

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

Mestranda: Carmen Lúcia Berneira Moreira

Orientadora: Elaine Albernaz

Pelotas/RS
2005

Tantas vezes pensamos ter chegado,
tantas vezes é preciso ir além.

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Este trabalho foi possível devido a colaboração de muitas pessoas – física e/ou espiritualmente.

Agradeço as 2741 mães que participaram anonimamente deste estudo.

Aos acadêmicos que fizeram o trabalho de campo com profissionalismo e dedicação.

A Elaine, agradeço por sua orientação, profissionalismo e amizade.

Aos meus pais mesmo ausentes, mas tantas vezes presentes, agradeço pela minha formação como ser humano.

Aquele grupo seletivo de profissionais que com seu apoio e amizade foram imprescindíveis - a Fátima por seu incansável trabalho de revisão bibliográfica, Wilian mais que auxílio nos programas de computação foi a atenção e paciência dispensadas, Tiago no auxílio diário e a Alicia por seu profissionalismo, carinho e palavras de incentivo.

A Cesar Victora pela confiança.

A Bernardo pela amizade.

E, principalmente, a minha família: Rodrigo, Fernanda e Charles pela sua compreensão, companheirismo e apoio.

Em especial, a minha filha e amiga, Fernanda pelo incentivo e palavras de carinho que tantas vezes dispensou nos momentos mais difíceis.

A Deus, pela proteção!

Conteúdo

- I. Projeto de pesquisa
- II. Anexos
 - 1. Questionário
 - 2. Manual de Instruções
 - 3. Consentimento Informado
- III. Artigo Científico

Índice

1. Introdução	07
2. Revisão bibliográfica	11
3. Modelo teórico	16
4. Objetivos	18
5. Hipóteses	18
6. Justificativa	18
7. Metodologia	19
8. Divulgação dos resultados	24
9. Cronograma	24
10. Orçamento	24
11. Bibliografia	26
12. Anexos	30
13. Questionário Perinatal	32
14. Manual de instruções	41
15. Declaração de concordância	50
16. Artigo Científico	52

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

PROJETO DE PESQUISA

**MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: PREVALÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS**

**Mestranda: Carmen Lúcia Berneira Moreira
Orientadora: Elaine Albernaz**

Pelotas, julho 2003

Maternidade na adolescência: prevalência e fatores associados

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência compreende um período entre os 10 e 19 anos de idade, desencadeado por mudanças corporais, fisiológicas e psicológicas, acelerando o desenvolvimento cognitivo e a construção da personalidade¹. Por ser um período de transição, a gravidez nessa fase traz sentimentos antagônicos e muitas incertezas à adolescente.

A maternidade na adolescência tem sido objeto de investigação de diversos autores sob os mais variados ângulos, é tida como um problema crescente e possui sérias implicações biológicas, psicossociais e econômicas. Considerada gestação de alto risco pela Organização Mundial de Saúde e, conseqüentemente, um problema de saúde pública², visto não ser o momento adequado para a reprodução, tanto do ponto de vista biológico, quanto social ou psicológico³.

Segundo o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)⁴, durante o ano de 2002 ocorreram no Brasil 3.059.402 nascimentos, sendo 22,7% de mães adolescentes. No Rio Grande do Sul, foram 155.261 nascimentos, destes, 19,7% eram mães adolescentes.

Para Vitalle e Amâncio⁵, a gravidez na adolescência é multicausal e sua etiologia está relacionada a uma série de aspectos como fatores biológicos, de ordem familiar, social e psicológica. Assim, a sexualidade e a reprodução na adolescência devem ser compreendidas na sua inter-relação com seus diversos aspectos. A gravidez não deve ser vista como um fato isolado, é preciso contextualizá-la com profundidade, levando em consideração os fatores descritos acima, a comunidade na qual a adolescente está inserida, além do acesso aos serviços de saúde disponíveis à população.

Na literatura médica tem-se evidenciado os efeitos negativos na vida da adolescente seja por questões financeiras – a dependência dos pais e/ou familiares, psicossociais –

imaturidade, abandono escolar, o crescimento de famílias monoparentais, difícil inserção no mercado de trabalho, instabilidade das relações conjugais ou por condições referentes à saúde da mãe e de seu filho.

Profissionais das áreas sociais também têm se dedicado a esse tema, trazendo contribuições e despertando a atenção dos profissionais da saúde para uma visão mais ampla sobre o assunto. Uma contribuição importante das ciências sociais foi mostrar as significações diferentes da gravidez nos vários estratos sociais. Assim, tanto a gravidez como a maternidade na adolescência são vivenciadas de formas diferentes, conforme as condições sociais. Nas classes menos favorecidas pode ocorrer uma valorização cultural da gravidez com prestígios sociais. Por outro lado, nas classes mais privilegiadas dificilmente a gravidez poderá torna-se um projeto de vida para a adolescente^{6,7}.

Alguns fatores podem estar contribuindo para a gestação na adolescência, como a diminuição da idade da menarca e o início precoce da atividade sexual⁸, além dos aspectos sociais e culturais como o desconhecimento da fisiologia do corpo, da contracepção e a falta de orientação dos pais e/ou responsáveis, educadores e serviços de saúde especificamente dirigidos ao adolescente⁹. Outros fatores também podem ser levados em conta, como a liberação dos costumes, a influência dos meios de comunicação que fomentam demanda por consumo e excesso de eroticidade, o uso de álcool e de tabaco, a desestruturação familiar e a falta de diálogo entre pais e filhos .

A gravidez durante a adolescência está intimamente associada com baixas condições socioeconômicas trazendo desvantagens para o desenvolvimento social da adolescente, destacando-se a evasão escolar, dificuldade de inserção no mercado de trabalho, falta de apoio ou abandono do companheiro e distúrbios nutricionais⁹. Outros fatores associados seriam a propensão à baixa auto-estima e à depressão¹⁰. Camarano¹¹ evidenciou que a gravidez na adolescência está diretamente relacionada com a falta de escolaridade e baixa renda. Stern¹² questiona tais colocações argumentando que a crença de que a gravidez precoce leva ao abandono dos estudos e, portanto, dificulta as possibilidades de ingressar no mercado de trabalho, deve ser criteriosamente analisada visto que pesquisa realizada no México (1997) constatou que muitas adolescentes abandonam a escola antes de

engravidar. Acredita o autor que a gravidez precoce está freqüentemente relacionada à pobreza, mas não implica que seja um fenômeno que conduza a ela e a sua perpetuação.

Gama¹³, ao comparar três grupos de puérperas, sendo adolescentes e mulheres de 20 a 34 anos, categorizadas segundo a experiência (ou não) de gravidez na adolescência, observou uma situação mais desfavorável entre adultas que experimentaram a gravidez na adolescência, quando comparadas às outras da mesma faixa etária e condição social.

Para Lereno e col.¹⁴, a gravidez na adolescência acontece mais freqüentemente entre grupos sociais desfavorecidos e com uma subcultura própria, em que padrões de comportamento e organização familiar diferem da norma social estabelecida. A exclusão social verificada neste grupo é prévia à gravidez e não consequência desta.

Uma análise de dados no Nordeste do Brasil mostra que o nível de escolaridade foi o fator mais fortemente associado com a ocorrência de gravidez na adolescência¹⁵.

Não menos importante que as desvantagens descritas acima é a saúde da mãe adolescente. Em estudo realizado por Siqueira e Tanaka¹⁶ foi observado que as complicações da gravidez, parto e puerpério, no período de 15 a 19 anos, foram a sexta causa de morte materna, especialmente pelos estados hipertensivos, as infecções puerperais, as hemorragias e os abortos.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde, as complicações relacionadas com a gravidez, parto e puerpério figuram, em todos os países da América Latina e do Caribe, entre as cinco primeiras causas de mortalidade entre mulheres. São vítimas dessas estatísticas mulheres com idade acima de 34 anos, com cinco ou mais gravidezes, com intervalo interpartal inferior a dois anos e as adolescentes com menos de 15 anos¹⁷.

A mortalidade materna é uma das principais causas de morte entre mulheres adolescentes em países em desenvolvimento, onde aborto e complicações no trabalho de parto são comuns. O risco de morrer de causas relacionadas com a gravidez é 50 vezes maior para uma adolescente na América Latina que para uma adolescente nos Estados

Unidos. Adolescentes sofrem mais na gravidez e complicação no parto, como toxemia, anemia, parto prematuro, trabalho prolongado, fístula vesico-vaginal, trauma cervical, e morte - que mulheres adultas. Além disso, a sociedade nega a sexualidade adolescente, limitando a prevenção e aumentando o número de abortos. Com isso, as adolescentes praticam mais abortos inseguros, por causa da natureza clandestina e falta de recursos financeiros, aumentando os riscos de complicações¹⁸.

E para a criança, muitos estudos têm mostrado uma maior incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo de crescimento intra-uterino e doenças respiratórias, além de maior frequência de morbi-mortalidade perinatal em filhos de mães adolescentes comparados aos de adultas^{19,20}.

Entretanto, são constatações muito controversas. Segundo Mariotoni²¹, em estudo de casos e controle realizado em Campinas, SP, a idade materna não representou maior risco para o baixo peso ao nascer, estando este associado a condições de saúde da gestante e à frequência às consultas do pré-natal.

Victora e col.²², em estudo longitudinal realizado em Pelotas ao analisar baixo peso ao nascer, encontrou a maior incidência deste nos grupos extremos de idade: adolescentes, com 12,4%, e mulheres de 40 anos ou mais, com 12,6%.

Para Lao²³, a gravidez é, fisicamente, bem tolerada pelas adolescentes, principalmente junto àquelas que recebem assistência precoce e de forma regular. Os riscos de agravos à saúde estariam mais relacionados com baixa condição socioeconômica, pré-natal inadequado, estado nutricional materno comprometido e falta de apoio familiar do que a idade materna¹².

Este estudo pretende avaliar os fatores associados à gravidez na adolescência na cidade de Pelotas e seu impacto sobre as condições de nascimento dos bebês.

2. Revisão bibliográfica

2.1 Critérios de inclusão

Estudos com adolescentes que tiveram filho com idade inferior a 20 anos.

2.2 Critérios de exclusão

Estudos que enfocassem problemas de saúde relacionados com a gravidez precoce, como por exemplo: doenças cardiovasculares, HIV/AIDS, diabetes, etc.

2.3 Bases eletrônicas pesquisadas

Realizou-se pesquisa em diversas fontes de dados, com o objetivo de identificar estudos relevantes sobre o tema “gravidez na adolescência”.

- Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>)
- Web of Science (<http://www.periodicos.capes.gov.br>)
- Adolec (<http://www.bireme.br>)
- Lilacs (<http://www.bireme.br>)
- Psycinfo (<http://www.periodicos.capes>)

2.4 Estratégias de busca

Buscando identificar trabalhos importantes que subsidiassem o presente estudo, diversas estratégias de busca foram utilizadas. Vale ressaltar que não se utilizou limitação de tempo, isto é, as buscas foram feitas em todo o conteúdo da base de dados.

2.5 Descritores utilizados

- 1) Adolescenc* x pregnancy
pregnancy and behavior
contraception behavior
health behavior
pregnancy and knowledge, attitudes, practice
pregnancy and psychology
pregnancy and psychiatry
reproduction
sex behavior

- 2) gravidez na adolescência
maternidade precoce
fatores de risco
cuidado pré-natal
baixo peso ao nascer
saúde reprodutiva
sexualidade

Tabela de resultados das buscas, excluindo-se duplicatas.

Base de dados	Nº resumos obtidos	Total de artigos relevantes
Medline	466	18
Lilacs	45	08
Adolec	44	05
Web of Science	548	03
PsycInfo	141	02
TOTAL	1244	36

Além da pesquisa em bases de dados eletrônicas foram obtidas informações nos sites do CNPq, IBCT, Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-americana de Saúde, e utilizou-se referências cruzadas.

2.6 Artigos identificados como relevantes.

A tabela abaixo mostra os artigos obtidos até o momento.

