suppl. 2, p. 80-84, 1995.

CUNHA, A. A.; PAIVA, A. S.; CALDAS, M. L. C. S. Perfil Psicossocial da Gravidez na Adolescência. In: MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; BASTOS, A. C. **Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, p. 07-30, 1998.

CUNHA, A. A.; MONTEIRO, D. L. M.; REIS, A. F. F. Fatores de Risco da Gravidez na Adolescência. In: Monteiro, D. L. M.; CUNHA, A. A.; BASTOS, A. C. **Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, p. 43-55, 1998.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente**, Secretaria Municipal de Saúde. Curitiba, 1<sup>a</sup> ed., p. 44-54, novembro de 2002.

CURITIBA. Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna Anais dos dez anos dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna no Paraná.. Curitiba, 1999.

CURITIBA. Comitê Estadual de prevenção da Mortalidade Materna Mortalidade Materna no Paraná: Vigilância X Redução. Relatório trienal 1997 a 1999. Curitiba, 2002.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Mãe Curitibana. Curitiba, 2002.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Diagnóstico em Saúde. Programa Nascer em Curitiba. Perfil dos nascidos vivos. Curitiba, 2001.

Cartilha Saúde Materna: Componente Essencial dos Direitos Reprodutivos. Disponível em: <[http://www.redesaude.org.br/html/body\\_ct-sm-cap3.html](http://www.redesaude.org.br/html/body_ct-sm-cap3.html)>. Acesso em 28 fevereiro 2003.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). **Salud de la reproducción de los adultos jóvenes: Anticoncepción, embarazo y enfermedades de transmisión sexual**, p. 02-60, 1998.

FERRAZ, E.; FERREIRA, I. Q. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E.; BAILEY, P.; McKAY, A. **Seminário Gravidez na Adolescência**, Ministério da Saúde, p. 47-55, 1998.

FRASER, A. M.; BROCKERT, J. E.; WARD, R. H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. **The New England Journal of Medicine**, v. 332, n.17, p. 1113-1117, April 1995.

GOZZANO, J. O. A. et al. A. Comportamento sexual e gestação na adolescência. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 100, n. 5, p. 125-128, Maio-Junho 1990.

JIMENEZ, M. A.; MARTIN, A. R.; GARCIA, J. R. Comparing the biological and psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults. **Eur. J. Epidemiol.**, v. 16, n. 6, p. 527-532, 2000.

KAPLAN, H. S. **Enciclopédia Básica de Educação Sexual**. Rio de Janeiro: Record, 1983.

KETTERLINUS, R. D.; HENDERSON, S.H.; LAMB, M. E. Maternal Age, Sociodemographics, Prenatal Health and Behavior: Influences on Neonatal Risk Status. **Journal of Adolescent Health Care**, v. 11, n. 5, p. 423-431, 1989.

LAMMERS, C. Características y tendencias del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. **Revista Uruguaya de Ginecología de la Infancia y adolescencia**. v.2 p. 39-43, 2000.

LAO, T. T.; HO, L. F.; The obstetric implications of teenage pregnancy. **Human Reproduction**, v.12, n.º 10, p.2303-2305, 1997.

LIPPI, U. G. ; SEGRE, C. A. M. Gravidez na Adolescência: Resultados Perinatais. **Coletânea sobre Saúde Reprodutiva do Adolescente Brasileiro**. Organização Panamericana de Saúde, p. 75-88, out 1988.

LOPEZ, A. F. V.; SCHOR, N.; SIQUEIRA, A. A. F. Gravidez na adolescência: um estudo comparativo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, p. 473-477, dez 1989.

MADEIRA, F. R. e RODRIQUES, E. M. Educação, Trabalho e Previdência: Recado dos Jovens: Mais Qualificação. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO – CNPD. **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas**, Brasília, v. 2, p. 427-443, maio de 1998.

MAIA FILHO, N. L. et al. Gravidez na adolescência: três décadas de um problema social crescente. **GO ATUAL**, ano VII, n. 8, p. 28-35, 1998.

MARTINS, M. G.; SALVADOR, M. C. J. A Adolescente no Ciclo Grávido-Puerperal. **GO ATUAL**, ano IX, n. 11/12, p. 16-25, 2000.

McCAULEY, A. P.; SALTER, C. Como satisfazer as necessidades de adultos jovens. **Population Reports**. The John Hopkins University School of Public Health, Mariland, EUA, v. XXIII, n. 3, p. 01-16, 1995.

MELLO, C. R.; DIAZ, J.; ANDRADE, A. T. L.; ALEIXO NETO, A.. **Dispositivos intra-uterinos (DIU)**. IN: ANDRADE, R.P.; POLI M.; PETRACCO, A.; MORAIS, K. M.; CAMARGOS, A. F. **Contracepção. Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro, Revinter, 287p., 2000.

MILLAR, W. J.; WADHERA, S. A perspective on Canadian teenage births, 1992-94: older men and younger women? **Canadian Journal of Public Health**, v. 88, n. 5, p. 333-336, Sep-Oct 1997.

MMWR- MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT. **State-Specific Birth Rates for Teenagers – United States, 1990-1996**, v. 46, n. 36, p.837-842, September 1997.

MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A. Gravidez na Adolescência como Problema de Saúde Pública. In: MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; BASTOS, A.C. **Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro, Revinter, p. 31-42,1998.

MONTEIRO, D. L. M.; PIRES, E. S.; SCHETTINI, G. A.; CUNHA, A. A. Programa de Assistência Multidisciplinar à Gravidez na Adolescência. In MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; BASTOS, A. C. **Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998, p. 147- 169.

MOTTA, M. L.; PINTO E SILVA, J. L. Gravidez entre A dolescentes m uito Jo vens. **Femina**, v. 22, n. 5, p. 348-355, maio 1994.

NARRING, F.; MICHAUD, P. A.; SHARMA, V. Demographic and behavioral factors associated with adolescent pregnancy in Switzerland. **Fam. Plann. Perspect**, v. 28, n. 5, p, 232-236, sep-oct 1996.

OLAUSSON, P. O.; CNATTINGIUS, S.; GOLDENBERG, R. L. Determinants of Poor Pregnancy Outcomes Among Teenagers in Sweden. **Obstetrics and Gynecology**, v. 89, n. 3, p. 451-457, March 1997.

