

**Dissertação de Mestrado**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL  
E SAÚDE PÚBLICA**

**ELISA OLIVEIRA DAFICO PFRIMER**

---

---

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FATORES ASSOCIADOS À  
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM GOIÁS**

---

---

**Goiânia  
2011**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**       **Dissertação**       **Tese**

**2. Identificação da Tese ou Dissertação**

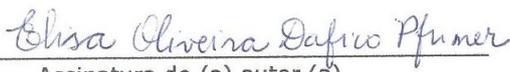
Nome completo do autor: Elisa Oliveira Dafico Pfrimer

Título do trabalho: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM GOIÁS

**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento  SIM       NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

  
Assinatura do (a) autor (a)

Data: 27, 04, 2017

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

**ELISA OLIVEIRA DAFICO PFRIMER**

---

---

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FATORES ASSOCIADOS À  
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM GOIÁS**

---

---

Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Programa de Pós-Graduação em  
Medicina Tropical e Saúde Pública da  
Universidade Federal de Goiás para  
obtenção do Título de Mestre em  
Medicina Tropical e Saúde Pública.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marília Dalva  
Turchi

Coorientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eleuse  
Machado de Britto Guimarães

**Goiânia  
2011**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA CENTRAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
UFG**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Oliveira Dafico Pfrimer, Elisa  
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FATORES ASSOCIADOS À  
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM GOIÁS [manuscrito] / Elisa  
Oliveira Dafico Pfrimer. - 2011.  
80, LXXX f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Marília Dalva Turchi; co-orientadora Dra.  
Eleuse Machado de Britto Guimarães.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto  
de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós  
Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, Goiânia, 2011.

Bibliografia. Anexos.

Inclui abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de  
tabelas.

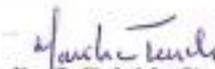
1. Gravidez. 2. Adolescência. 3. Prevalência. 4. Fatores  
Associados. I. Dalva Turchi, Marília, orient. II. Título.

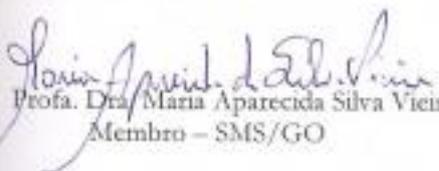
CDU 61



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA  
Rua 235, S/N- Setor Universitário - Goiânia-GO CEP 74605-050  
Fone (62) 3209.6362 – 3209.6102 – FAX (62)3209.6363  
email: ppgmt@iptsp.ufg.br

**ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE ELISA OLIVEIRA DAFICO PFRIMER** – Aos dezoito dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e onze (26/05/2011), às 8:30 horas, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora: Profs. Drs. MARILIA DALVA TURCHI, MARIA APARECIDA DOS SANTOS CARNEIRO e ROSANE RIBEIRO FIGUEIREDO ALVES, para, sob a presidência do primeiro, e em sessão pública realizada no INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA, procederem à avaliação da defesa de dissertação intitulada: **“PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM GOIÁS”**, em nível de Mestrado, área de concentração em **EPIDEMIOLOGIA**, de autoria de **ELISA OLIVEIRA DAFICO PFRIMER**, discente do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela orientadora da Mestranda, Prof.ª. Dr.ª. **MARILIA DALVA TURCHI**, que fez a apresentação formal dos membros da Banca e orientou a Mestranda sobre como utilizar o tempo durante a apresentação de seu trabalho. A palavra a seguir, foi concedida ao autor da dissertação que, em 30 minutos procedeu à apresentação de seu trabalho. Terminada a apresentação, cada membro da Banca arguiu o examinando, tendo-se adotado o sistema de diálogo seqüencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo-se em vista o que consta na Resolução nº. 622/2004 do Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura (CEPEC), que regulamenta o Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, e procedidas às correções recomendadas, a dissertação foi **APROVADA** por unanimidade, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM MEDICINA TROPICAL**, na área de concentração em **EPIDEMIOLOGIA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega na secretaria do programa da versão definitiva da dissertação, com as devidas correções. A Banca Examinadora recomenda a publicação de artigo científico, oriundo dessa dissertação em periódicos de circulação nacional e, ou, internacional, depois de procedidas às modificações sugeridas. Cumpridas as formalidades de pauta, às 10 h 45 min a presidência da mesa encerrou esta sessão de defesa de dissertação e para constar eu, **JOSÉ CLEMENTINO DE OLIVEIRA NETO**, secretário do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública lavrei a presente Ata que depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora e por mim em duas vias de igual teor.