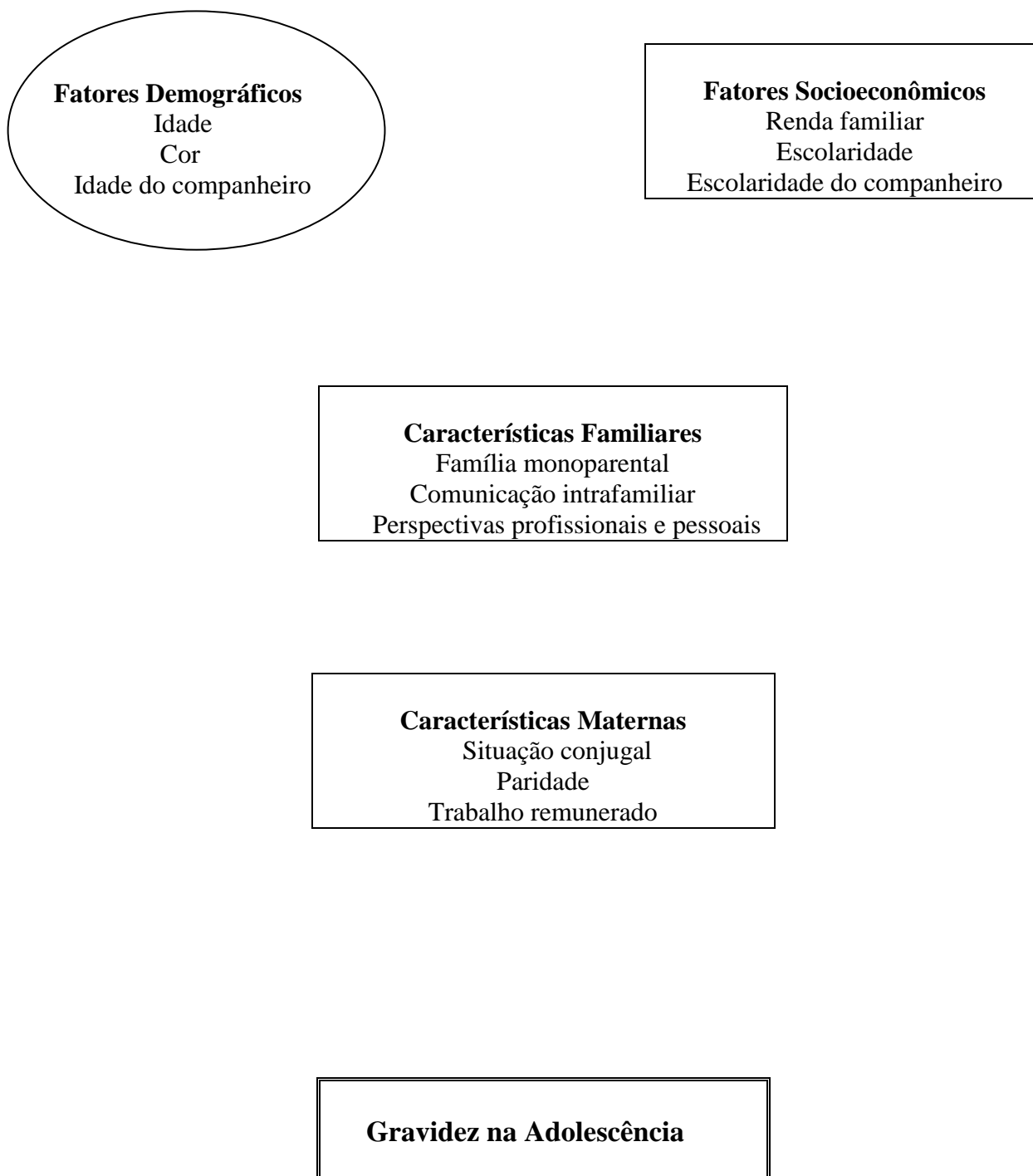
Autor/Local/Ano	Tipo de estudo	População	Resultados	Obs./limitação
Wang RH e col. Taiwan, 2003	Caso-controle	Casos: 122 gestantes de 16-19 anos Controles: 196 mulheres que nunca engravidaram de 16-19 anos	Fatores de risco: nível socioeconômico (OR 3,1), idade (OR 2,2) e frequência nas relações sexuais (OR 2,1)	Casos recrutados de uma clínica obstétrica e os controles de duas escolas.
Lee MC, et al Taiwan, 2001	Caso-controle	Casos: 162 gestantes de 15 - 19 anos Controles: 162 mulheres que nunca engravidaram de 15 - 19 anos	Fatores de risco: jovens que não moram com os pais (OR 2,1), famílias com apenas um responsável (OR 4,8), baixa escolaridade da mãe (OR 1,4), mães que engravidaram na adolescência (OR 4,9) e disfunção familiar (OR 1,8)	11% de perdas. Prevalência de GA 17%.
Wang CS e col. Taiwan, 1999	Caso-controle	Casos: 556 mulheres ≤ 19 anos Controles: 590 mulheres de 20-34 anos	Fatores de risco: ser fumante (OR 4,9), gravidez adolescente em parentes ou amigos (OR 3,8), não morar com os pais (OR 3,3) e idade da menarca (OR 1,8)	O estudo apresenta um viés de memória entre a data da menarca e o tempo decorrido até a primeira relação.
Guijarro S e col. Equador, 1999	Caso-controle	Casos: 47 gestantes de 14-19 anos Controles: 88 mulheres não grávidas de 12-19 anos	Fatores de risco: falta de comunicação com os pais (P<0,02), não morar com os pais biológicos (P<0,002) e dificuldades escolares e econômicas (P<0,001)	Não houve cuidados quanto a uma possível gravidez entre os controles durante a pesquisa.
Don Taylor MA e col. EUA, 1997	Coorte retrospectivo	27.215 mulheres de 14-17 anos	49,2% dos companheiros são adultos, em média 6,4 anos mais velhos. Fatores de risco para GA com envolvimento com homem adulto: a baixa escolaridade do companheiro (OR 5,2), possuir dois ou mais	O estudo incluiu somente as adolescentes que tiveram filhos nascidos vivos.

			filhos (OR 3,3), adolescente não ser natural dos EUA (OR 2,3) e escolaridade da adolescente (OR 1,3)	
Simões VMF e col. Brasil, 2003	Transversal	2.429 mulheres de 13 - 49 anos	Os filhos das adolescentes (<18) tiveram uma incidência maior de BPN, prematuridade, PIG e mortalidade infantil quando comparados com filhos de mulheres de 25-29 anos (P<0,05).	Prevalência de GA 29,4%
Chang SC e col. EUA, 2003	Coorte Retrospectivo	1120 (≤ 17 anos negras)	As adolescentes tiveram uma incidência mais alta de BPN, parto pré-termo e morte fetal comparando com dados gerais dos EUA. Hábito de fumar teve forte associação com BPN. (P<0,04) Maior ocorrência de pré-natal inadequado (P<0,01); maior incidência de infecção de gonorréia (P=0,04) e hábito de fumar (P<0,01)	Fonte de dados secundários (ficha de uma clínica de maternidade).
Díaz A e col. Chile, 2002	Caso-controle	Casos : 158 mulheres de 10-19 anos Controles: 158 mulheres de 20-29 anos	O parto por cesariana foi 10,1% entre as adolescentes e 26% nas adultas. (P<0,001). Adolescentes tiveram maior incidência de retardo do crescimento intra-uterino (12,%) que as adultas (5,7%). (P = 0,04)	Dados hospitalares. Prevalência de GA 16,1%
Costa MCO e col. Brasil, 2001	Transversal	5.279 nascidos vivos de mulheres de 10-24 anos	As adolescentes possuíam baixo nível de escolaridade (51,2%), de realização do pré-natal (16,6%) e alta prevalência de baixo peso e peso insuficiente do RN.	Dados secundários. SINASC, 1998. Prevalência de GA 21,6%
Madi JM e col. Brasil, 2001	Caso-controle	Casos: 100 Mulheres ≤ 19 anos	92% dos partos entre adolescentes foi vaginal; 53% das adolescentes	Não houve informação se as diferenças entre os

		Controles: 100 mulheres de 20-45 anos	relataram que suas mães engravidaram também jovens e 71% de seus companheiros tinham idade superior a 20 anos.	dois grupos foi estatisticamente significativa.
Gama SGN e col. Brasil, 2001	Transversal	6.500 mulheres de 15 a 24 anos	Fatores de risco para baixo peso ao nascer: prematuridade (OR 26,9) ausência de pré-natal (OR 2,9), nascer em maternidade pública (OR 1,7) e ser filho de mãe adolescente (OR 1,3)	Dados secundários provenientes do SINASC
Mariotoni GB e col. Brasil, 1998	Caso-controle	Casos: 354 mães de recém-nascidos com peso < 2500g Controle: 354 mães de recém-nascidos com peso ≥ 3000g	22,9% dos recém-nascidos de BP eram filhos de adolescentes. Fatores de risco para baixo peso ao nascer: ausência de pré-natal, ser fumante, filho anterior de BP, peso gestacional < 50Kg, intervalo gestacional < 6 meses e hipertensão arterial. (P<0,05)	As participantes foram recrutadas de um hospital, que corresponde a 42% dos nascimentos da cidade.
Linares JR e col. Colômbia, 1998	Transversal	4.971 crianças	Ao analisar a saúde dos filhos de mulheres adolescentes e adultas, encontrou um risco duas vezes maior de baixo peso ao nascer entre os filhos de mães adolescentes. (P<0,01)	Dados secundários.
Fraser AM e col. EUA, 1995	Transversal	134.088 mulheres de 13-24 anos	Adolescentes tiveram maior risco de terem filhos baixo peso (RR 1,7); prematuros (RR 1,9) e PIG (RR1,3) quando comparadas às adultas, mesmo depois da análise ajustada para estado matrimonial, escolaridade e pré-natal adequado. Por si só a idade jovem mostrou ser um risco para resultados adversos na GA.	O estudo não traz informações sobre dados psicológicos e de apoio familiar, bem como o uso de drogas que podem influenciar nos resultados.

3. Modelo Teórico

Figura I – Modelo Teórico para Gravidez na Adolescência



3.1 Descrição do modelo teórico

O modelo teórico foi construído com base na literatura e leva em conta a relação hierárquica entre as variáveis.

No primeiro nível encontram-se os fatores demográficos e os socioeconômicos. Essas variáveis podem sofrer a influência de outras, do mesmo nível, e afetar as dos próximos níveis ou agir diretamente sobre o desfecho.

No segundo nível estão as características familiares, representadas pela família monoparental, relação de comunicação intrafamiliar e perspectivas profissionais e pessoais no núcleo familiar. São características fundamentais na formação psicossocial da adolescente, porém não foram contempladas no presente estudo.

No terceiro nível encontram-se as características maternas; situação conjugal (se vive ou não com o companheiro), paridade (se é primípara ou não) e trabalho remunerado, que podem determinar diretamente o desfecho, a gravidez na adolescência.

4. Objetivos

4.1 Geral

Traçar o perfil das mães adolescentes que tiveram filho no período de setembro de 2002 a maio de 2003 em Pelotas, RS.

4.2 Específicos

- Descrever a ocorrência de nascimentos entre jovens adolescentes.
- Identificar o tipo de parto e condições de nascimento do bebê de mães adolescentes.
- Descrever o apoio familiar recebido durante a gravidez de adolescentes.
- Avaliar a influência de fatores socioeconômicos e demográficos sobre a ocorrência de gestação em mulheres com idade inferior a 20 anos.

5. Hipóteses

- Apesar da diminuição de nascimentos, vem ocorrendo um aumento do percentual de gestações na adolescência.
- A gravidez na adolescência está inversamente relacionada com renda familiar e escolaridade.
- Mães adolescentes começam o pré-natal tardiamente, fazendo menos consultas.

6. Justificativa

No Brasil, a gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos cresceu 26% entre as décadas de 70 e 90, contrariando a tendência geral de diminuição das taxas de fecundidade. Em 1998, mais de 50 mil adolescentes brasileiras foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto, sendo que quase três mil delas tinham até 14 anos²⁴. As

internações por causas obstétricas são responsáveis por 75% das internações femininas²⁵. Em estudo realizado em Pelotas por Tomasi e col.²⁶, foi observado um aumento da gravidez na adolescência de 15,3%, em 1982, para 17,4% em 1993. Outro estudo brasileiro também evidenciou um aumento da proporção de mães adolescentes de 14,1%, em 1978/79, para 17,5% em 1994, em Ribeirão Preto, SP⁸.

Diante da dimensão do problema de saúde pública que a gravidez precoce assumiu, seja com gastos financeiros disponibilizados nas hospitalizações com a gravidez, o parto e o puerpério ou com os cuidados com a saúde do bebê, vários estudos são motivados à procura de esclarecimentos e soluções que resolvam ou minimizem o problema. Conhecer melhor esta população permitirá que se desenvolvam políticas de saúde voltadas ao planejamento da oferta de serviços direcionada ao adolescente, como saúde, educação, trabalho e lazer, visto que é impossível pensar em saúde reprodutiva isoladamente.

7. Metodologia

7.1 Delineamento

Será realizado um estudo de coorte, que contempla dois componentes: perinatal e de acompanhamento de um, três e seis meses. Para este projeto serão utilizadas informações do componente perinatal, caracterizando o delineamento como transversal aninhado a uma coorte.

7.2 População alvo

A população alvo será constituída pelas pacientes que tiverem filho nas maternidades de Pelotas, RS, no período de setembro de 2002 a maio de 2003.

7.3 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra deve contemplar todos os nascimentos ocorridos em Pelotas no período de setembro de 2002 a maio de 2003.