OLIVEIRA JR. **Gestação na Adolescência: O Problema Continua. Por Quê?** Monografia (Curso de Especialização em Sexualidade Humana) Sociedade Educacional Tuiuti. Curitiba, 151 p. 1992.

PADILLA DE GIL, M. Aspectos medicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. **Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Infant. Adolesc.**, v. 7, n. 1, p. 16-25, 2000.

PETERS, L. R. **As mães adolescentes e os filhos delas: veredas. Nascimento e morte no primeiro ano de vida**, Joinville, 1995. Dissertação (Departamento de Saúde Materno-Infantil) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 2001. 105 p.

PINTO E SILVA, J. L. Aspectos biológicos e sociais da gravidez na adolescência. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 94, n. 6, p. 227-232, 1984.

PINTO E SILVA, J. L. Gravidez em mulheres menores de 20 anos: Estudo comparativo. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 96, n. 11-12, p. 559-563, 1986.

PINTO E SILVA, J. L.; NOGUEIRA, C. W. M. A Multigravidez na Adolescência. **Coletânea sobre Saúde Reprodutiva do Adolescente Brasileiro**. Organização Panamericana de Saúde, p. 101-111, out 1988.

PINTO E SILVA, J. L.; SARMENTO, R. C. Gravidez. **Adolescência e Saúde**. Comissão de Saúde do Adolescente, Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, Paris: p. 131-142, 1988.

PINTO E SILVA, J. L. Pregnancy during adolescence: Wanted vs. Unwanted. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 63 Suppl. 1, p. S150-S156, 1998.

POPULATION REFERENCE BUREAU INC. **La juventud del mundo**. Washington,DC. 1996.

QUINTANA. M. **Apontamentos de História Sobrenatural: Poesias**. Porto Alegre, Globo, 1976, p.23.

RIBEIRO, E. R. O.; BARBIERI, M. A.; BETTIOL, H.; SILVA, A. A. M. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde pública**, v. 34, n. 2, p. 136-142, abr, 2000.

SATIN, A. J. et al. Maternal youth and pregnancy outcomes: Middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 171, n. 1, p. 184-187, 1994.

SCHOLL, T. O.; HEDIGER, M. L. e SCHALL, J. I. Re: "Mechanisms for maternal age differences in birth weight." **American Journal of Epidemiology**, v. 143, n. 8, p. 842, 1996.

SEAMARK, C.J.; PEREIRA-GRAY, D. J. Like mother, like daughter: a general practice study of maternal influences on teenage pregnancy. **British Journal Gen. Pract.** v. 47, n. 416, p. 175-176, Mar. 1997.

SENESI, L. G. **Avaliação da morbidade materna e morbi-mortalidade perinatal em gestantes com idade igual ou superior a 35 anos**. Curitiba, 2002, 121 f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

SINGH, S. Adolescent Childbearing in Developing Countries: A Global Review. **Studies in Family Planning**, v. 29, n. 2. p. 117-136, 1998.

SIQUEIRA, A. A. F. et al. Evolução da Gravidez em Adolescentes Matriculadas no Serviço Pré-Natal do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 15, p. 449-454, 1981.

SOUZA, M. M. C. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; McKAY, A. **Seminário Gravidez na Adolescência**, Ministério da Saúde, p. 74-91, 1998.

SPITZ, A. M. et al. Pregnancy, abortion, and birth rates among US adolescents – 1980, 1985, and 1990. **JAMA**, v. 275, n. 13, p. 989-994, 1996.

STEVENS-SIMON, C.; KELLY, L.; SINGER, D.; COX, A. Why pregnant adolescents say they did not use contraceptives prior to conception. **Journal of Adolescent Health Care**, v. 19, n. 1, p. 48-53, jul 1996.

STRASBURGER, V. C. Temas Atuais sobre a Sexualidade do Adolescente. **Ginecologia Básica da Adolescente. Guia para o Consultório**. Livraria Editora Santos, p. 01-22, 1992.

STROBINO, D. M.; ENSMINGER, M. E.; YOUNG, J. K.; NANDA, J. Mechanisms for maternal age differences in birth weight. **American Journal of Epidemiology**, v. 142, n. 5. p. 504-514, 1995.

TAKIUTI, A. **A Adolescente está Ligeiramente Grávida. E Agora? (Gravidez na Adolescência)**. São Paulo, Iglu Editora, 1988.

TORO, C.; REN, J. Embarazo em adolescentes: comparacion de complicaciones, peso, somatometria y calificacion de Apgar com la poblacion general. **Ginecol. Obstet. Mex**, v. 60, n. 11, p. 291-295, nov 1992.

TRISTÃO, E, G. **Estudo da mortalidade perinatal no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de 1991 a 1992**. Curitiba, 1994. 180 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Cirúrgica) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

VALDEZ BANDA, F.; VALLE VIRGEN, O. Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstetricas en la adolescente. Comparacion com la poblacion adulta. **Ginecol. Obstet. Mex.**, v. 64, n. 5, p. 209-213, 1996.

VALENTE, C. A. et al. Assistência Pré e Perinatal à Mãe Adolescente, **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 8, n. 5, p. 229-235, 1977.

VITIELLO, N. Gestação em Adolescentes de Bom Nível Socioeconômico. **Coletânea Sobre Saúde Reprodutiva do Adolescente Brasileiro**. Organização Panamericana de Saúde, p. 113-119, out 1988.

VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. C. **Adolescência Hoje**. São Paulo, Roca, 1988.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. **Normas para apresentação de documentos científicos**. Curitiba: UFPR, v. 8, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Health of Young People: A Challenge and a Promise**. Geneva: World Health Organization, 1993.

ZAGONEL, I. P. S. **O Ser Adolescente Gestante em Transição. Sob a Ótica da Enfermagem**. Florianópolis, 1999. 191 p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.