  
Prof.ª. Dr.ª. Marília Dalva Turchi  
Presidente – IPTSP/UFG

  
Prof.ª. Dr.ª. Maria Aparecida Silva Vieira  
Membro – SMS/GO

  
Prof.ª. Dr.ª. Rosane Ribeiro Figueiredo Alves  
Membro – PUC/GO

  
José Clementino de Oliveira Neto  
Secretário da Pós-Graduação

## **DEDICATÓRIA**

---

**Ao meu esposo Rodolfo**, meu amor e companheiro, pela compreensão e apoio nos momentos difíceis.

**Ao meus filhos Lívia, Felipe e Flávio**, que são luzes em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

---

À **minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dra. Marília Dalva Turchi**, por sua ajuda indispensável na realização deste trabalho, por todas as pertinentes contribuições e, também, por sua paciência e tempo precioso dedicado à orientação.

À **minha coorientadora Prof<sup>a</sup>. Dra. Eleuse Machado de Britto Guimarães**, pelo apoio, orientações, sugestões preciosas e pelo carinho com que sempre me tratou.

À **Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Aparecida da Silva Vieira**, pelo apoio, incentivo, colaboração, generosidade, sugestões e contribuições importantes no exame de qualificação.

À **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Roverly de Souza**, por todas as contribuições para a minha formação e sugestões pertinentes no exame de qualificação.

À **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosane Ribeiro Figueiredo Alves**, pela gentileza em dedicar tempo precioso, por todas as importantes contribuições e sugestões no exame de qualificação.

Às **companheiras de caminhada Lorena Motta e Clarissa Alencar de Sousa**, pelas palavras de estímulo e apoio nos momentos difíceis.

A **todos os familiares** pela compreensão em diversos momentos em que foram privados de atenção e cuidados em benefício da realização deste projeto.

A **todos** que direta ou indiretamente colaboraram para o êxito do trabalho realizado.

## SUMÁRIO

---

DEDICATÓRIA .....	5
AGRADECIMENTOS .....	6
SUMÁRIO .....	7
LISTA DE FIGURAS .....	9
LISTA DE QUADROS .....	10
LISTA DE GRÁFICOS .....	11
LISTA DE TABELAS.....	12
LISTA DE ABREVIATURAS .....	13
RESUMO .....	14
ABSTRACT .....	15
1. INTRODUÇÃO .....	16
1.1. A ADOLESCÊNCIA .....	16
1.2. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA .....	20
1.2.1. INCIDÊNCIA E TENDÊNCIA TEMPORAL .....	23
1.2.2. REPERCUSSÕES .....	28
1.2.3. FATORES ASSOCIADOS .....	33
1.2.4. ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS .....	35
2. JUSTIFICATIVA .....	38
3. OBJETIVOS .....	39
3.1. OBJETIVO GERAL .....	39
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	39
4. MATERIAL E MÉTODOS .....	40
4.1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	40
4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	41
4.3. AMOSTRAGEM .....	43
4.3.1. GOIÂNIA .....	43
4.3.2. CATALÃO, CERES, INHUMAS .....	43

4.3.3. AMOSTRA RESULTANTE DA UNIÃO DOS BANCOS DE DADOS .....	44
4.4. COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	45
5. RESULTADOS .....	47
6. DISCUSSÃO .....	58
7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....	63
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	64
9. ANEXOS .....	71
9.1. ANEXO A - Questionário nº1 (aplicado em Goiânia e interior goiano) .....	71
9.2. ANEXO B - Questionário nº3 (aplicado em Goiânia) .....	72
9.3. ANEXO C - Questionário nº1 (aplicado no interior goiano) .....	74
9.4. ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1 (aplicado em Goiânia).....	77
9.5. ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2 (aplicado no interior goiano) .....	78
9.6. ANEXO F – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (GOIÂNIA) .....	79
9.7. ANEXO G – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CIDADES GOIANAS) .....	80

## **LISTA DE FIGURAS**

---

<b>Figura 1. Distribuição da população por sexo e faixa etária. ....</b>	<b>19</b>
<b>Figura 2. Taxas anuais de aborto inseguro por 1000 mulheres de 15 a 19 anos (2007). ....</b>	<b>32</b>
<b>Figura 3. Mapa das regiões de Goiânia .....</b>	<b>42</b>
<b>Figura 4. Mapa do Estado de Goiás .....</b>	<b>42</b>
<b>Figura 5. Fluxograma da constituição da amostra .....</b>	<b>44</b>