A amostra do estudo de coorte foi calculada baseada em um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico de 90% para exposições variando entre 15 e 80%, estimando um RR de 2,0.

Estimando a ocorrência de cerca de 3200 partos, sendo aproximadamente 640 (20%) de mães adolescentes.

7.4 Amostragem

No estudo perinatal serão incluídos todos os nascimentos hospitalares ocorridos durante o período de setembro de 2002 a maio de 2003 na cidade de Pelotas.

7.5 Definição do desfecho

A gravidez será considerada precoce quando a mulher tiver filho com idade inferior a 20 anos.

7.6 Variáveis

- *dependente* – gravidez na adolescência
- *independentes* – idade, cor, trabalho remunerado e escolaridade materna, idade, escolaridade e trabalho do companheiro, renda familiar, paridade e situação conjugal.

7.7 Instrumentos

A coleta de dados será feita através de questionário estruturado, pré-

codificado e testado (Anexo 1) contendo perguntas que contemplem as variáveis propostas. O questionário é individual e será aplicado diretamente à parturiente. Os entrevistadores serão 15 estudantes de medicina e enfermagem, que farão duas visitas diárias a todas as maternidades da cidade de Pelotas.

7.8 Logística

O trabalho de campo será realizado por uma supervisora e por 15 alunos dos cursos de medicina e enfermagem, previamente treinados. Os entrevistadores farão visitas diariamente às maternidades, entrevistando todas as mães cujos partos venham a ocorrer nos hospitais da cidade de Pelotas, respeitando pelo menos quatro horas entre o parto e a entrevista, sendo que as mães que tiverem bebê entre 17h e 07h, serão entrevistadas pela manhã e as mães que tiverem bebê entre 07h e 17h, serão entrevistadas no final da tarde ou na manhã seguinte. Qualquer perda que por ventura venha a ocorrer deverá ser anotada e buscada em seu domicílio. Os questionários serão codificados pelos próprios entrevistadores, com caracteres padronizados. A supervisora revisará os questionários, colocará o Código Internacional de Doenças (CID) nas patologias, fará o cálculo da idade gestacional pela data da última menstruação (DUM) ou ultra-sonografia e a codificação das perguntas abertas.

Os questionários serão revisados individualmente, à medida que forem entregues, sendo que as dúvidas ou problemas de preenchimento deverão ser esclarecidos com os entrevistadores.

7.9 Seleção e treinamento dos entrevistadores

A seleção dos entrevistadores ocorrerá a partir de candidatos que se apresentarem voluntariamente em data marcada para reunião, a divulgação da seleção ocorrerá através de convite de professores em sala de aula e divulgação pelos próprios alunos.

Através de treinamento com duração de cinco dias, constando de reuniões com discussão da metodologia e logística, leitura dos questionários e do manual de instruções (Anexo 2), serão selecionados os 15 entrevistadores. Serão feitas simulações de entrevistas, onde pessoas do grupo funcionarão alternadamente como entrevistadores e entrevistados, visando a familiarização com o questionário e uniformidade no modo de formular as perguntas, servindo, também, para observar o comportamento dos entrevistadores diante de adversidades que possam ocorrer. Serão treinados mais candidatos para que os suplentes possam suprir qualquer desistência que venha a ocorrer durante o trabalho.

7.10 Estudo piloto

O estudo piloto será realizado através de entrevistas às mães internadas na maternidade do Hospital Universitário São Francisco de Paulo (HUSFP), por um período de 30 dias, sob acompanhamento da supervisora do estudo. Os entrevistadores após a entrevista codificarão os questionários e os mesmos serão entregues para revisão e digitação.

7.11 Controle de qualidade

Constará de um pré-teste dos questionários, manual de instruções, revisão dos questionários e re-visita a uma amostra aleatória de 10% da população, com aplicação de um questionário contendo variáveis chaves para avaliar a qualidade e veracidade dos dados coletados.

7.12 Processamento e análise de dados

Incluirá a codificação, revisão, digitação e limpeza dos dados. No programa EpiInfo 6.02 serão preparados arquivos de entrada dos dados, serão feitas duas digitações, com o

objetivo de realizar uma posterior comparação entre as duas digitações e, dessa maneira, garantir maior qualidade dos dados. Será feita também uma checagem automática dos dados no momento da digitação com o uso do programa CHECK do EpiInfo. Serão feitas duas cópias de todos os dados e atualizadas sistematicamente.

O processo de análise constará das análises univariada, bivariada e multivariada através de regressão logística (SPSS 8.0), com base na hierarquia determinada pelo modelo teórico.

- análise descritiva ou univariada: tem como objetivo obter frequências de todas as variáveis de interesse e examinar suas distribuições.
- análise bivariada: teste de associação entre variável independente e desfecho.
- análise multivariada: análise do efeito conjunto das variáveis independentes sobre o desfecho realizada através da regressão logística não-condicional, baseada no modelo teórico. Em cada nível serão mantidas as variáveis com nível de significância de $p \leq 0,20$, a fim de avaliar o efeito de possíveis fatores de confusão. No modelo final, permanecerão como significativas as variáveis cuja associação tenham valor de $p \leq 0,05$.

7.13 Aspectos éticos

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, do Hospital da Fundação de Apoio Universitário e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). As mães assinarão o termo de consentimento pós-informado para a realização das entrevistas (Anexo 3). Garantir-se-á a confiabilidade das informações coletadas.

8. Divulgação dos resultados

Os dados serão divulgados de duas formas: como artigo científico que será enviado para apreciação em revista especializada da área e como uma matéria jornalística para ser publicada em jornal local, com o objetivo de atingir a população em geral, as autoridades locais e os órgãos envolvidos na definição de políticas sociais e de saúde.

9. Cronograma

Atividades	Início	Término
Revisão bibliográfica	Março/2003	Novembro/2004
Seleção e treinamento	Agosto/2002	Agosto/2002
Estudo piloto	Agosto/2002	Setembro/2002
Trabalho de campo	Setembro/2002	Mai/2003
Processamento de dados	Junho/2003	Mai/2004
Elaboração de relatório	Julho/2004	Setembro/2004
Redação de artigo	Outubro/2004	Dezembro/2004
Defesa de tese	Janeiro/2005	Fevereiro/2005
Divulgação dos resultados	Fevereiro/2005	Fevereiro/2005

10. Orçamento

O quadro abaixo mostra o orçamento para a realização do projeto. Não houve financiamento para o mesmo, sendo que os recursos para sua execução foram disponibilizados pelas mestrandas que participaram do estudo da coorte. A mestranda responsável por este componente do projeto recebeu bolsa do PROSUP/CAPES.

Itens	Custo mensal	Tempo	Custo TotalR\$
Pessoal			
Quinze entrevistadores	-	08 m	-
Preparo dos questionários	-		100,00
Digitação	180,00	08 m	2790,00
Subtotal	-	-	2890,00
Material			
Impressão de questionários	250,00	07 m	1750,00
Material para entrevistadores	-	-	50,00
Material para impressão	-	-	135,00
Subtotal	-	-	1935,00
Outros			
Transporte	100,00	07 m	700,00
Comunicação	25,00	07 m	175,00
Subtotal	-	-	875,00
Total	-	-	5700,00

10. Referências bibliográficas

1. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995
2. Arilha M, Calazans G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: Jovens acontecendo na trilha das políticas pública. Brasília: Comissão Nacional e Desenvolvimento, Vol.2:687-708, 1998.
3. Jorge MHPM. Mortalidade de adolescentes: um risco para o almejado aumento da esperança de vida no país. *Jornal de Pediatria* 1999;75(5):309-310.
4. Ministério da Saúde. DATASUS.Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Disponível: <http://www.datasus.gov.br> (acessado em 14/dez/2003)
5. Vitalle MSS, Amâncio OMS. Disponível: <http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm> (acessado em 17/set/2003)
6. Pantoja ALN. “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19(Supl.2):S335-S343.
7. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19(Supl.2):S377-388.
8. Ribeiro ERO, Barbieri AM, Bettiol H, da Silva AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2000;34(2):136-142.
9. Costa MCO, Pinho JF, Martins SJ. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém-Pará. *Jornal de Pediatria* 1995 ;71(3) :151-157.
10. Barnett B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Reepke JT. Depressive symptoms, stress, and postpartum adolescents. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine* 1996;150:64-69.
11. Camarano AA. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Jovens acontecendo na trilha das políticas pública. Brasília: Comissão Nacional e Desenvolvimento, Vol.1:109-133,1998.
12. Stern C. Pregnancy in adolescence as a public problem : a critical vision. *Salud Publica México*, mar/abr 1997 ;39(2) :137-143.

13. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiencia de gravidez na adolescencia, fatores asociados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cadernos de Saúde Pública* 1982;18(1):153-161.
14. Lereno I, Gomes C, Faria P. Mães adolescentes – alguns aspectos da sua inserção social. *Arquivos de Medicina* 1996;10(Supl.4):9-14.
15. Gupta N, Leite IC. Tendências e determinantes da fecundidade entre adolescents no Nordeste do Brasil. *Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar* 2001:24-29.
16. Siqueira AAF, Tanaka ACA. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna. *Revista de Saúde Pública* 1986;20:274-279.
17. Las condiciones de Salud em las Américas. Publicación Científica N° 524. Volume I. OPS, Washington, 1990.
18. Health in the Américas. Pan American Health Organization, 1998. Volume I. Scientific Publication N° 569.
19. Barros FC, Victora CG, GRanzoto JÁ, Vaughan JP, Lemos Júnior AV. Saúde Perinatal em Pelotas, RS, Brasil- fatores sociais e biológicos. *Revista de Saúde Pública* 1984;18:301-312.
20. Belizan JM, Nardín JC, Carroli G, Campodónico L. Factores de riesgo de bajo peso al nacer em um grupo de embarazadas de Rosário, Argentina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1989;106(5):380-387.
21. Mariotoni GGB, Barros Filho AA. A gravidez na adolescência é fator de risco para baixo peso ao nascer? *Jornal de Pediatria* 1998;74(2):107-113.
22. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. Epidemiologia da desigualdade : um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras. São Paulo. Hucitec, 1998. 187p.
23. Lao TT, LFHo. The obstetric implications of teenage pregnancy. *Human Reproduction* 2003;12(10):2303-2305.
24. Ministério da Saúde. Saúde e desenvolvimento da Juventude brasileira: construindo uma agenda nacional, 1999:10.
25. Piola S, Pereira R. Gasto social federal e gasto com jovens de 15 a 24 anos. In: *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: Comissão Nacional e Desenvolvimento, Vol.2:713-730, 1998.
26. Tomasi E, Barros FC, Victora CG. As mães e suas gestações: comparações entre duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 1996;12(Supl1):21-25.

27. Wang RH, Wang HH, Hsu MT. Factors associated with adolescent pregnancy- a sample of Taiwanese female adolescents. *Public Health Nurs* 2003;20(1):33-41.
28. Lee MC. Family and Adolescent Childbearing. *Journal of Adolescent Health* 2001;28:307-312.
29. Wang CSS, Chou P. Risk factors for adolescent primigravida in Kaohsiung county, Taiwan. *American Journal of Preventive Medicine* 1999;17(1):43-47.
33. Guijarro S, Naranjo J, Padilla M, Gutiérrez R, Lammers C, Blum RW. Family risk factors associated with adolescent pregnancy: study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador. *Journal of Adolescent Health* 1999;25:166-172.
31. Don Taylor MA, Chavez G, Chabra A, Boggess J. Risk factors for adult paternity in births to adolescents. *Obstetrics & Gynecology* 1997;89(2):199-205.
32. Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís. *Revista de Saúde Pública* 2003;37(5):559-565.
33. Chang SC, Brien KO, Nathanson MS, Mancini J, Witter F. Characteristics and risk factors for adverse birth outcomes in pregnant black adolescents. *The Journal of Pediatrics* 2003;143:250-257.
34. Díaz A, Sanhueza RP, Yaksic BN. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstetricos y perinatales com pacientes embarazadas adultas. *Revista Chilena de Obstetrícia y Ginecologia* 2002;67(6):481-487.
35. Costa MCO, Santos CA, Sobrinho CL, Freitas JO, Ferreira KA. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. *Jornal de Pediatria* 2001;77(3):235-242.
36. Madi JM, Bertotto MS, Ribeiro E. Aspectos familiares observados na gravidez da adolescente: identificação de algumas características de importância epidemiológica. *Revista Científica AMECS* 2001;1:1-6.
37. Gama SSGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Revista de Saúde Pública* 2001;35(1):74-80.
38. Mariotoni GGB, Barros Filho AZ. A gravidez na adolescência é fator de risco para baixo peso ao nascer? *Jornal de Pediatria* 1998;74(2):107-113.
39. Linares JR Romero GE, Moreno H. Factores de riesgo de salud maternoinfantil em madres adolescentes de Colômbia. *Revista Panamericana de Salud Publica* 1998;4(2):80-86.