ZELAYA, E. et al. Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua. **Journal of Adolescent Health Care**, v. 21, n. 1, p. 39-46, Jul 1997.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA** **PROTOCOLO DE TRABALHO CIENTÍFICO**

**GESTÃO NA ADOLESCÊNCIA - COMPARAÇÃO DOS**  
**RESULTADOS OBSTÉTRICOS E PERINATAIS**

**I - Identificação**

1. Nome: \_\_\_\_\_ Registro HC: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Cor:         Branca    Preta          Parda         Amarela
4. Estado Civil:  casada     amigada     solteira sozinha     solteira c/ namorado  
 viúva     desquitada
- Casou após a gestação:         sim         não
5. Se tem companheiro:
- com companheiro fixo                       sem companheiro fixo
- a) Estão juntos há quanto tempo?..... b) Idade (..... )
- c) Escolaridade (..... série)    d) Trabalha ? sim  não
- e) Profissão: (..... )    f) Renda familiar: .....
6. Situação escolar:
- a) Escolaridade ( ..... série).
- b) Estava estudando quando engravidou?  Sim  Não
- c) Teve que deixar a escola após engravidar?         Sim         Não
- Por quê:        Porque a escola não aceita aluna grávida
- Porque teve vergonha
- Porque a família não quis
- Porque o companheiro não quis
- Outro : \_\_\_\_\_
- d) Pretende voltar a estudar?  Sim         Não         Não pode
7. Quanto ao trabalho:

- a) Trabalhava quando engravidou?  Sim  Não
- b) Qual o tipo de trabalho? .....
- c) Teve que deixar o trabalho após engravidar?  Sim  Não
- d) Por quê? Porque o trabalho não aceita pessoa grávida

Porque teve vergonha

Porque a família não quis

Porque o companheiro não quis

Outro: \_\_\_\_\_

e) Qual a renda da família? \_\_\_\_\_

f) Quem sustenta a casa? \_\_\_\_\_

8. Seu relacionamento com seu pai: Bom  Ruim  Não tem

Seu relacionamento com sua mãe: Bom  Ruim  Não tem

Sua mãe foi adolescente grávida? Sim  Não

Se sua resposta foi "Sim", com que idade ela ficou grávida? .....

9. Com quem você mora?

companheiro  o companheiro e a mãe dele

seus pais e o companheiro  o companheiro e o pai dele

sua mãe e o companheiro  com seus pais

seu pai e o companheiro  com sua mãe

os pais dele e o companheiro  sozinha

com os pais dele  sozinha com os filhos

Quantas pessoas moram na casa? \_\_\_\_\_ Quantas trabalham? \_\_\_\_\_

## II - Antecedentes Reprodutivos

a) Idade da primeira menstruação: .....

b) Idade da primeira relação sexual: .....



GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA – PERFIL DA ADOLESCENTE GRÁVIDA QUANTO AOS ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, PSICOLÓGICOS E DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, ....., infra assinada, fui informada e esclarecida sobre a pesquisa do Prof. Fernando Cesar de Oliveira Jr. Sobre os riscos da Gestação na Adolescência e concordei em participar desse estudo, respondendo a um questionário aplicado pelo professor e sua equipe.

Fui também informada sobre o caráter confidencial dos dados coletados, e autorizo que os mesmos sejam utilizados para a pesquisa, bem como a consulta ao meu prontuário médico.

.....  
Assinatura da Gestante

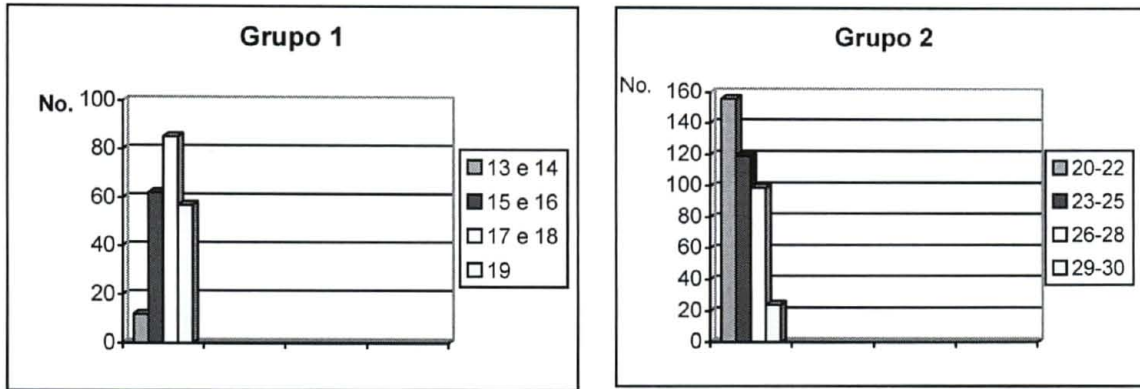
.....  
Assinatura do Professor

Curitiba, / /1999

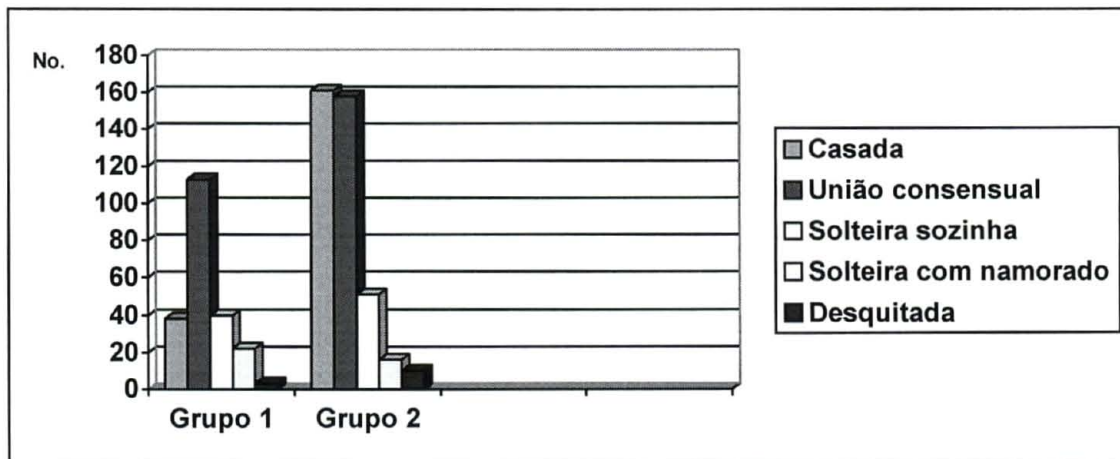
## **APÊNDICE**

**APRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS RESULTADOS DA PESQUISA**  
(Fonte: Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR, 1999).