## LISTA DE QUADROS

---

---

<b>Quadro 1. Média da idade na primeira relação sexual das mulheres segundo características selecionadas. Brasil, PNDS 1996 e 2006 .....</b>	<b>21</b>
<b>Quadro 2. Taxa de fecundidade no Brasil e em Goiás entre 2000 e 2007 .....</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 3. Número de partos de adolescentes e variação na década por regiões de 2000 a 2009 .....</b>	<b>25</b>
<b>Quadro 4. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) residentes nos Municípios de Catalão, Ceres, Inhumas, Goiânia e em Goiás de 1994 a 2009. ....</b>	<b>26</b>
<b>Quadro 5. Número de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) residentes nos Municípios de Catalão, Ceres, Inhumas, Goiânia e em Goiás de 1994 a 2009. ....</b>	<b>27</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

---

<b>Gráfico 1. Taxa de fecundidade total, segundo as regiões – (1940-2006) .....</b>	<b>24</b>
<b>Gráfico 2. Número de partos de adolescentes por ano (2000 a 2009) .....</b>	<b>25</b>
<b>Gráfico 3. Taxas específicas de fecundidade, segundo os grupos de idade da mãe (1980-2006) .....</b>	<b>26</b>
<b>Gráfico 4. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) residentes nos Municípios de Catalão, Ceres, Inhumas, Goiânia e em Goiás de 1994 a 2009 .....</b>	<b>26</b>
<b>Gráfico 5a. Número de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) residentes nos Municípios de Catalão, Ceres e Inhumas de 1994 a 2009. ....</b>	<b>27</b>
<b>Gráfico 5b. Número de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) residentes no Município de Goiânia e em Goiás de 1994 a 2009. ....</b>	<b>27</b>
<b>Gráfico 6. Estimativa das taxas anuais de abortos inseguros por grupo de 100 mulheres de 15 a 49 anos. Brasil (1992-2005) .....</b>	<b>32</b>
<b>Gráfico 7-Idade na primeira relação sexual e idade na primeira gravidez .....</b>	<b>49</b>
<b>Gráfico 8- Prevalência de gravidez por cidade entre as 760 adolescentes sexualmente ativas recrutadas no PSF dos municípios de Goiânia, Ceres, Catalão e Inhumas, GO (2002-2009) .....</b>	<b>52</b>

## **LISTA DE TABELAS**

---

<b>Tabela 1 – Características sócio-demográficas e comportamentais de 1036 adolescentes recrutadas no PSF dos municípios de Goiânia, Ceres, Catalão e Inhumas, GO (2002-2009) .....</b>	<b>50</b>
<b>Tabela 2 – Características do comportamento sexual de 769 adolescentes sexualmente ativas recrutadas no PSF dos municípios de Goiânia, Ceres, Catalão e Inhumas, GO (2002-2009).....</b>	<b>51</b>
<b>Tabela 3- Prevalência de gravidez por cidade entre as 760 adolescentes sexualmente ativas recrutadas no PSF dos municípios de Goiânia, Ceres, Catalão e Inhumas, GO (2002-2009). .....</b>	<b>52</b>
<b>Tabela 4 – Características sócio-demográficas e comportamentais de 468 adolescentes recrutadas no PSF do município de Goiânia (2002-2003). .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabela 5 – Análise univariada dos fatores de risco para gravidez entre 760 adolescentes atendidas no PSF dos municípios de Goiânia, Ceres, Catalão e Inhumas, GO (2002-2009).....</b>	<b>55</b>
<b>Tabela 6 – Análise multivariada dos fatores de risco para gravidez entre 760 adolescentes atendidas no PSF dos municípios de Goiânia, Ceres, Catalão e Inhumas, GO (2002- 2009).....</b>	<b>56</b>
<b>Tabela 7 – Análise univariada para fatores de risco para gravidez entre 468 adolescentes recrutadas no PSF do município de Goiânia, GO (2002-2003) .....</b>	<b>57</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