40. Fraser A, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *New England Journal of Medicine* 1995;332(17):1113-1117.
41. Ballone GJ. Gravidez na adolescência. Disponível on line: site <http://gballone.sites.uol.com.br/infantil/adolesc3.html> (acessado em 29/nov/2003).
42. Fujimori E, Oliveira IMV, Lima AR, de Cassana LMN, Szarfarc SC. Perfil socioeconômico y biológico de embarazadas adolescentes de una maternidad de beneficencia en Sao Paulo, Brasil. *Cuad. méd.-soc. (Santiago de Chile)* 1997;38(2):97-104.
43. Giurgiovich A, Arellano J, Escudero G, Godoy P, Boscato A, Plana M, Holgado M. Peso del recién nacido y su correlación con la edad cronológica y ginecológica de las. *Rev. Soc. Argent. Ginecol. Infanto Juveni* 2000;7(3):123-128.
44. Herter LD, Accetta SG. Anticoncepção e gestação na adolescência. *Jornal de Pediatria* 2001;77(Supl.2):S170-S178.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário Perinatal

1 – Número do questionário:	NUMQUEST	__ _ _ _
2 – Local do parto: (1) Hospital (2) Domicílio (3) Outro	HOSPITAL	__
3 – Hospital: (1) Santa Casa (2) Beneficência (3) Hospital São Francisco de Paula (4) FAU (5) Miguel Pilcher	PARTO	__
4 – Dia do nascimento: __ __ / __	DATANASC	__ __ / __ __ / __ __
5 – Hora do nascimento: __ __. __ __ h	HORNASC	__ __. __ __
6 – Nome da Mãe: _____		
7 – Nome do RN: _____	COMP	__ __ . __ __
8 – Peso: _____ Comprimento: _____ Apgar: __ __	APGAR1	__ __
	APGAR5	__ __
9 – Sexo (1) M (2) F	SEXO	__
10 – Cor (1) B (2) P (3) Outra _____	COR	__
11 – Tipo de hospitalização: (1) SUS (2) Convênio (3) Particular	TIPOHOSP	__
Vamos começar conversando sobre o seu parto.		
12 – Quantos filhos a senhora teve neste parto? (1) Único (2) Múltiplo2 (3) Múltiplo3	QUANTFIL	__
13 – O parto foi normal ou cesariana? (1) Normal (2) Cesariana	TIPOPART	__
14 – <Criança> apresentou ou está apresentando algum problema durante a estada no hospital que a obrigou a ir para o berçário ou UTI? (1) Sim, berçário (3) Alojamento conjunto (2) Sim, UTI SE SIM: Qual foi o problema?	PROBLRN	__
1: _____	CID	__ _ _ _
2: _____		__ _ _ _
3: _____		__ _ _ _
Quanto tempo depois do parto o bebê veio para o quarto? __ __ h	DEPARTO	__ __
Agora vamos conversar um pouco sobre a sua gravidez e seu pré-natal:		

15 – Qual foi a data da sua última menstruação? ___ ___ / ___ ___ / ___ ___	DUM ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ IDDUM ___ __ , ___ __
16 – A senhora fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez? (1) Sim (2) Não	CONSPREN ___
Se a resposta for NÃO, pule para a questão nº 39	
Gostaria de olhar sua carteira de pré-natal.	
17 – Todas as consultas de pré-natal foram registradas na carteira? (1) Sim (2) Não	REGCONS ___
18 – Quantas consultas pré-natal a senhora fez? ___ __	NUMCONS ___ __
19 – A altura uterina foi anotada no gráfico? (1) Sim (2) Não	ANOTALT ___
20 – A senhora fez ultrassom durante a gravidez? (1) Sim (2) Não (8) NSA	ULTRASOM ___
21 – SE SIM: Data do exame: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ Idade gestacional: ___ __ , ___ semanas	DATULT ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ IDGEST ___ __ , ___
Vou perguntar uma série de coisas e gostaria que me dissesse se elas foram feitas nas consultas de pré-natal, sempre, às vezes ou nunca.	
22 – A senhora foi pesada (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca	PESADA ___
23 – Mediram a sua altura (1) Sim (2) Não	MEDALT ___
24 – Mediram a sua barriga (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca	MEDBAR ___
25 – Mediram a sua pressão (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca	MEDPRESS ___
26 – Escutaram o nenê (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca	ESCNEN ___
27 – Examinaram suas mamas (1) Sim (2) Não	EXAMAMA ___
28 – Fizeram toque vaginal (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca	TOQUE ___
Agora eu gostaria de saber se a senhora fez algum destes exames durante o pré-natal.	
29 – Fez o pré-câncer (1) Sim (2) Não - SE NÃO: Quando fez pela última vez? _____ meses.	FEZCP ___ TEMPCP ___ __
30 – Fez exame de urina (1) Sim - Quantas vezes? _____ (0) Não	EXURINA ___
31 – Fez exame de sangue (1) Sim - Quantas vezes? _____ (0) Não	VEZURIN ___ __
32 – Fez um exame de açúcar no sangue após ter tomado um líquido doce? (1) Sim (2) Não	EXSANGUE ___ VEZSANG ___ __ AÇUCAR ___
Agora gostaria de saber se durante o seu pré-natal o médico:	
33 – Receitou remédio para anemia (ferro) ? (1) Sim (2) Não	FERRO ___
34 – Receitou algum antibiótico? (1) Sim - Qual? _____ (2) Não	ANTBIOT ___ QUANTIC ___ __
35 – O médico conversou com a senhora sobre como seria o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não	CONVPART ___

- 36 – A senhora fez vacina antitetânica? (1) Sim - Quantas doses? _____ ANTITET __
 (2) Já estava imunizada (3) Não DOSES __
- 37 – Durante o seu pré-natal, a senhora recebeu orientação sobre leite materno? ORIENTLM ____
 (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica
- 38 – Durante seu pré-natal a senhora recebeu orientações sobre como amamentar? COMOAMAM ____
 (1) Sim (2) Não (8) NSA
- 39 – Durante a gravidez a Sra. usou algum outro remédio? REMEDIO __
 (1) Sim (2) Não
 SE SIM: Qual remédio? _____ QREMEDIO __ __
- 40 – Quem indicou esse remédio? QUEMINDIC __
 (1) Médico (2) Farmacêutico (3) Familiar (8) NSA
 (4) Outro _____
- 41 – A senhora teve corrimento durante o pré-natal? (1) Sim (2) Não CORRIM __
- SE SIM:**
- 42 – A senhora foi examinada por causa do corrimento? (1) Sim (2) Não EXCORR __
- 43 – A senhora tomou algum remédio para o corrimento? (1) Sim (2) Não REMDCOR __
 SE TOMOU: Qual remédio? _____ QREMDCOR __ __
- 44 – Gostaria de saber qual era o seu peso antes de engravidar. __ __ , __ Kg PESOINI __ __ , __
- 45 – Qual era o seu peso antes do parto? __ __ , __ Kg PESOFIN __ __ , __
- 46 – Qual é a sua altura? __ __ __ cm ALTURA __ __ __
- 47 – A senhora fumava antes da gravidez? FUMAVA __
 (1) Sim (2) Não
- Se a resposta for NÃO, pule para a frase antes da questão nº 50**
- 48 – A senhora fumou durante a gravidez? FUMOUGRAV __
 (1) Sim (2) Não
 SE SIM: Quantos cigarros por semana? _____ FUMOSEM __ __ __
- 49 – Se a senhora fumava antes e parou de fumar na gravidez, PRETFUM __
 pretende voltar a fumar? (1) Sim (2) Não (8) NSA
- 50 – A senhora usou alguma bebida alcoólica durante a gravidez? BEBEUGRAV __
 (1) Sim (2) Não
- 51 – Qual a bebida alcoólica que você usa ou usou com mais frequência? QUALBEB __
 (1) Cerveja / Chope (2) Vinhos (3) Cachaça / Pinga (8) NSA
 (4) Uísque / Vodka / Conhaque (5) Outras _____

52 – Qual a frequência de uso de bebidas alcoólicas? QUANTBEB __
(1) Não bebeu (2) Bebeu todos os dias (8) NSA
(3) Bebeu 5-6 dias/sem (4) Bebeu 3-4 dias/sem
(5) Bebeu 1-2 dias/sem (6) Bebeu 3-4 dias/mês
(7) Bebeu 1-2 dias/mês (9) Bebeu menos que 1 vez/mês

53 – No último mês quantos dias a senhora bebeu? QUANDBEB __
(00) (10) (20) (30) dias
(00) (01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09)
(8) NSA

Gostaria de saber agora um pouquinho sobre os seus outros filhos:

54 – Quantas vezes a senhora ficou grávida? __ __ vezes NUMGRAV __ __
55 – Quantos partos a senhora teve? __ __ partos NUMPART __ __
56 – Quantos filhos a senhora tem? __ __ filhos NUMFILHO __ __

Se este for o primeiro, pule para a questão nº 58

57 – Qual o sexo e por quanto tempo a senhora amamentou seus outros filhos, começando pelo *menor* ?

Filho 1	sexo (1) M (2) F	mamou até __ __ m	MAMOU1 __ __ SEXO1 __
Filho 2	sexo (1) M (2) F	mamou até __ __ m	MAMOU2 __ __ SEXO2 __
Filho 3	sexo (1) M (2) F	mamou até __ __ m	MAMOU3 __ __ SEXO3 __
Filho 4	sexo (1) M (2) F	mamou até __ __ m	MAMOU4 __ __ SEXO4 __

Agora nós vamos conversar sobre como a senhora se sentiu durante a gravidez.

58 – A senhora planejou ter esse filho ou engravidou sem querer? PLANEJ __
(1) Planejou (2) Sem querer (3) Mais ou menos

59 – O seu bebê é do sexo que a senhora desejava? MAEDESEJ __
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Indiferente

60 – O seu bebê é do sexo que o pai do bebê desejava? PAIDESEJ __
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Indiferente

61 – Como foi a reação do pai do nenê quando soube da gravidez? REACPAI __
(1) Ficou contente (2) Indiferente (3) Não gostou (8) NSA

62 – Como a senhora sentiu que foi o apoio que recebeu do pai o nenê durante a gravidez? APOIPAI __
(1) Muito apoio (3) Nenhum apoio (8) NSA
(2) Pouco apoio (4) Mais ou menos (9) Ignorado

63 – Como a senhora sentiu que foi o apoio que recebeu dos seus familiares durante a gravidez? (1) Muito apoio (3) Nenhum apoio (8) NSA (2) Pouco apoio (4) Mais ou menos (9) Ignorado	APOIFAM __
64 – Como a senhora sentiu que foi o apoio que recebeu dos seus amigos ou vizinhos durante a gravidez? (1) Muito apoio (3) Nenhum apoio (8) NSA (2) Pouco apoio (4) Mais ou menos (9) Ignorado	APOIAMI __
65 – Durante o trabalho de parto, já no hospital, a senhora teve ao seu lado alguma pessoa da sua família ou algum amigo? (1) Sim (2) Não SE SIM: quem? _____	PARTOPES __ QUEMTRAB __ __
66 – Na sala de parto, a senhora estava acompanhada de algum familiar? (1) Sim (2) Não SE SIM: quem? _____ Como a senhora sentiu-se com a presença dele(dela)? _____	SALAPART __ QUEMSALA __ __ PRESDELE __ __
<i>Gostaria que a senhora me respondesse algumas questões sobre trabalho.</i>	
67 – A senhora trabalha fora? (1) Sim (2) Não	TRABFORA __
Se a resposta foi NÃO, pule para a frase antes da questão n° 70	
68 – O que a senhora faz? _____	ATIVPROF __ __
69 – Quando pretende voltar para o trabalho ? _____	VOLTTRAB __ __
Agora vamos falar um pouco sobre a renda da sua família	
70 – No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa? Pessoa1 R\$ _____ por mês ____, __ salários mínimos Pessoa2 R\$ _____ por mês ____, __ salários mínimos Pessoa3 R\$ _____ por mês ____, __ salários mínimos Pessoa4 R\$ _____ por mês ____, __ salários mínimos 00 = NSA	RENDA1 ____, ____, RENDA2 ____, ____, RENDA3 ____, ____, RENDA4 ____, ____,
71 – A família tem outra fonte de renda? R\$ _____ por mês ____, __ salários mínimos R\$ _____ por mês ____, __ salários mínimos	OUTRENDA 1 ____, ____, OUTRENDA2 ____, ____,
Agora vamos conversar sobre a senhora e o pai da <criança>.	
72 – Cor da mãe: (1) Branca (2) Preta (3) Outra	CORMAE __