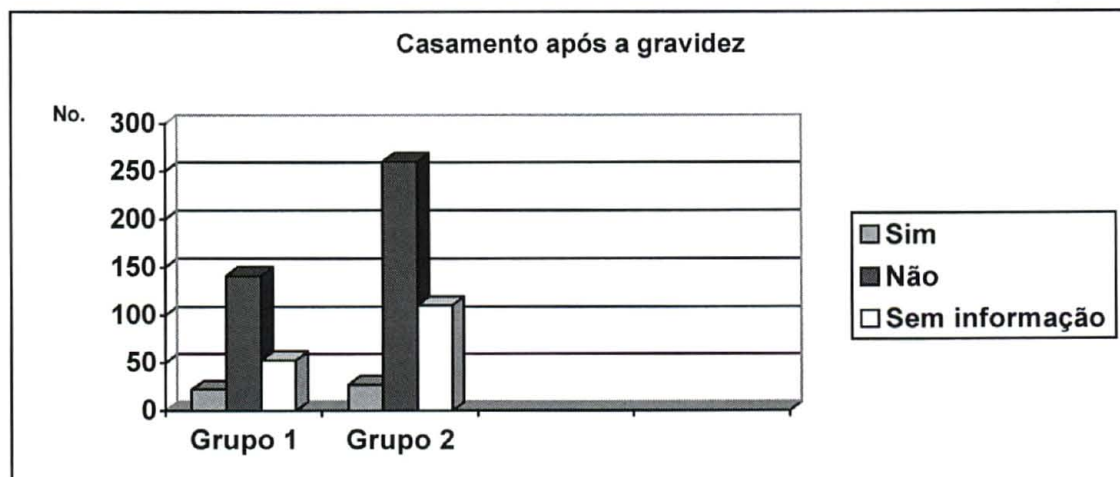
## a) Idade ( em anos)