---

**CDC** – Centers of Disease Control and Prevention

**DST** – Doenças sexualmente transmissíveis

**ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IC 95%** - Intervalo de confiança de 95%

**IPTSP** – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**OR** – *Odds ratio*

**PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PNDS** – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

**PROSAD** – Programa de Saúde do Adolescente

**SVS** – Secretaria de Vigilância em Saúde

**UFG** – Universidade Federal de Goiás

**UNESCO** – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

**WHO** – World Health Organization

## RESUMO

---

**INTRODUÇÃO:** A gravidez na adolescência é um evento multifatorial que precisa ser compreendido de forma abrangente, dentro de diferentes contextos socioculturais e biológicos. **OBJETIVO:** Estimar a prevalência e investigar fatores sociais, demográficos e comportamentais associados à gravidez na adolescência em Goiás. **METODOLOGIA:** É um estudo transversal que utilizou os registros dos bancos de dados do *Projeto Adolescer com Saúde*, projeto de pesquisa conduzido em quatro cidades do Estado de Goiás: Goiânia (2002 e 2003), e em Ceres, Catalão e Inhumas (2007 a 2009), em Unidades do Programa da Saúde da Família. Foi feita a padronização dos dados e a união dos dois bancos: Goiânia (n=468) e interior goiano (n=969), resultando em uma amostra de 1437 participantes femininas, sendo selecionadas 1036 adolescentes com idade de 15 a 19 anos. Realizou-se a comparação entre as que tiveram história de gravidez e as que nunca engravidaram, identificando os fatores associados à gravidez. Foi realizada análise univariada e multivariada não condicional e calculado o *Odds Ratio* bruto e ajustado, com respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%). O nível de significância foi estabelecido em  $p < 0.05$ . Os programas Epi-Info 3.5.1 e SPSS 13.0 foram utilizados para as análises estatísticas. **RESULTADOS:** Foram entrevistadas 1036 adolescentes, das quais 769 (74,2%) eram sexualmente ativas. As adolescentes sexualmente ativas apresentavam menor escolaridade e menor renda quando comparadas com as adolescentes que ainda não haviam iniciado vida sexual. Gravidez pregressa foi referida por 270 adolescentes (35,5% IC95%: 32,1-39,1). Após ajuste para potenciais variáveis de confusão, foram identificados como fatores independentemente associados com gravidez na adolescência: união estável, idade superior a 17 anos, início da atividade sexual abaixo de 16 anos, escolaridade inadequada para idade e renda familiar inferior a dois salários-mínimos. **CONCLUSÃO:** Baixas condições socioeconômicas, escolaridade inadequada e início da atividade sexual em menores de 16 anos, representam situações de vulnerabilidade para gravidez na adolescência, em Goiânia e nas outras cidades de Goiás.

**Unitermos:** *Gravidez; adolescência; prevalência; fatores associados.*

**Financiamento:** O *Projeto Adolescer com Saúde* contou com apoio financeiro do Ministério da Saúde e da UNESCO.

## ABSTRACT

---

**INTRODUCTION:** Adolescent pregnancy is a multifactorial event that needs to be analyzed within different sociocultural and biological contexts. **OBJECTIVE:** To estimate the prevalence and to investigate social, demographic and behavioral factors associated with pregnancy among adolescents in Goiás State. **METHODOLOGY:** It is a cross-sectional study. We used the database records of *Projeto Adolescer com Saúde*, a research project conducted in four cities of Goiás State: Goiânia, (2002 to 2003) and Ceres, Catalão and Inhumas (2007 to 2009), at public health units (Family Health Program). The two databases were standardized and merged: Goiânia (n = 468) and other cities (n = 969), resulting in a sample of 1437 female participants, being selected 1036 adolescents from 15 to 19 years old. Adolescents with history of pregnancy were compared to those who did not become pregnant to identify the factors associated with pregnancy. Univariate and Multivariate not conditional analysis was performed to investigate socio demographic variables potentially associated with adolescent pregnancy, calculating odds ratios and 95 % confidence interval (95%CI). P value <0.05 was considered significant. Epi-Info 3.5.1 and SPSS 13.0 programs were used for statistical analysis. **RESULTS:** 1036 adolescents were interviewed, of which 769 (74.2%) were sexually active. Sexually active adolescent girls had inferior schooling and lower income compared with adolescents who had not yet started sexual activity. 271 teenagers referred early pregnancy (95%CI 35.5%: 32.1-39.1). After adjustment for potential confounding variables, were identified as independently associated factors with pregnancy in adolescence: stable union, age over 17 years, sexual activity before 16 years old, inadequate schooling for age and family income lower than two minimum wages. **CONCLUSION:** Low socioeconomic conditions, inadequate schooling combined with sexual activity before 16 years old represent situations of vulnerability to teenage pregnancy in Goiânia and others cities in Goiás.