73 – Qual é a sua idade? __ __ anos			IDADEMAE __ __
Com quem a senhora vive?			
74 – Com marido/companheiro	(1) Sim	(2) Não	VIVMAR __
75 – Com familiares	(1) Sim	(2) Não	VIVFAM __
76 – Com outros	(1) Sim	(2) Não	VIVOUT __
77 – Filhos	(1) Sim	(2) Não	VIVFIL __
78 – Até que série a senhora completou na escola? __ série do __ grau (0 = sem escolaridade)			SERIEMAE __ __ GRAUMAE __
79 – Qual é o nome do pai da <criança>? _____			
80 – Cor do pai: (1) Branca (2) Preta (3) Outra			CORPAI __
81 – Qual a idade dele? __ __ anos			IDADEPAI __ __
82 – Qual a altura dele? _____ cm.			ALTPAI __ __ __
83 – Até que série ele completou na escola? __ série do __ grau (0 = sem escolaridade 9 = Ignorado)			SERIEPAI __ __ GRAUPAI __
84 – Qual é a profissão que o pai exerce? _____			PROFPAI __ __
85 – Durante o pré-natal, seu marido ou companheiro foi com a senhora em alguma consulta? (1) Sim (2) Não SE SIM: quantas vezes? _____			PAICONS __ __ QUANTFOI __ __
86 – O que o pai pensa sobre a amamentação? _____ _____			PAIPENSA __ __
87 – O pai teve informações sobre a amamentação? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Ignorado SE SIM: onde: _____			INFOPAI __ ONDE __ __
Vamos conversar um pouco sobre bico e amamentação.			
88 – A senhora pretende dar bico ou chupeta para o nenê? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe (8) NSA SE SIM: por quê? _____			DARBICO __ PQBICO __ __
89 – A senhora trouxe bico para o hospital?			TROUXBICO __

(1) Sim (2) Não (8) NSA

90 – A senhora pretende amamentar seu filho no peito? DARPEITO __
(1) Sim (2) Não (9) Não sabe (8) NSA

91 – Até que idade pretende dar o peito? __ __ meses IDADMAM __ __
(77) Enquanto ele(a) quiser () Outra _____
(99) Não sabe (78) Enquanto tiver leite (88) NSA

Seu filho já recebeu:

92 – Leite materno? (1) Sim (2) Não SE SIM: Com __ __ horas LM __ HORALM __ __
(88) NSA

93 – Chá / água / glicose (1) Sim (2) Não SE SIM: Com __ __ horas CHA __ HORACH __ __
(88) NSA

94 – Bico ou chupeta (1) Sim (2) Não SE SIM: Com __ __ horas BICO __ HORABI __ __
(88) NSA

95 – Mamadeira (leite) (1) Sim (2) Não SE SIM: Com __ __ horas MAM __ HORAMA __ __
(88) NSA

96 – A senhora pretende dar leite de vaca ou em pó para a <criança>? DARLEITE __
(1) Sim (2) Não (3) Depois que o bebê não mamar mais (8) NSA
SE SIM: Com que idade? _____ IDADLEIT __ __

97 – A senhora acha que o uso do bico interfere na amamentação? BICINTERF __
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe
SE SIM: de que forma? _____ FORMBIC __ __

98 – A senhora acha que o uso de mamadeira com chá interfere na CHAINTERF __
amamentação? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe
SE SIM: de que forma? _____ FORMCHA __ __

99 – A senhora mora em Pelotas? MORAPEL __
(1) Sim (2) Não _____

Se não, agradeça e encerre. Se sim, continue conforme abaixo

Gostaríamos de saber da senhora seu endereço completo, porque pretendemos visitá-la quando seu nenê estiver maior.

100 – Qual é o seu endereço completo?

101 – Tem algum ponto de referência que nos ajude a encontrar sua casa?

102 – Tem telefone em casa? _____ FOCA _____

103 – Tem algum telefone para contato? _____ FOCO _____

104 – A senhora pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar em outra casa? VAIMUD __

(1) Vai morar na mesma casa (2) Vai morar noutro lugar

105 – SE VAI MUDAR: Qual vai ser seu novo endereço?

106 – Existe alguma outra forma de entrar em contato com a senhora, como através do emprego do marido ou outra forma?

(1) Sim (2) Não
SE SIM: De que maneira?

107 – A Senhora poderia nos fornecer o endereço de outro parente, para o caso de nós precisarmos lhe encontrar?

108 – Entrevistador: _____ ENTREVIST __ __

109 - Hora da entrevista: __ __ . __ __ HORAENT __ __ __ __

110 – Data da entrevista: __ __ / __ __ / __ __ DATAENT __ __ / __ __ / __ __

ANEXO II

Manual de Instruções do Questionário

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO
AValiação DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Manual de Instruções

O entrevistador deverá verificar os dados pessoais da mãe no livro de partos. Isto lhe possibilitará um melhor relacionamento com a mãe, pois já saberá seu nome e os dados técnico do parto.

O entrevistador deverá apresentar-se à mãe dando seu nome e curso universitário e explicando-lhe que está sendo feito, nas maternidades da nossa cidade, um estudo sobre as condições das crianças nascidas na cidade de Pelotas. Por isso, está ali para conversar e conhecer um pouco sobre o bebê e sua família. Deverá solicitar, então, seu consentimento em participar da pesquisa. Este deve ser lido e dado para a mãe assinar.

Para o êxito deste trabalho, todas as mães deverão ser entrevistadas, e de forma uniforme. Por isso, passamos a detalhar a forma como o questionário deverá ser aplicado.

Na introdução, e após cada bloco de perguntas, estão colocadas frases que facilitarão a conversação. Estas frases são simples, o que possibilitará uma melhor interação com a entrevistada, assim como orienta e deixa claro sobre o que será falado logo a seguir.

Instruções Gerais

- Formule as perguntas exatamente como estão escritas.
- Quando houver dúvida sobre uma resposta, anote-a **por extenso** e consulte depois a supervisora.
- Quando a mãe não souber responder ou a informação não estiver disponível, complete com o código 9, 99, 999 os campos de codificação.
- Quando houver instruções para pular de uma pergunta para outra mais adiantada, complete com o código 8, 88, 888 ... os campos de codificação das perguntas que não forem aplicadas.
- O campos da coluna da direita são reservados para a codificação dos dados. O preenchimento desta coluna nunca deverá ser feito durante a entrevista, os números deverão ser claros e não rasurados.
- Onde está escrita <criança>, substitua pelo nome do bebê.
- As frases em negrito, no início de cada bloco de perguntas, deverão ser lidas exatamente como estão, pois servem para introduzir um novo assunto.
- Leia sempre somente o enunciado de cada pergunta.
- Caso a mãe não entenda uma pergunta, repita o enunciado e todas as alternativas, tendo o cuidado de não induzir a resposta.

- Quando uma resposta parecer pouco confiável, anote-a e faça um comentário na posterior discussão com a supervisora.
- Não deixe respostas em branco.
- Nas questões qualitativas (resposta por extenso), anote sempre a primeira resposta da mãe.

Instruções Específicas

1. O número do questionário deverá ser preenchido posteriormente.
 2. Marcar o local onde ocorreu o nascimento da criança. Se ela nasceu em casa ou em outro local e foi trazida posteriormente para o hospital, marcar a opção (3) outro.
 3. As questões de 4 a 9 deverão ser respondidas através de verificação no livro de partos.
- 6 – 7. Escrever em letra de forma e legível, o nome completo da mãe e do recém nascido.
10. Sobre a cor do bebê, deverá ser respondida após observação. Ex. pardo: (3) outra
 11. Esta pergunta refere-se a relação financeira entre a mãe e o hospital e também deverá ser verificada no livro de registros.

Leia o enunciado deste bloco de perguntas. **“Vamos começar conversando sobre o seu parto.”**

12. Múltiplo (2) significa parto gemelar, múltiplo (3) para três ou mais filhos neste último parto. É importante salientar que devem ser computados todos os nascimentos, mesmo os natimortos.
13. O entrevistador deverá investigar todas as informações que caracterizam um parto cirúrgico abdominal. Atentar para as referências da entrevistada sobre os procedimentos de episiotomia e episiorrafia, fórceps, etc, que não constituem parto cirúrgico abdominal e são considerados como parto normal. Partos vaginais induzidos são considerados “normais”.
14. Perguntar se a criança teve ou está tendo algum problema, que não permitiu sua presença junto a mãe. A opção (3) alojamento conjunto, é reservada para a criança sadia que esta com a mãe no quarto. Nos subitens 1 ao 3 - em caso de haver algum problema, procure o médico da maternidade ou da UTI pediátrica para anotar o diagnóstico da patologia apresentada pelo bebê. O tempo decorrido do parto até a hora de vir para o quarto deverá ser preenchida em horas, caso tenha sido menos de uma hora preencha 00 horas.

Se o bebê não apresentou nenhum problema, marque (3) e passe para a questão n° 15

Agora vamos conversar um pouco sobre a sua gravidez e seu pré-natal:

15. Data da última menstruação preencher como o data do primeiro dia da última menstruação.

16. Considerar consulta de pré-natal as visitas que a mãe fez ao médico durante a gravidez para avaliar a gestação.

Se a resposta for Não, pule para a questão n° 39

Gostaria de olhar sua carteira de pré-natal

17 – 20. Se tiver com a mãe, a carteira deve ser vista e conferida pelo entrevistador. Caso negativo, deverá ser anotada a resposta da mãe.

21. Quanto à data do exame de ultra-sonografia, se tiver com a mãe, o exame deverá ser visto e conferido pelo entrevistador. Se não estiver, perguntar se trouxe para o hospital, em caso afirmativo, olhar no prontuário. A idade gestacional será calculada posteriormente. Este dado – idade gestacional – deverá ser colocado somente no questionário , não precisa passar para a parte codificada.

Vou perguntar uma série de coisas e gostaria que me dissesse se elas foram feitas nas consultas de pré-natal, sempre, às vezes ou nunca.

(As perguntas 22 a 38 refere-se a qualidade do pré-natal)

22 – 28. Leia pausadamente a pergunta e as alternativas oferecidas como resposta (sempre, às vezes ou nunca).

Agora eu gostaria de saber se a senhora fez algum destes exames durante o pré-natal.

29 – 30. Leia pausadamente a pergunta e as alternativas oferecidas como resposta (se sim, quantas vezes?, se não, quando fez pela última vez?)

Agora gostaria de saber se durante o seu pré-natal o médico:

33 – 35. Leia pausadamente a pergunta e as alternativas oferecidas como resposta.

36. Tentar diferenciar vacina de outros remédios injetáveis administrados durante a gravidez. A vacina é normalmente feita no braço. Se já houver sido imunizada há menos de dez anos, escolha a opção (2) já estava imunizada. Esta pergunta deverá ser feita para todas as mães, mesmo aquelas que não fizeram pré-natal.

37 – 38. A opção (8) NSA diz respeito às mulheres que não podem amamentar, como as HIV positivas, neste caso pule estas perguntas.

39. A partir desta, as questões valem para todas as mães, inclusive as que não fizeram o pré-natal. Anote se a mãe usou algum medicamento e o nome da medicação.

40. Marque a pessoa que indicou a medicação. Opção (8) NSA vale para as mães que não precisaram ser medicadas.

41 – 43. Leia pausadamente a pergunta e anote, se for o caso, o nome da medicação indicada.

44. Anote o peso em Kg. Caso a mãe não lembre do peso antes de engravidar, preencha com código 999,9.

45 – 46. Anote as informações da mãe (peso em Kg, altura cm). Se necessário confira na carteira de gestante.

47. A pergunta se refere ao período anterior a gravidez. Vale cigarro em maço, caixa , cigarro feito em casa (papel, palheiro) enroladinho, cachimbo e charuto.

Se a resposta for NÃO, pule para questão nº 50

48. Pergunte se a mãe fumou durante a gravidez. Se sim, quantos cigarros por semana eram consumidos.

49. Se fumava antes da gravidez mas parou durante, pretende, agora, voltar a fumar.

50. Esta pergunta deverá ser feita do modo mais natural possível, evitando fazer julgamento dos hábitos maternos.

51 – 53. Leia pausadamente a pergunta e as alternativas oferecidas como resposta.

Gostaria de saber agora um pouquinho sobre os seus outros filhos

Nesta questão, usar as duas casas. Ex. 02, 04 ...

54. Quer-se saber de todas as vezes que a mãe já ficou grávida, inclusive possíveis abortos.

55. Se a mãe teve alguma perda durante a gestação, o número de partos será menor que o número de gestações.

56. Aqui se quer saber de **todos** os filhos que a entrevistada tem (vivos), inclusive o atual.

Se este for o primeiro, pule para a questão nº 58

57. Comece pelo **menor, que não seja este que acaba de nascer**. Caso a mãe tenha mais do que cinco filhos, ignore os mais velhos. Anote o tempo de amamentação em meses. Ex. 2 anos = 24 meses.

Agora nós vamos conversar sobre como a senhora se sentiu durante a gravidez.