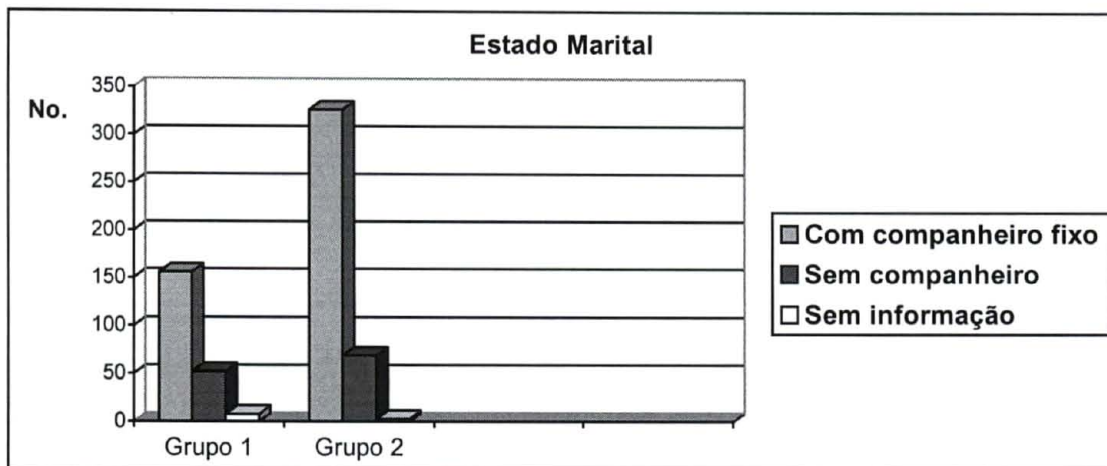
## b) Estado Civil



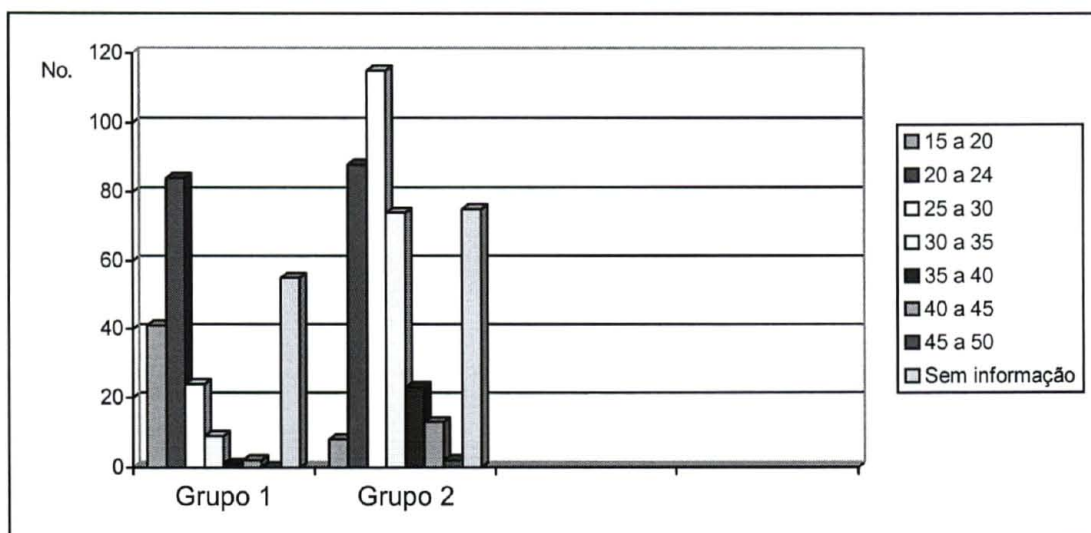
## c) Casamento após a gravidez



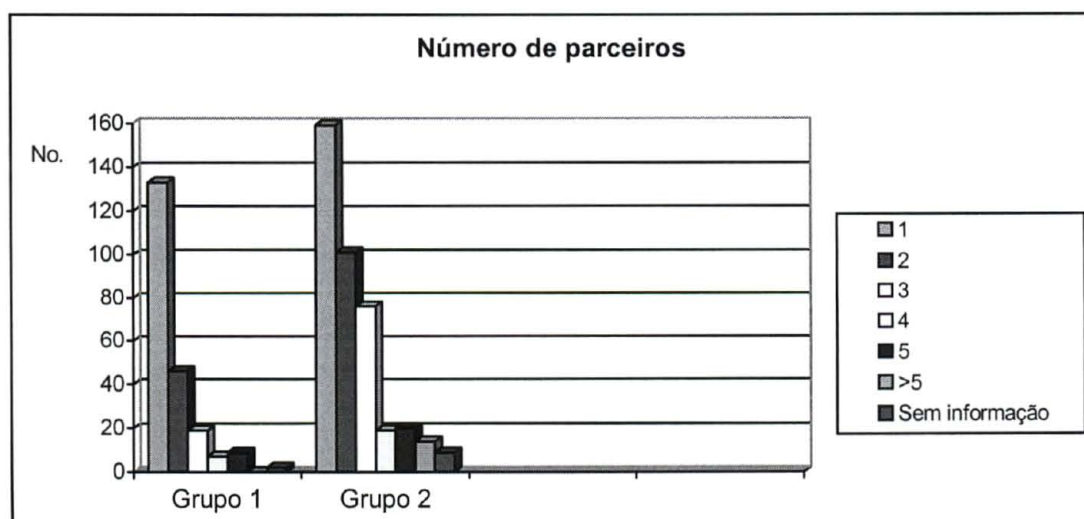
## d) Estado marital



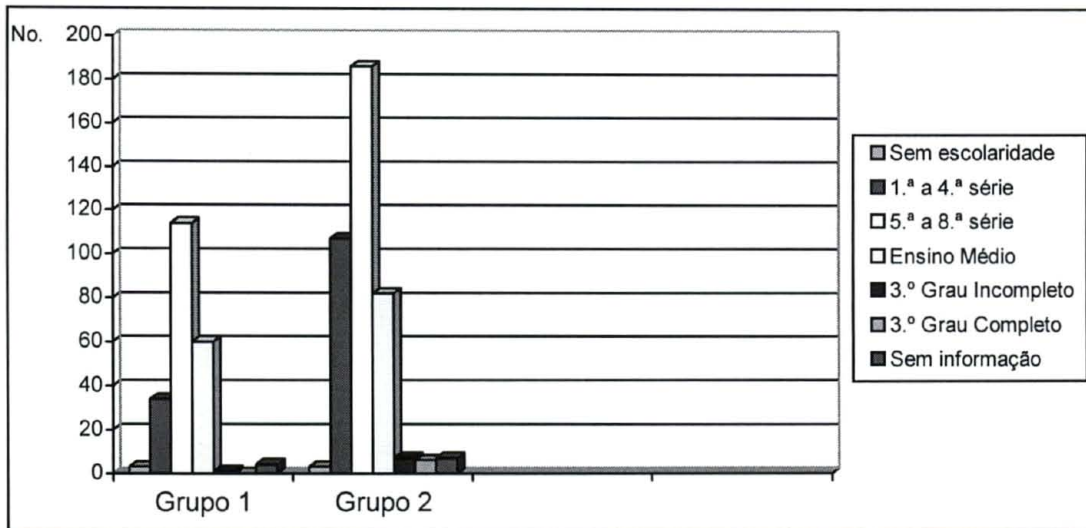
**e) Idade do companheiro ( em anos)**



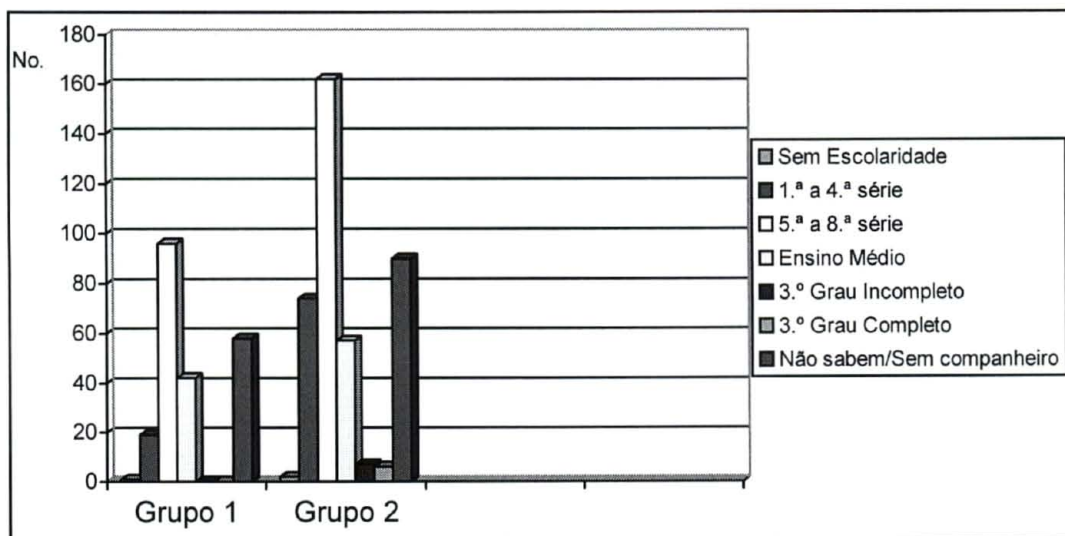
**f) Número de Parceiros**



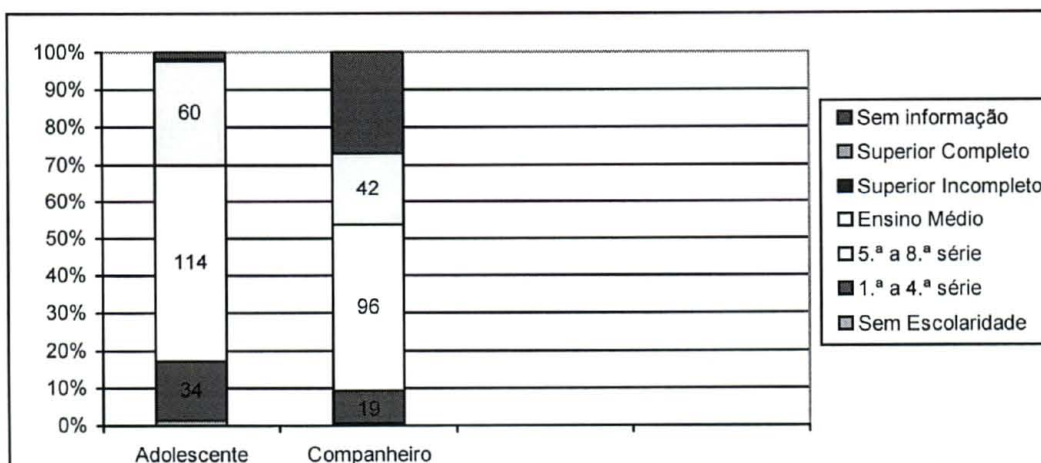