**Key Words:** pregnancy; adolescence; prevalence, associated factors.

**Funding:** The *Projeto Adolescer com Saúde* received financial support from the Health Ministry and UNESCO.

# **1 INTRODUÇÃO**

---

## **1.1. A ADOLESCÊNCIA**

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, compreendido entre 10 a 19 anos de idade, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (CRESPIN, 2007; OMS, 1989). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece como limites etários para a adolescência de 12 a 18 anos. Há também a definição de juventude da Organização das Nações Unidas (ONU) que considera como jovens os indivíduos entre 15 a 24 anos. O Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS (CRESPIN, 2007; ECA, 1990; MS, 2006b).

É um período marcado por grande crescimento e desenvolvimento físico, caracterizado por alterações anatômicas, fisiológicas e, também, por mudanças no comportamento psicossocial decorrentes do desenvolvimento cognitivo e psíquico. O conjunto das mudanças biológicas é denominado puberdade, compreendendo o estirão do crescimento e a maturação sexual. O desenvolvimento físico ocorre de forma semelhante entre os adolescentes das diversas regiões e culturas, apesar da variabilidade individual quanto à idade e à velocidade das transformações. Porém, o desenvolvimento psicossocial é bastante influenciado pelo ambiente, refletindo na forma como a adolescência é vivenciada. Nem todos “adolecem” da mesma maneira, pois o homem é moldado na interação com os outros, com a cultura em que vive e com as experiências vividas. (COLLI et al., 2003; CRESPIN, 2007; OMS, 1989; POIT, 2001; RANÑA, 2003). Apesar das diferenças individuais, o ponto comum entre os adolescentes é a transformação, com mudanças na imagem corporal e no estilo de vida. Entre os desafios desta fase, está a construção de uma identidade própria e da autonomia, estabelecendo a independência dos pais (REATO, 2001).

Para melhor compreensão desse processo de desenvolvimento, subdivide-se a adolescência em três períodos: adolescência inicial (dos 10 aos 14 anos), adolescência média (dos 15 aos 17 anos) e adolescência final (dos 18 aos 19 anos). A inicial é marcada pelo rápido crescimento e pelas transformações puberais. A média caracteriza-se pelo desenvolvimento intelectual e pela tendência grupal e a tardia pela consolidação

da identidade e a preparação para as responsabilidades dos papéis da vida adulta (CRESPIN, 2007; REATO, 2001).

Antes da revolução industrial, os jovens permaneciam trabalhando na terra, ou ocupados em atividades determinadas pela sua situação social. Não havia adolescência, mas uma transição direta da infância para a idade adulta, que se iniciava com a capacidade reprodutiva e produtiva. A adolescência era encarada apenas como um breve interlúdio entre a puberdade e o casamento. Logo após a menarca, as meninas eram levadas ao casamento, tornando-se mães precocemente. O que não era considerado um problema. Este fato ainda ocorre em várias regiões de sociedades tradicionais como o sul asiático, oriente médio e norte da África, com altas taxas de fecundidade (CANNON, 1998; OMS, 2004).

Após a revolução industrial, os jovens saíram de casa para o trabalho e a educação deixou de ser responsabilidade da família e passou a ser orientada para a empregabilidade. A partir do século XX, houve uma tendência crescente para casamentos mais tardios e observou-se uma ampliação do período de transição entre a infância e a idade adulta. O jovem passou a ser cobrado para o desenvolvimento de habilidades e qualificações para atender às exigências do mercado de trabalho e às expectativas sociais de se tornar um adulto independente e de sucesso. A adolescência tornou-se, então, um período de preparação para a vida adulta futura (CANNON, 1998; VILLELA; DORETO, 2006). Ao mesmo tempo, a influência e o controle da família declinaram, a urbanização e a migração tornaram-se mais comuns, e os jovens foram cada vez mais expostos aos meios de comunicação, passando a apresentar importantes alterações nos comportamentos sociais e sexuais (OMS, 1989;2004).