58. Perguntar se a gravidez foi planejada ou não, considerar mais ou menos, quando responder que queria engravidar, mas não neste momento. Será planejada, aquela gravidez que a mãe não estava usando método anticoncepcional e desejava engravidar. Caso a mãe fique em dúvida quanto à resposta, repita o enunciado da questão e **todas** as alternativas.

59 – 64. Dizem respeito ao apoio emocional.

65. Perguntar para mãe, se quando ela estava no hospital, durante o trabalho de parto, antes de entrar na sala, para ganhar o nenê, se alguma pessoa da sua família ou algum amigo estava lhe fazendo companhia. E quem era esta pessoa.

66. Perguntar para a mãe, se na sala de parto ela estava acompanhada de algum familiar. Caso afirmativo, anote quem era esta pessoa (mãe, marido, irmã). Pergunte como ela sentiu-se com a presença desta pessoa. Escreva por extenso e anote a primeira resposta dada pela mãe.

Gostaria que a senhora me respondesse algumas questões sobre trabalho.

67. Perguntar se a mãe trabalhou fora durante a gravidez. Se a mãe tiver um bar ou loja junto da casa, considerar como trabalhou fora de casa.

Se negativa, pule para a questão nº 70

Se afirmativa, responda as questões nº 68 e 69

68. Descrever sucintamente o tipo de trabalho exercido pela mãe, durante a gravidez, procurando descrever as suas atividades durante a jornada de trabalho. Evite resposta simplistas como “serviços gerais”, nestes casos, perguntar “O que fazia?”, ou seja datilografia, telefonista, etc.

69. Anote o tempo em que ela pretende retornar ao trabalho, em meses. Ex. 1 ano = 12 meses. Escreva por extenso a resposta da mãe.

Agora vamos falar um pouco sobre a renda da sua família.

70. Perguntar quais as pessoas da casa que recebem salário ou aposentadoria e responder nos itens correspondentes. Se a resposta for um determinado valor, faça a conversão para salários mínimos no momento da codificação. Onde não houver salário, responder com zeros e nunca com 8888, pois poderá ser confundido com um valor salarial.

Importante: Considerar apenas a renda do mês anterior. Por exemplo, para entrevistas realizadas em 15 de março, considerar a renda do mês de fevereiro. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. O mesmo se aplica para o caso inverso, isto é, se uma pessoa está atualmente desempregada mas trabalhou no mês que passou e ainda recebeu salário, incluí-lo no orçamento familiar. Se estiver desempregado há mais de um mês, considerar a renda do trabalho ou biscate atual. Quando a mulher não souber informar a renda de outros membros da família, tentar aproximar ao máximo, aceitando a resposta “ignorado” somente em último caso. Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais como exemplo, o 13º salário ou o recebimento de indenização por demissão.

71. Aluguel, pensão e ajuda recebida em dinheiro de outras pessoas, devem ser consideradas como outra fonte de renda.

Agora vamos conversar sobre a senhora e o pai da <criança>

72. Observe e anote.

73. Perguntar a idade da mãe, em anos completos no dia da entrevista. Se a mãe, por exemplo, fizer aniversário dois dias após a entrevista, deve-se considerar a idade completa até o momento da entrevista.

74 – 77. Considerar as pessoas que moram na casa da mãe. Empregadas domésticas não devem ser consideradas como membros da família, mesmo que morem no emprego. Em “outros” considerar todas as outras pessoas que moram na casa, além do companheiro e filhos. Em “filhos” anotar somente aqueles que moram na mesma casa com a mãe.

78. Anotar a última série concluída na escola. Ex. se a mãe cursou até metade da 8ª série do 1º grau, anotar 7ª série. Se não chegou a terminar o 1º ano do 1º grau ou nunca frequentou a escola, responder com 0 série, 0 grau. Anos de pós-graduação serão somados aos anos da graduação (3º grau).

79. Anotar o nome completo do pai da criança, mesmo que ele não more com a mãe da criança.

80. Pergunte a mãe qual a cor do pai da <criança>.

81. Idem a 73.

82. Altura em cm.

83. Usar os mesmo critérios da pergunta 78. Aplicar esta pergunta, mesmo que o pai não more na casa. Se a mãe não sabe a escolaridade do pai, responder com o código 99.

84. Descrever a profissão exercida pelo pai da <criança>. Evite resposta simplista como serviços gerais, nestes casos, perguntar “O que fazia?”, ou seja pedreiro, auxiliar de enfermagem

85. O pai da <criança> foi em alguma consulta do pré-natal. Anote o número de vezes.

86 – 87. Pergunte a mãe, mas caso o pai da <criança> esteja presente a entrevista, pergunte diretamente a ele – o que pensa sobre a amamentação e se teve informações sobre a amamentação.

Vamos conversar um pouco sobre bico e amamentação

88. Perguntar, se a mãe pretende dar bico ou chupeta para o nenê, se ela responder que pretende, marque a opção (1) Sim e anote o por quê, não interessando o momento em que ela dará o bico ou chupeta.

89. Marcar a opção (1) Sim, se a mãe ou outra pessoa trouxe bico para o quarto do hospital, mesmo que ainda não tenha dado para a criança.

90. Nesta pergunta, interessa saber se a mãe pretende amamentar o recém-nascido e não se ela já deu de mamar para a criança.

91. Perguntar até que idade, a mãe pretende amamentar o recém-nascido, tomando cuidado para não induzir a resposta sugerindo uma idade qualquer.

92 – 95. Se recebeu leite materno, chá, bico ou mamadeira com leite e com quantas horas de vida. Entende-se por horas de vida o espaço entre o momento do nascimento e quando recebeu algum dos itens acima. Se ainda não recebeu, em horas, anotar (88) NSA.

96. Se a mãe pretende dar leite de vaca ou em pó e com que idade pretende oferecer ao nenê.

97 – 98 Leia pausadamente a pergunta, se sim, pergunte de que forma e anote por extenso a resposta da mãe.

99. Pergunte se mãe mora em Pelotas. Anote mesmo se for zona rural. Se a resposta for “não”, agradeça e encerre. Se sim, continue conforme abaixo.

100 - 107. Anotar o mais detalhadamente possível o endereço da mãe, procurando fornecer características do domicílio que facilitem as visitas posteriores, como cor da casa ou do bloco de apartamento, principalmente se a mãe morar em COHBs.

Pergunte também por pontos de referência como bares, lancherias, paradas de ônibus, etc. Pergunte qual (is) ônibus usar para chegar na casa e onde descer.

Anote o telefone do domicílio, caso não possua codifique com 888888.

Procure anotar algum telefone para contato. Pode ser amigo, vizinho, parente ou do trabalho.

Se a mãe for mudar de endereço, anote o novo endereço.

108. Não deixar de colocar o código e o nome do entrevistador.

109 – 110. Preencha a hora e data da entrevista.

ANEXO III

Declaração de Concordância

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO
AVALIAÇÃO DA SAÚDE MATERNO INFANTIL**

Declaração De Concordância

O abaixo assinado, pai ou mãe da criança _____
concorda em participar do estudo "Avaliação da Saúde Materno-Infantil", estando
plenamente ciente e de acordo com as seguintes premissas:

1. Sua participação no estudo incluirá visitas periódicas durante os primeiros seis meses de vida, a serem realizados quando a criança tiver um, três e seis meses de vida.
2. Nestas visitas, a mãe responderá a um breve questionário sobre saúde e alimentação da criança.
3. A participação das famílias é totalmente gratuita.
4. Todas as informações fornecidas à equipe do estudo serão estritamente confidenciais, e as crianças e suas mães serão identificadas através de um número de série.
5. A família tem pleno direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento, bastando para isto, comunicar esta decisão à equipe de entrevistadores.
6. A equipe de supervisão do estudo coloca-se à disposição das famílias, para quaisquer esclarecimentos que sejam necessários.

De acordo

Nome:

Assinatura:

Regina B. da Silveira - CRM 10448

Valéria Tejada Neutzling - CRM 25250

Maria Laura Mascarenhas - CRM 12813

Telefone para contato: 284 8336

Artigo Científico

(Submetido a Cadernos de Saúde Pública)

Maternidade na adolescência: prevalência e fatores associados

Maternity in the adolescence: prevalence and associated factors

Carmen Lúcia Berneira Moreira¹

Elaine Albernaz¹

Regina Bosenbecker da Silveira¹

¹Mestrado em Saúde e Comportamento,
Programa de Pós-graduação,
Universidade Católica de Pelotas, RS, Brasil

Correspondência:
Rua Gen. Telles, 366 - Centro
96.010-310 – Pelotas, RS – Brasil
e-mail: cmoreira@epidemiologia-ufpel.org.br

Resumo

A gravidez na adolescência está associada com baixas condições socioeconômicas, trazendo desvantagens para o desenvolvimento social e psicológico, assim como riscos à saúde da adolescente. Também, são evidenciadas desvantagens para o recém-nascido, destacando-se maior incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer e retardo do crescimento intra-uterino. Foi realizado um estudo transversal, aninhado a uma coorte buscando avaliar o perfil das mães adolescentes, comparadas às mães adultas da cidade de Pelotas. Foram entrevistadas 2741 mães, sendo 558 (20,4%) adolescentes. Mulheres que viviam sem companheiro tiveram um risco duas vezes maior de ter filho na adolescência. A escolaridade das mães e de seus companheiros também mostrou-se inversamente associadas ao desfecho. Relacionar-se com homens adolescentes aumentou significativamente as chances de engravidar na adolescência. Ao avaliar o impacto da idade materna sobre desfechos como ganho de peso na gestação, peso do recém-nascido, condições de nascimento e idade gestacional, não se observou diferença estatisticamente significativa entre as mães adultas e as adolescentes.

Palavras-chave: gravidez na adolescência, fatores de risco, comportamento sexual

Abstract

Pregnancy in adolescence is associated with low economic and social conditions, bringing some disadvantages in respect to the social and psychological developments, as well as risks for adolescent's health. In the same way are evidenced disadvantages to the newborn, such as a higher incidence of prematurity, low birth-weight and restrict intra-uterine growth. A nested cross-sectional study was done to evaluate the teen mothers' profile in comparison to the adult mothers who live in the city of Pelotas. The participants were the mothers of children who belong to a cohort. 2741 mothers have been interviewed, being 558 (20.4%) adolescents. Women without a partner had a risk twice higher a child during the adolescence period. The mothers' educational level as well as their partners' showed to be inversely associated to the outcome. Having a teen partner also increased significantly the chances of getting pregnant during the adolescence period.

While evaluating the maternal age impact on outcomes such as gestational weight gain, newborn weight, birth conditions and gestational age, no statistically relevant difference has been observed comparing adult and adolescent mothers.

Key-words: pregnancy in adolescence, risk factors, sex behavior.

Maternidade na adolescência: prevalência e fatores associados

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende um período entre os 10 e 19 anos de idade, desencadeado por mudanças corporais, fisiológicas e psicológicas, acelerando o desenvolvimento cognitivo e a construção da personalidade¹.

A maternidade na adolescência tem sido objeto de investigação de vários autores sob os mais diversos ângulos, é tida como um problema crescente e possui sérias implicações biológicas, psicossociais e econômicas. Considerada gravidez de alto risco pela OMS e um problema de saúde pública².

No Brasil, a gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos cresceu 26% entre as décadas de 70 e 90, contrariando a tendência geral de diminuição das taxas de fecundidade. Em 1998, mais de 50 mil adolescentes brasileiras foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto, sendo que quase três mil delas tinham até 14 anos³. As internações por causas obstétricas são responsáveis por 75% das internações femininas⁴.

Conforme dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)⁵, durante o ano de 2002, ocorreram no Brasil 3.059.402 nascimentos, sendo 22,7% de mães adolescentes. No Rio Grande do Sul, foram 155.261 nascimentos, destes, 19,7% eram mães adolescentes. Na cidade de Pelotas, a porcentagem de partos entre mães adolescentes foi 19,6%. Em estudo realizado nesta cidade por Tomasi e col.⁶, foi observado um aumento da gravidez na adolescência de 15,3% em 1982 para 17,4% em 1993.

Alguns fatores são determinantes para a gestação na adolescência, como o desenvolvimento biológico, a diminuição da idade da menarca e o início precoce da

atividade sexual, além dos aspectos sociais e culturais como o desconhecimento da fisiologia do corpo, da contracepção e a falta de orientação dos pais e/ou responsáveis, educadores e serviços de saúde especificamente dirigidos ao adolescente^{7,8}.