**g) Escolaridade das gestantes**



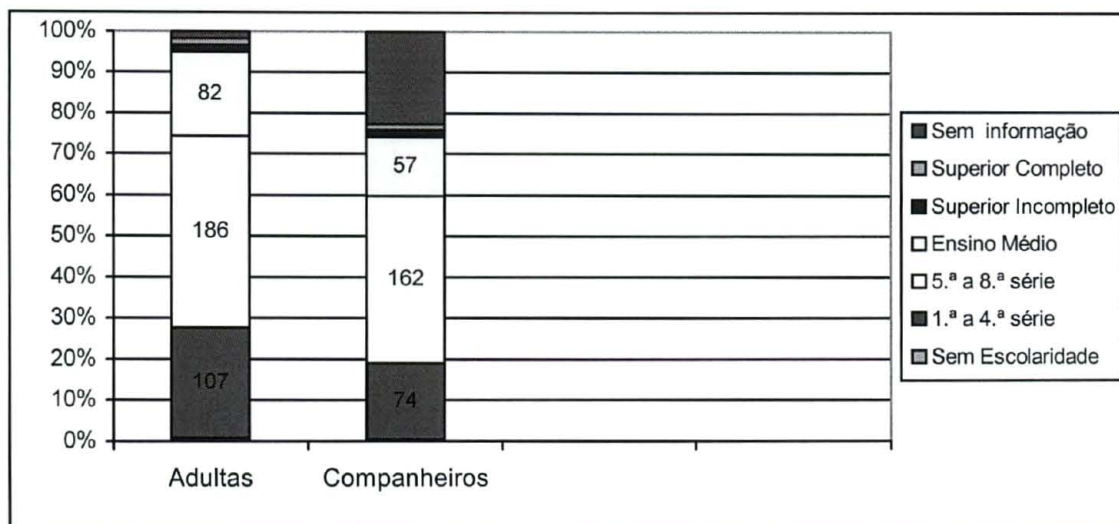
**h) Escolaridade dos Companheiros**



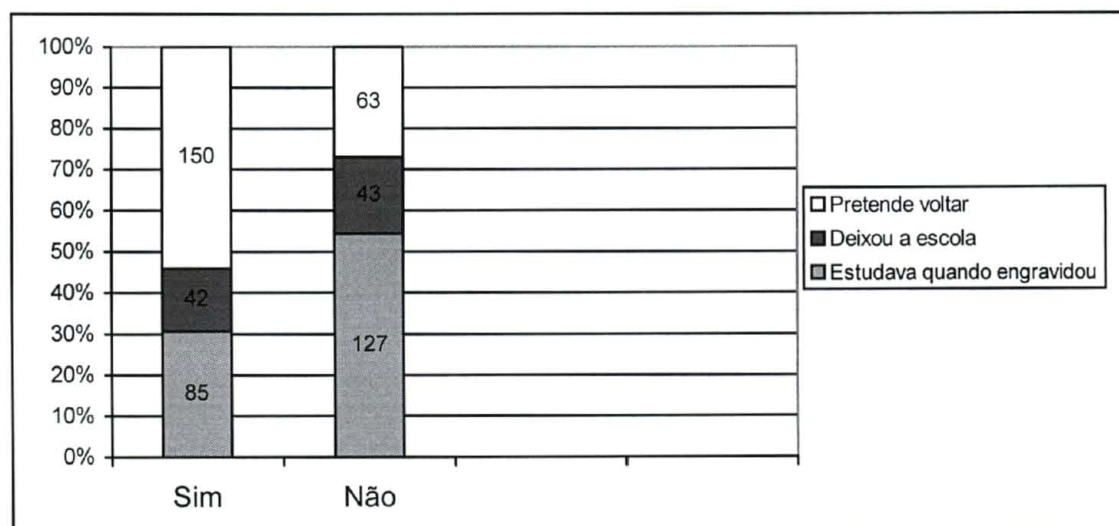
**i) Escolaridade adolescentes x Escolaridade dos companheiros**



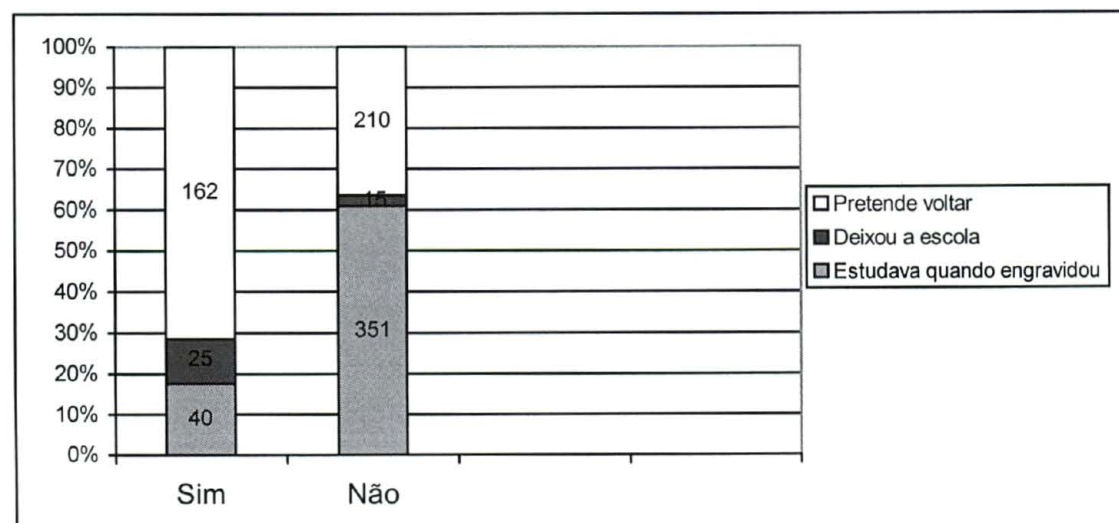
**j) Escolaridade das Adultas x Escolaridade dos Companheiros**