As exigências sociais sobre os jovens tornaram-se maiores do que em qualquer época anterior. Com o novo padrão de famílias menos numerosas, passou-se a esperar que tivessem maior autonomia, sendo capazes de se manterem sozinhos, especialmente na criação dos filhos, em núcleos familiares isolados. O incremento da urbanização e industrialização determinou que a independência econômica só pudesse ser alcançada através de um nível maior de educação e treinamento (CANNON, 1998; OMS, 1989).

Os estudos passaram a tomar tempo significativo e importância na vida dos adolescentes. Entretanto, para a grande maioria dos jovens das classes menos

favorecidas, não são dadas as mesmas oportunidades de se dedicar exclusivamente aos estudos, sem ter que se preocupar em trabalhar. Às vezes, torna-se necessário sacrificar a possibilidade de uma formação profissional, que significaria melhores condições de vida no futuro, para garantir a sua sobrevivência e de sua família. Assumem papéis adultos precocemente, saltam etapas importantes do seu desenvolvimento e muitos sonhos são esquecidos (NEVES, 2001).

Por outro lado, as melhores condições socioeconômicas, nutricionais e acesso aos serviços de saúde, levaram à antecipação da idade da menarca, tendência observada nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, como também no Brasil. A diminuição observada na idade da menarca é de aproximadamente três anos, variando de 12,5 anos nos países desenvolvidos a mais de 15 anos nos países com piores condições socioeconômicas. Esta tendência foi mais expressiva até a década de 70 do século XX. A partir desta época, os estudos não mostram consenso se a idade da primeira menstruação continua a diminuir, mesmo que lentamente, ou está estacionada (OMS, 2004).

A idade média da menarca no Brasil é de 12,6, tendo como referência o estudo populacional de Santo André-SP (CASTILHO; BARRAS FILHO, 2000). Em estudo realizado em Goiânia, em 1992, a média de idade da menarca foi de 12,5 anos (GUIMARÃES, 1993). Um estudo realizado em Cascavel- PR observou que a idade da menarca geral foi de 12,2 ( $\pm 1,2$  anos) e que era maior em níveis socioeconômicos mais baixos (ROMAN et al., 2009).

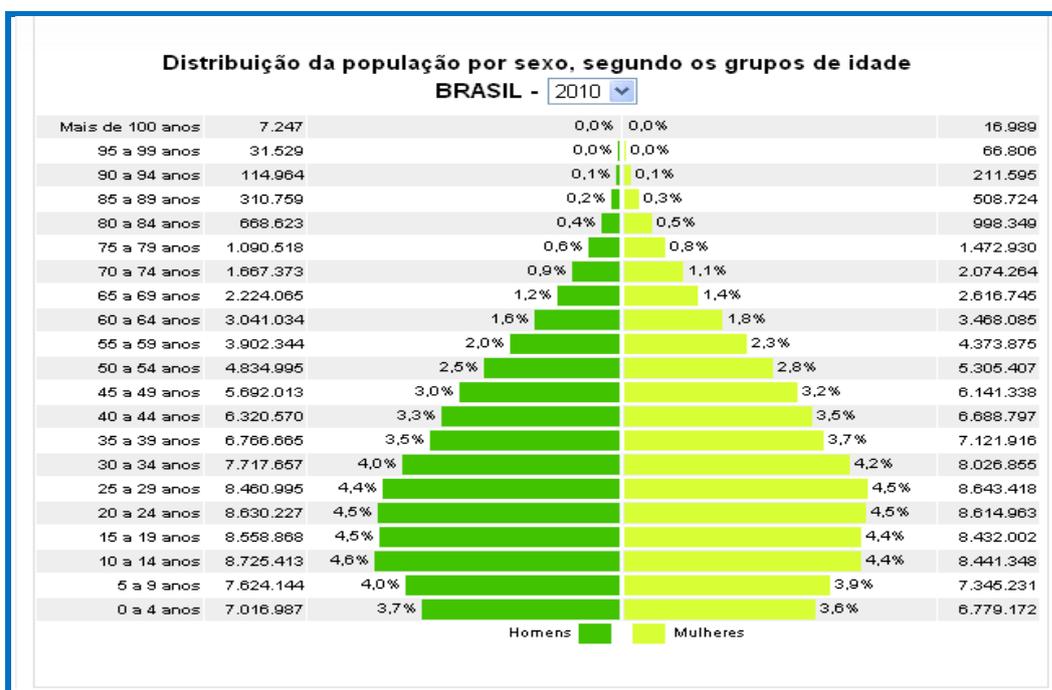
Estes dois eventos, a antecipação da menarca e um maior período de formação profissional, levaram a um prolongamento da adolescência. A maior escolaridade propiciou uma menor dependência dos pais e da família e a casamentos em maiores idades. Isto tem levado, nas últimas décadas, a mais relações sexuais pré-maritais e maior número de adolescentes grávidas (OMS, 2004).