A literatura tem demonstrado que gravidez na adolescência está associada com baixas condições socioeconômicas, trazendo desvantagens para o desenvolvimento social da adolescente, destacando-se a evasão escolar, dificuldade de inserção no mercado de trabalho, gestações repetidas, falta de apoio ou abandono do companheiro, propensão à baixa auto-estima e à depressão^{9,10}. Camarano¹¹ evidenciou que a gravidez na adolescência está diretamente relacionada com a falta de escolaridade e baixa renda. Stern¹² questiona tais colocações argumentando que a crença de que a gravidez precoce leva ao abandono dos estudos e, portanto, dificulta as possibilidades de ingressar no mercado de trabalho, deve ser criteriosamente analisada, visto que pesquisa realizada no México(1997) constatou que muitas adolescentes abandonam a escola antes de engravidar. Acredita o autor que a gravidez precoce está freqüentemente relacionada à pobreza, mas não implica que seja um fenômeno que conduza à ela e à sua perpetuação. Uma análise de dados no Nordeste do Brasil mostrou que o nível de escolaridade foi o fator mais fortemente associado com a ocorrência de gravidez na adolescência¹³.

Além disto, muitos estudos têm mostrado as desvantagens para o recém-nascido, como maior incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer e retardo de crescimento intra-uterino em filhos de mães adolescentes comparados aos de adultas. Entretanto, são constatações muito controversas. Segundo Mariotoni¹⁴, em estudo de casos e controles realizado em Campinas, SP, a idade materna não representou maior risco para o baixo peso ao nascer, estando este associado a condições de saúde da gestante e à freqüência às consultas do pré-natal. Victora e col.¹⁵, em um estudo de coorte realizado em Pelotas, ao

analisar baixo peso ao nascer, encontraram a maior incidência deste nos grupos extremos de idade: adolescentes, com 12,4% e mulheres de 40 anos ou mais, com 12,6%. Para Lao¹⁶, a gravidez é, fisicamente, bem tolerada pelas adolescentes, principalmente junto àquelas que recebem assistência precoce e de forma regular. Zambonato e col.¹⁷, ao investigarem os fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional não encontraram associação com idade materna, estando este fortemente associado com renda familiar.

Tendo em vista o alto percentual de mães adolescentes, foi planejado este estudo visando avaliar o perfil das mães adolescentes da cidade de Pelotas.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal aninhado a um estudo longitudinal que acompanhou os bebês que nasceram no período de setembro de 2002 a maio de 2003, cujas mães eram residentes na cidade de Pelotas. A pesquisa possuiu dois componentes: perinatal (entrevista hospitalar a todas as mães) e de acompanhamento de um, três e seis meses a uma amostra aleatória de 30% de todos os nascimentos. Para este estudo foram utilizadas informações do componente perinatal.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelas Comissões de Pesquisa e Ética em Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, do Hospital da Fundação de Apoio Universitário, tendo sido considerada, conforme as normas de pesquisa em saúde, de risco mínimo. Também foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Comissão Científica da Universidade Católica de Pelotas. Todas as mães

participantes do estudo, após terem sido devidamente esclarecidas sobre a pesquisa, assinaram o termo de consentimento.

No estudo perinatal aplicou-se um questionário único, padronizado, a todas as mulheres que tiveram filho nos hospitais da cidade ou que foram atendidas nestes, depois do parto.

Esse questionário buscava informações sobre características demográficas, socioeconômicas, familiares, história reprodutiva materna e de assistência pré-natal. O questionário foi aplicado por 15 estudantes de graduação, previamente treinados em técnica de entrevista, que faziam visitas diárias a todos os cinco hospitais do município que prestam assistência em caráter público, conveniado e/ou privado.

O controle de qualidade foi garantido através dos seguintes mecanismos: estudo-piloto; questionários padronizados; revisão dos questionários; dupla digitação por diferentes digitadores; repetição de 10% das entrevistas, com questionário sintetizado à uma amostra aleatória.

O cálculo do tamanho da amostra para o estudo de coorte foi baseado em um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico de 90% para exposições variando entre 15 e 80%, estimando-se um risco relativo de 2,0. Calculando a ocorrência de cerca de 3200 partos, sendo aproximadamente 640 (20%) de mães adolescentes. A maternidade foi considerada precoce quando a mulher tivesse filho com idade inferior a 20 anos. Foram excluídas do estudo as mulheres residentes em outro município.

Buscando-se traçar um perfil das mães adolescentes comparadas às adultas, foram coletadas informações sobre idade, cor e escolaridade materna, situação conjugal, idade e escolaridade do companheiro, renda familiar, paridade e trabalho materno. Além disso, foram avaliados os hábitos maternos, características do pré-natal, condições de nascimentos

das crianças e apoio recebido durante a gestação, através das seguintes variáveis: tabagismo durante a gravidez e consumo de álcool, número de consultas de pré-natal, peso pré-gestacional, ganho de peso, tipo de parto, peso ao nascer, idade gestacional, apgar e problemas de saúde com o recém-nascido, planejamento da gravidez, presença de acompanhante no parto, reação do companheiro frente à gravidez e presença deste às consultas de pré-natal, apoio recebido e orientação médica sobre trabalho de parto e amamentação.

A digitação dos dados foi feita utilizando-se o programa Epi Info 6.0 e para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS 8.0.

A análise dos dados incluiu o cálculo da frequência das variáveis e análise bivariada entre os fatores de exposição e o desfecho, entre os fatores de exposição e outras variáveis e entre o desfecho e outras variáveis.

A análise multivariada foi realizada a partir de um modelo hierarquizado, construído com base na literatura revisada (Figura 1). Assim, as variáveis situadas no primeiro nível puderam influenciar as outras variáveis do mesmo nível, as variáveis do segundo nível ou diretamente o desfecho. No segundo nível, foram avaliadas as características maternas e comportamentais, que podem exercer influência entre elas ou sobre o desfecho. Nas análises foi usado o nível de significância $p \leq 0,05$.

Na análise multivariada, foram incluídas as variáveis cuja associação com o desfecho apresentaram valor de $p \leq 0,20$, a fim de avaliar a presença de possíveis fatores de confusão.

Resultados

No período de setembro de 2002 a maio de 2003, ocorreram 3449 nascimentos, sendo 2799 (81%) de filhos de mães residentes na cidade de Pelotas. Destes 2799 nascimentos, 29 ocorreram no domicílio ou em outro local, mas foram computados uma vez que deram entrada no hospital para atendimento. Foram registradas 2,1% de perdas e/ou recusas. A população final estudada foi de 2741 mulheres, das quais 558 (20,4%) eram adolescentes. Entre as adolescentes, 12,7% tinham até 15 anos de idade e 87,3% de 16 a 19 anos. Do total de 2741 pacientes, somente 50% referiu ter recebido orientação no pré-natal sobre trabalho de parto e cerca de 41% sobre amamentação.

A Tabela 1 mostra a distribuição da amostra conforme as características sociodemográficas, culturais, comportamentais, reprodutivas e do núcleo familiar. Cerca de 70% das mulheres possuíam renda de, no máximo, três salários mínimos mensais. A maioria era de cor branca e com mais de cinco anos de escolaridade. Quanto ao trabalho remunerado, apenas um terço das mulheres trabalhavam. Ao avaliar-se a situação conjugal, observa-se que 83% vivia com o pai da criança (independente da união ser formal ou não).

Na Tabela 2, observa-se que cerca de um quarto da população fumou durante a gravidez e 18% consumiu álcool. A maioria (77%) das parturientes realizou seis ou mais consultas de pré-natal, o índice de cesarianas foi de 38,5% e 8,3% dos recém-nascidos apresentaram baixo peso ao nascer enquanto que 12,3% eram pré-termo. Observa-se que 65% das gestações não foram planejadas.

A Tabela 3 compara a gravidez de mães adolescentes com a de mães adultas. Cerca de 75% das mães adolescentes tinham homens adultos como pai do bebê. Observa-se que o risco de gravidez na adolescência esteve inversamente relacionado com renda familiar,

mostrando efeito dose-resposta. As mulheres com renda de até um salário mínimo mensal e aquelas que viviam sem companheiro tiveram um risco duas vezes maior de ter filho na adolescência. Para aquelas que não trabalhavam de forma remunerada, este risco foi quase cinco vezes maior. Ter um companheiro adolescente também mostrou-se um fator de risco para a gravidez na adolescência, assim como ser primigesta.

A análise multivariada (Tabela 4) mostra que após serem ajustadas para outras variáveis do primeiro nível, somente escolaridade materna e idade do companheiro se mantiveram associadas ao desfecho.

Ao ser ajustada para as variáveis do mesmo bloco e do nível anterior, a idade do companheiro esteve fortemente associada ao desfecho. As adolescentes que se envolveram com homens também adolescentes tiveram um risco 85 vezes maior de engravidar. As variáveis situação conjugal e trabalho materno tiveram sua medida de risco diminuído, mas mantiveram a significância estatística, demonstrando que parte de seus poderes explicativos era devido à presença de fatores de confusão. Ser primípara mostrou-se fator de risco e não houve diferença significativa entre a análise bruta e a ajustada.

Tendo em vista que a razão de odds pode superestimar a medida de risco foi realizada a conversão desta em razão de prevalência, utilizando a fórmula citada por Osborn e Cattaruzza¹⁸, para as variáveis com razão de odds elevadas. Ao realizar a conversão, observou-se para variável idade do companheiro, a medida de risco da categoria menor de 20 anos caiu de 85,5 para 24,2.

Ao avaliar-se a influência da idade materna sobre determinados desfechos, observou-se que o parto normal foi mais freqüente entre as adolescentes ($p < 0,001$). Apesar de haver uma tendência das mães adolescentes terem mais bebês com baixo peso ao nascer, este dado não foi estatisticamente significativo ($p=0,06$). Estas gestantes tiveram

um risco 40% maior de não realizar o número preconizado de seis ou mais consultas de pré-natal ($p < 0,001$) e para o não planejamento da gravidez o risco foi 15% maior ($p < 0,001$).

Foi também avaliado o impacto da idade materna sobre desfechos como ganho de peso, idade gestacional, índice de apgar no 5º minuto, problemas de saúde com o recém-nascido, presença de acompanhante no trabalho de parto, reação do companheiro frente à gravidez, apoio recebido, orientação médica sobre o trabalho de parto e amamentação. Contudo, não houve associações estatisticamente significativas.

Quando questionadas sobre o apoio recebido do companheiro, mais de 90% das gestantes referiram tê-lo recebido, independente de serem adolescentes ou adultas.

Discussão

Neste estudo, a prevalência de gravidez na adolescência foi inferior a de índices encontrados em outros estudos brasileiros^{19,20}, mas evidencia que, localmente, a proporção de gestantes adolescentes vem aumentando. Nas últimas duas décadas, ao comparar-se com dados de Tomasi e col., observou-se que houve um aumento de 15,3% (1982) para 17,4% (1993)⁶.

A gravidez na adolescência tem sido identificada como fator de risco para baixo peso ao nascer, prematuridade e retardo do crescimento intra-uterino, entretanto muitos estudos têm mostrado a associação entre os cuidados de pré-natal e melhores resultados na gestação e parto, seja entre mulheres adolescentes ou adultas. Neste estudo, quase a totalidade das mulheres fizeram acompanhamento pré-natal, sendo que 77% fizeram seis ou mais consultas, conforme recomendado pela OMS. Foi observado um percentual de

38,5% de partos cesarianos, este índice vem aumentando na cidade de Pelotas. Segundo Barros, em 1996, ao comparar dois estudos de coortes dos anos de 82 e 93 encontrou 27,7% e 30,5% , respectivamente.²¹

O índice de parto vaginal foi mais elevado entre adolescentes, este fato parece estar relacionado ao nível socioeconômico, já que as mães adolescentes são mais pobres e, ao avaliar-se os fatores relacionados ao tipo de parto, identificou-se que as mães de maior renda tiveram mais chance de serem submetidas ao parto cesário.

O tabagismo e consumo de álcool estiveram presentes durante a gestação na população estudada e estes não mostraram diferenças entre adultas e adolescentes. O tabagismo teve uma prevalência de aproximadamente 24%. Ao comparar-se com o estudo de Horta²², realizado na mesma cidade, que encontrou em 1982, 35,7% e em 1993, 33,5%, observa-se uma queda nas últimas décadas.

Em relação aos fatores de risco para a gravidez na adolescência, escolaridade materna, idade do companheiro, situação conjugal, trabalho materno e paridade mostraram ser os mais importantes. Adolescentes que não trabalhavam tinham um risco quase cinco vezes maior de engravidar quando comparadas com aquelas que trabalhavam de forma remunerada.

Cerca de 22% das adolescentes não eram primíparas, este resultado permite concluir que são necessários não apenas programas de prevenção à gravidez na adolescência, como um suporte maior às mães adolescentes, para que estas não experimentem uma outra gestação precoce.

O estudo não contemplou as características do núcleo familiar. Mas de acordo com Barnett e col.²³ as adolescentes que engravidam percebem a família desunida, com pouca comunicação intrafamiliar e, geralmente são filhas de pais separados. Gigante e col.²⁴

encontraram que adolescentes com reprovação escolar precoce e aquelas que viviam com irmãos de pais diferentes tiveram o dobro de chance de engravidar. Houve, também, associação com gravidez precoce das mães destas adolescentes.