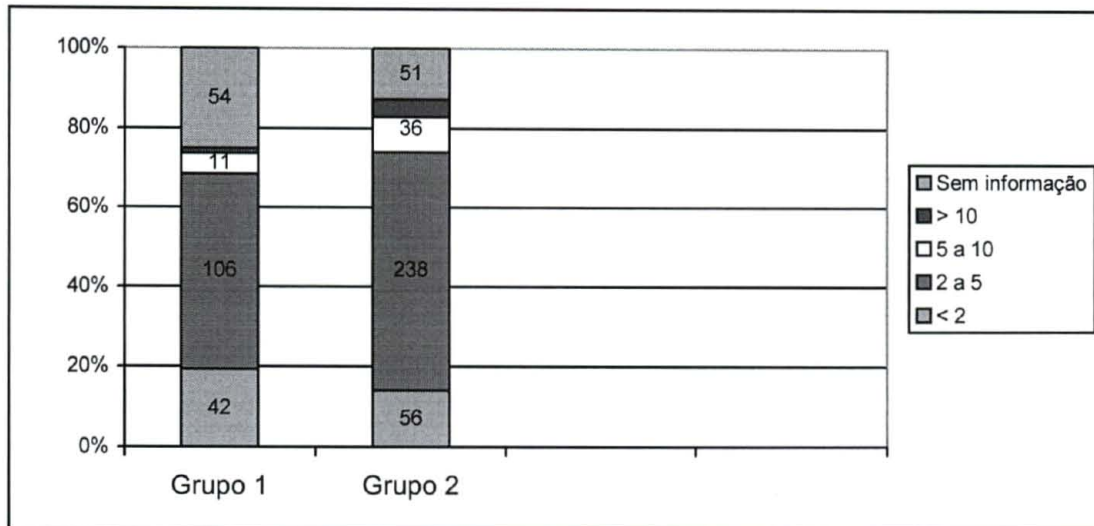
### k) Situação Escolar das adolescentes



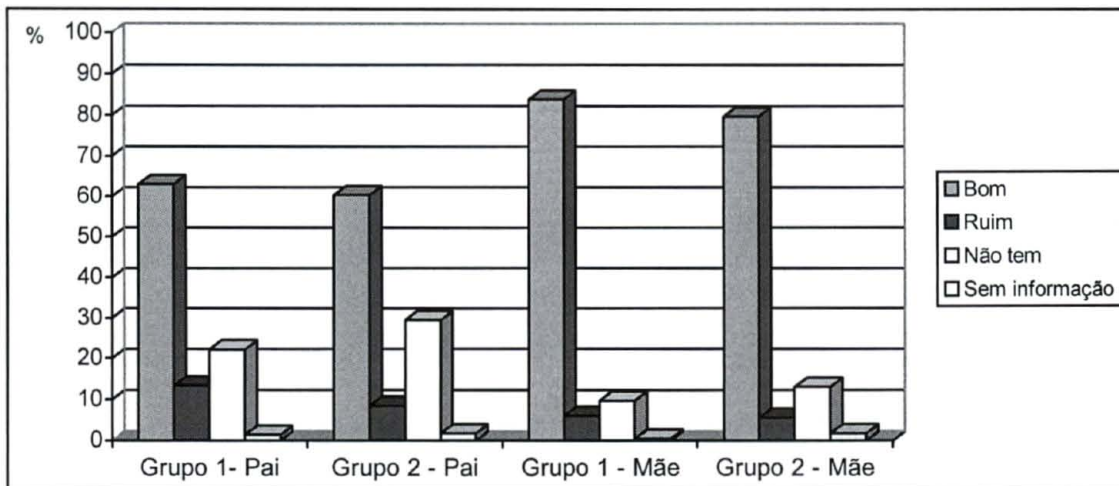
### l) Situação escolar das adultas



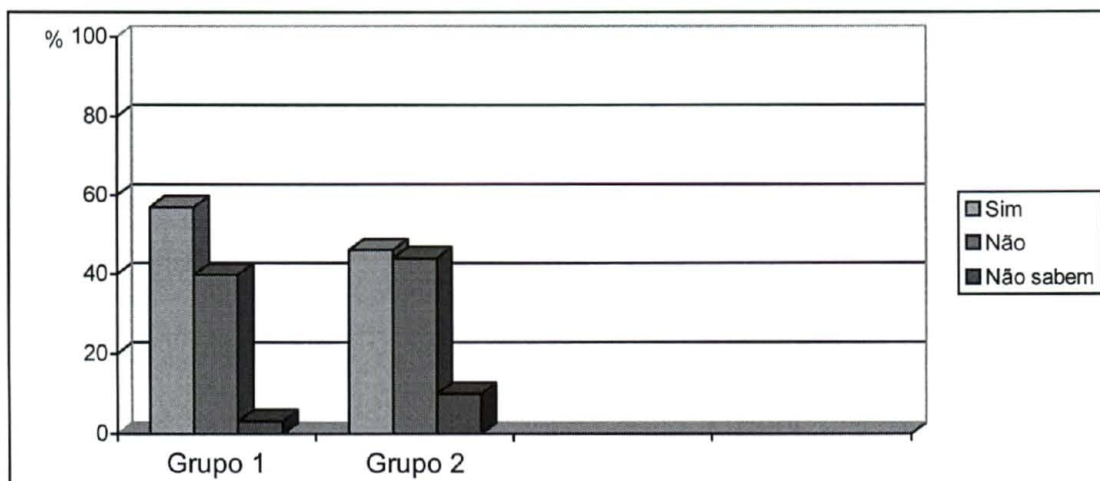
**m) Renda familiar ( salários-mínimos)**