Os resultados encontrados permitem concluir que são necessárias medidas visando reduzir o tabagismo na gravidez, já que de cada quatro gestantes uma tem o hábito de fumar. Além disso, deve haver critérios mais rigorosos na indicação de cesariana tendo em vista o alto índice encontrado. Orientação aos pais, educadores e adolescentes sobre sexualidade e anticoncepção se faz necessária como forma de diminuir a ocorrência e a recorrência de gestação na adolescência.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995
2. Arilha M, Calazans G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: Jovens acontecendo na trilha das políticas pública. Brasília: Comissão Nacional e Desenvolvimento, Vol.2:687-708, 1998
3. Ministério da Saúde. Saúde e desenvolvimento da Juventude brasileira: construindo uma agenda nacional, 1999:10.
4. Piola S, Pereira R. Gasto social federal e gasto com jovens de 15 a 24 anos. In: Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: Comissão Nacional e Desenvolvimento, Vol.2:713-730, 1998.
5. Ministério da Saúde. DATASUS.Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Disponível: <http://www.datasus.gov.br>
6. Tomasi E, Barros F, Victora C. As mães e suas gestações: comparação de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública 1996;12(Supl.1):21-25.
7. Herter LD, Accetta SG. Anticoncepção e gestação na adolescência. Jornal de Pediatria 2001;77(Supl.2):S170-S178.

8. Ribeiro ERO, Barbieri AM, Bettiol H, da Silva AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2000;34(2):136-142.
9. Costa MCO, Pinho JF, Martins SJ. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém-Pará. *Jornal de Pediatria* 1995 ;71(3) :151-157.
10. Barnet B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Reepke JT. Depressive symptoms, stress, and postpartum adolescents. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine* 1996;150:64-69.
11. Camarano AA. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: *Jovens acontecendo na trilha das políticas pública*. Brasília: Comissão Nacional e Desenvolvimento, Vol.1:109-133,1998.
12. Stern C. Pregnancy in adolescence as a public problem: a critical vision. *Salud Publica México*, mar/abr 1997 ;39(2) :137-143.
13. Gupta N, Leite IC. Tendências e determinantes da fecundidade entre adolescentes no Nordeste do Brasil. *Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar* 2001:24-29.
14. Mariotoni GGB, Barros Filho AA. A gravidez na adolescência é fator de risco para baixo peso ao nascer? *Jornal de Pediatria* 1998;74(2):107-113.
15. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. *Epidemiologia da desigualdade : um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras*. São Paulo. Hucitec, 1998. 187p.
16. Lao TT, LFHo. The obstetric implications of teenage pregnancy. *Human Reproduction* 2003;12(10):2303-2305.
17. Zambonato AMK, Pinheiro RT, Lessa BH, Tomasi E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. *Revista de Saúde Pública* 2004;38(1):24-29.
18. Osborn J, Cattaruzza MS. Odds ratio and relative risk for cross-sectional data. *International Journal Epidemiology* 1995;24(2):464-5.
19. Costa MCO,Santos CAT, Sobrinho CL, Freitas JO, Ferreira KASL. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivo. *Jornal de Pediatria* 2001;77(33):235-242.
20. Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís. *Revista de Saúde Pública* 2003;37(5):559-565.

21. Barros F, Victora C, Tomasi E, Horta B, Menezes AM, Cesar J, Halpern R, Olinto MT, Post C, Costa JS, Menezes F, Garcia M, Vaughan JP. Saúde materno-infantil em Pelotas, RS, Brasil: principais conclusões da comparação dos estudos das coortes de 1982 e 1993. *Cadernos de Saúde Pública* 1996;12(Supl.1):87-92.
22. Horta BL, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Menezes AMB. Tabagismo em gestantes de área urbana da região Sul do Brasil, 1982 e 1993. *Revista de Saúde Pública* 1997;31(3):247-253.
23. Barnett JK, Papini DR, Gbur E. Familial correlates of sexually active pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence* 1991;26(102):457-472
24. Gigante DP, Victora, Gonçalves H. Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in southern Brazil. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2004;16(1):1-10.

Figura I – Modelo Teórico para Gravidez na Adolescência

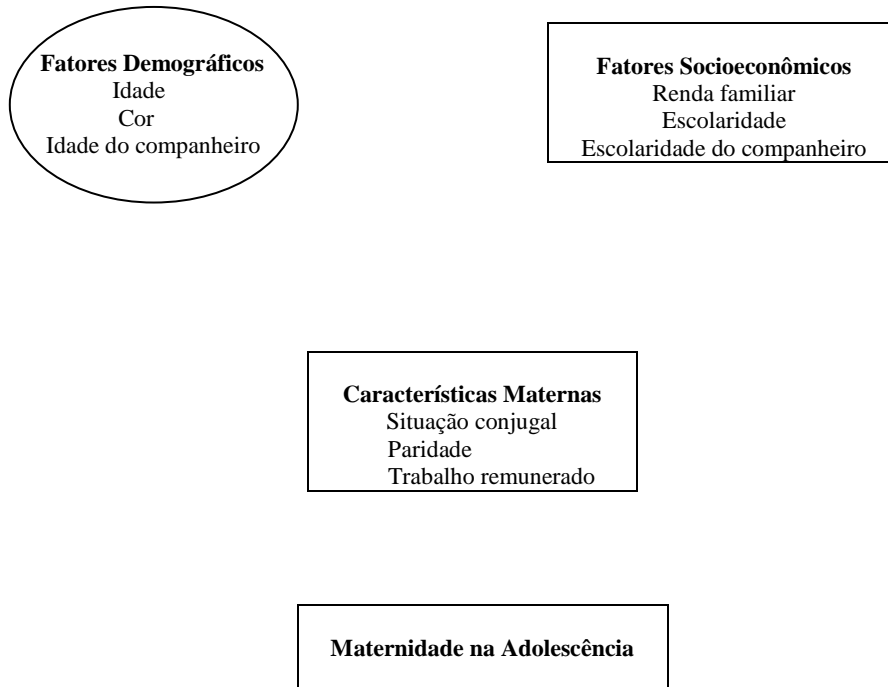


Tabela 1. Características maternas sociodemográficas, culturais, comportamentais, reprodutivas e do núcleo familiar, Pelotas, 2002-2003

Variáveis	N	(%)
Renda familiar*		
≤ 1	606	22,1
1,1-3,0	1293	47,2
3,1-6,0	532	19,4
> 6	310	11,3
Idade materna**		
< 20	558	20,4
≥ 20	2183	79,6
Escolaridade materna**		
0-4	532	19,4
5-8	1183	43,2
≥ 9	1026	37,4
Cor materna		
Branca	2040	74,4
Não branca	701	25,6
Trabalho materno		
Sim	887	32,4
Não	1854	67,6
Situação conjugal		
Com companheiro	2280	83,2
Sem companheiro	461	16,8
Idade do companheiro**		
< 20	184	6,7
20 - 29	1287	47,0
30 - 34	538	19,6
≥ 35	732	26,7
Escolaridade do companheiro**		
0 - 4	468	17,1
5 - 8	1213	44,2
≥ 9	883	32,2
Ignorada	177	6,5
Primiparidade		
Sim	1170	42,7
Não	1571	57,3
TOTAL	2741	100

*Em salários mínimos

**Em anos completos

Tabela 2. Distribuição da amostra conforme características maternas e obstétricas. Pelotas, 2002-2003.

Variáveis	N (%)	(%)
Tabagismo		
Sim	643	23,5
Não	2098	76,5
Consumo de álcool		
Sim	490	17,9
Não	1891	69,0
Ignorado	360	13,1
Nº consultas pré-natal		
0 - 5	627	22,9
≥ 6	2114	77,1
Ganho de peso (kg)		
< 9	654	23,9
≥ 9	1617	59,0
Ignorado	470	17,1
Tipo de parto		
Normal	1685	61,5
Cesariana	1056	38,5
Peso ao nascer (gramas)		
< 2500	226	8,2
≥ 2500	2515	91,8
Idade gestacional		
< 37	338	12,3
≥ 37	2403	87,7
Apgar (5º minuto)		
0 - 7	79	2,9
8 -10	2662	97,1
O bebê apresentou problemas de saúde		
Sim	224	8,2
Não	2517	91,8
Gravidez planejada		
Sim	966	35,2
Não	1775	64,8
Alguém acompanhou durante trabalho de parto		
Sim	2601	94,9
Não	140	5,1
Reação do companheiro frente a gravidez		
Favorável	2357	86,0
Desfavorável	384	14,0
TOTAL	2741	100

Tabela 3. Comparação entre maternidade na adolescência e na idade adulta. Pelotas, RS 2002 – 2003.

Variáveis	Gravidez adolescente				RR (IC 95%) *	P valor **
	Sim		Não			
	N 558	%	N 2183	%		
Renda familiar						
≤ 1	160	28,7	446	20,4	2,21 (1,59-3,08)	<0,001
1.01-3.00	283	50,7	1010	46,3	1,83 (1,33-2,52)	
3.01-6.00	78	14,0	454	20,8	1,23 (0,85-1,77)	
> 6	37	6,6	273	12,5	Referência	
Escolaridade materna						
0 – 4	95	17,0	437	20,0	1,40 (1,10-1,78)	<0,001
5 - 8	332	59,5	851	39,0	2,20 (1,83-2,64)	
≥ 9	131	23,5	895	41,0	Referência	
Cor materna						
branca	395	70,8	1645	75,4	Referência	0,03
não branca	163	29,2	538	24,6	1,20 (1,02-1,41)	
Situação conjugal						
Sem companheiro	172	30,8	289	13,2	2,20 (1,90-2,56)	<0,001
Com companheiro	386	69,2	1894	86,8	Referência	
Trabalho materno						
Sim	51	9,1	836	38,3	Referência	<0,001
Não	507	90,9	1347	61,7	4,76 (3,61-6,27)	
Idade do companheiro						
< 20	139	24,9	45	2,1	23,04 (15,41-34,44)	<0,001
20-29	372	66,7	915	41,9	8,82 (5,89-13,19)	
30-34	23	4,1	515	23,6	1,30 (0,74-2,28)	
≥ 35	24	4,3	708	32,4	Referência	
Escolaridade do companheiro						
Ignorado	40	7,2	137	6,3	1,50 (1,10-2,05)	<0,001
0-4	83	14,9	385	17,6	1,18 (0,92-1,51)	
5-8	302	54,1	911	41,7	1,65 (1,37-1,99)	
≥ 9	133	23,8	750	34,4	Referência	
Primiparidade						
Sim	433	77,6	737	33,8	4,65 (3,87-5,59)	<0,001
Não	125	22,4	1446	66,2	Referência	

* RR = Risco relativo; IC 95%= Intervalo de confiança.

** Teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

Tabela 4. Análise multivariada dos fatores associados à maternidade na adolescência, conforme modelo hierárquico. Pelotas, RS 2002-2003.

Variável	ROb* (IC 95%)	ROa** (IC 95%)	RP***	p valor
Renda****				
≤ 1	2,64 (1,79-3,89)	1,46 (0,89-2,42)	1,38	0,08
1,01 – 3,00	2,06 (1,43-2,98)	1,31 (0,82-2,08)	1,26	
3,01 – 6,00	1,27 (0,83-1,92)	0,94 (0,57-1,56)	0,94	
> 6	Referência	Referência	Referência	
Escolaridade materna****				
0 – 4	1,49 (1,11-1,98)	1,61 (1,12-2,32)	1,49	<0,001
5 – 8	2,67 (2,13-3,33)	2,25 (1,71-2,96)	1,93	
≥ 9	Referência	Referência	Referência	
Idade do companheiro****				
< 20	91,12 (53,76-4,45)	85,54 (50,03-46,24)	24,19	<0,001
20 – 29	11,99 (7,85-18,33)	11,75 (7,65-18,03)	8,90	
30 – 34	1,32 (0,74-2,36)	1,34 (0,74-2,40)	1,33	
≥ 35	Referência	Referência	Referência	
Situação conjugal*****				
Sem companheiro	2,91(2,35-3,63)	1,80 (1,36-2,38)	1,58	<0,001
Com companheiro	Referência	Referência	Referência	
Trabalho materno*****				
Sim	Referência	Referência	Referência	<0,001
Não	6,17 (4,57-8,33)	4,67 (3,32-6,57)	3,86	
Primiparidade*****				
Sim	6,80 (5,47-8,45)	6,71 (5,11-8,82)	4,60	<0,001
Não	Referência	Referência	Referência	

* Razão de odds bruta ** Razão de odds ajustada ***Conversão de Roa em Razão de Prevalência
 ****Modelo I ajustado para renda, cor, escolaridade, idade e escolaridade do companheiro; *****
 Modelo II ajustado para renda, escolaridade materna, idade do companheiro, situação conjugal,
 trabalho materno e paridade.