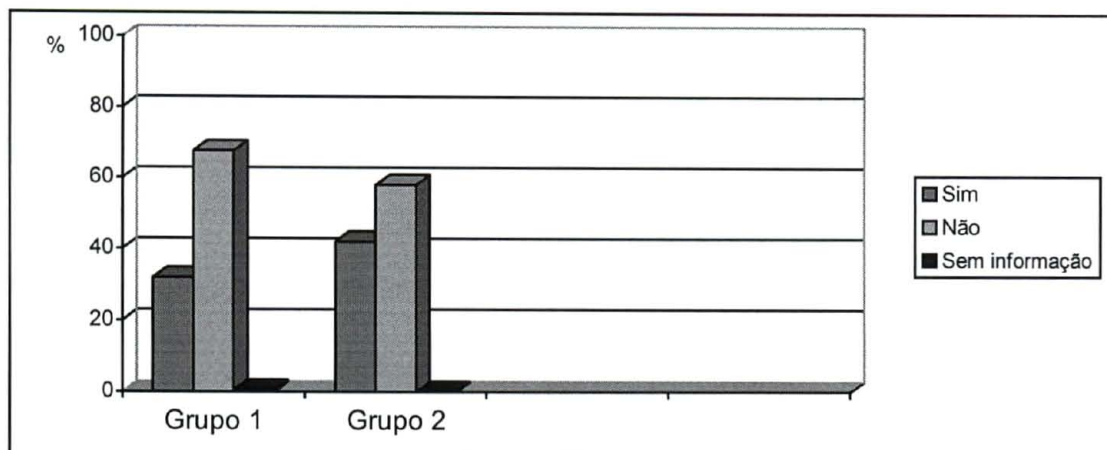
**n) Relacionamento com os pais**



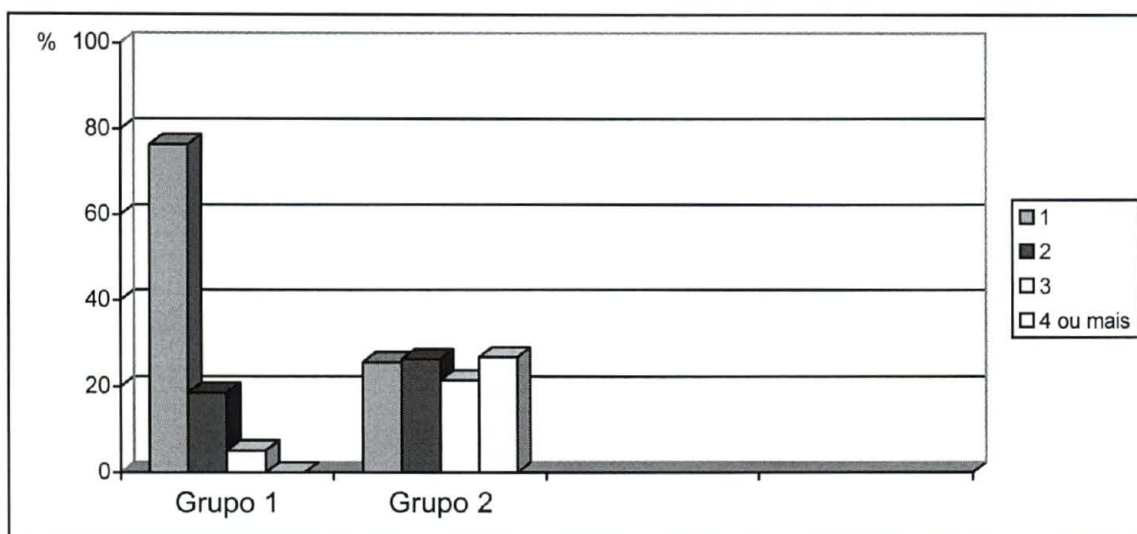
**o) Antecedente de mãe adolescente**



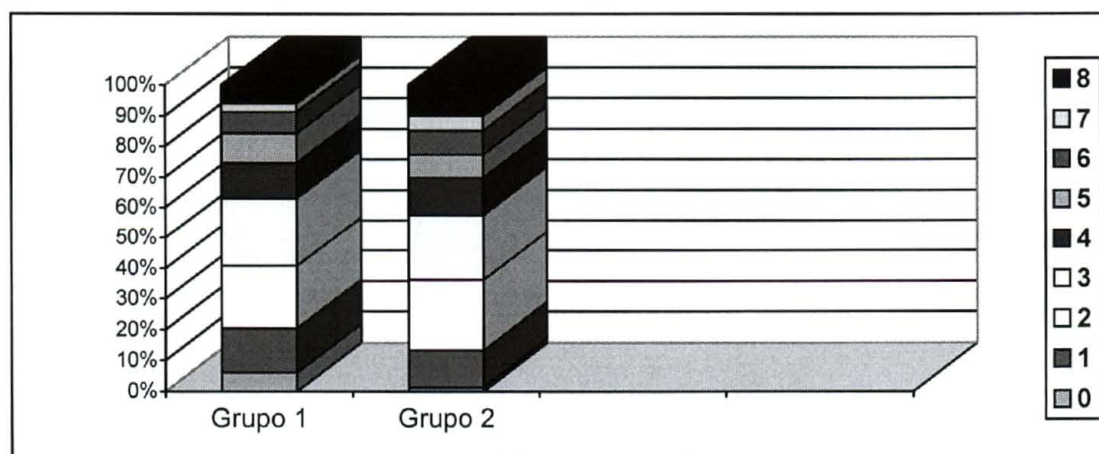
**p) Desejo de gravidez**



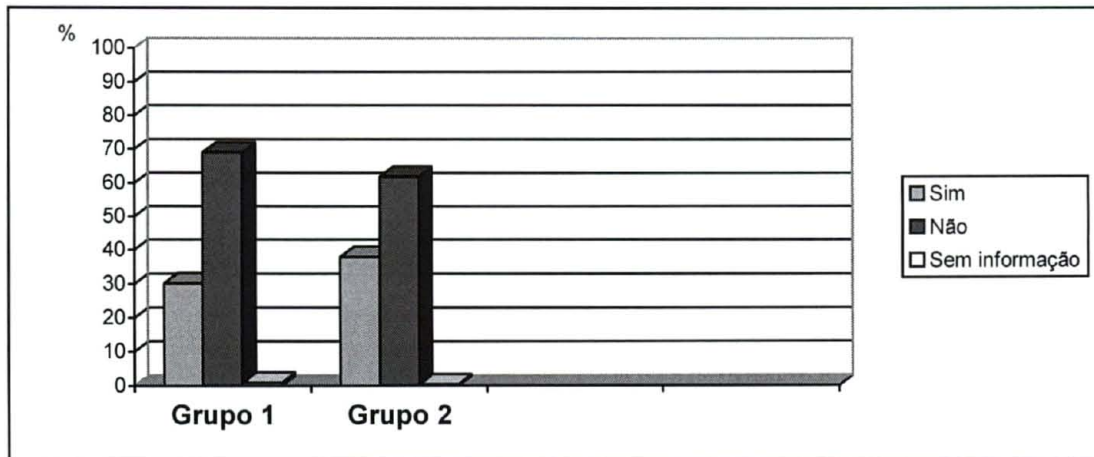
**q) Gestações anteriores**



**r) Conhecimento de métodos anticoncepcionais**



s) **Uso de método contraceptivo quando engravidou**



t) **Realização de pré-natal e número de consultas**