Adolescência é a fase da vida em que se estabelecem novas relações do indivíduo com o meio social, com os outros adolescentes e mudanças nas relações com a família. Do ponto de vista psicológico e social ocorrem mudanças importantes que marcam a passagem para o mundo adulto. O comportamento do adolescente, às vezes, pouco compreendido, é o reflexo da busca de si mesmo e da própria identidade, da

separação progressiva dos pais e da vinculação a um grupo. O jovem demonstra, também, labilidade emocional, manifestações contraditórias de conduta, vivência temporal singular, atitudes sociais reivindicatórias e comportamento de risco, que pode causar sérios problemas atuais ou futuros. O desenvolvimento do pensamento abstrato e a evolução da sexualidade fazem parte das transformações deste período, resultando em atitudes que são aspectos do comportamento normal do adolescente caracterizado como a “Síndrome da Adolescência Normal”(ABERASTURY; KNOBEL, 1981)

Os adolescentes constituem uma parte expressiva da população brasileira. Pelo censo populacional de 2010, a população de 10 a 19 anos no Brasil é de 34.157.631 pessoas, representando 17,90% dos brasileiros e, em Goiás, 1.064.548 adolescentes, que constituem 17,72% da população de Goiás (DATASUS, 2011b). O gráfico da distribuição da população brasileira por sexo e idade do censo demográfico de 2010 mostra uma expressiva parcela da população nesta faixa etária (Figura 1)(IBGE, 2011b).

**Figura 1. Distribuição da população por sexo e faixa etária.**



Fonte IBGE: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>

Este segmento populacional constitui uma área importante no desenvolvimento social e econômico do país e necessita da atenção das políticas públicas, pois possui problemas e necessidades que se não atendidas resultarão em prejuízos para toda a

sociedade. Os adolescentes são menos vulneráveis a doenças do que as crianças pequenas ou os idosos, mas existem problemas de saúde próprios desta faixa etária como as doenças sexualmente transmissíveis, o abuso de drogas, gravidez e altas taxas de morbidade e mortalidade por causas externas (IBGE, 2009; OMS, 1989; PEREIRA et al., 2005).

## **1.2. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

Uma das mudanças mais significantes que ocorrem nessa etapa da vida está relacionada ao início da atividade sexual, gerando o risco de uma gravidez não planejada, com consequências para a jovem que ainda não adquiriu independência financeira ou maturidade emocional. (COATES, V.; SANT'ANNA, M. J. C., 2001; MACHADO; SAITO; SZARFARC, 2007) Além dos problemas biológicos e psicossociais gerados tanto para a mãe como para o recém-nascido, a maternidade na adolescência proporcionará menores chances de estudo e desenvolvimento profissional, quando se faz a comparação com aquelas que se tornam mães na idade adulta (AQUINO et al., 2003; COATES, V.; SANT'ANNA, M. J. C., 2001; CORREA; COATES, 1993; MACHADO et al., 2007; WHO, 2007).

Pesquisa sobre comportamento sexual da população brasileira, em 1997 e 1998, verificou uma média para o início da atividade sexual aos 14,5 anos entre os homens e aos 15,2 entre as mulheres em uma população com faixa etária de 16 a 19 anos (MS, 2006a). Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) mostram uma redução de pouco mais de meio ano na idade média de início da vida sexual, de 18,6 (em 1996) para 17,9 anos (em 2006) na população investigada das diversas faixas etárias no Brasil. Quanto maior escolaridade, maior a média de idade. Porém, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes, entre 1996 e 2006, nas médias das idades de iniciação sexual entre as adolescentes de 15 a 19 anos, cuja média foi de 15,2 anos, e entre as mulheres da região Centro-Oeste (Quadro 1)(MS, 2009b).

Os jovens, frequentemente, iniciam a vida sexual sem proteção, expondo-se a doenças sexualmente transmissíveis ou à possibilidade de gravidez indesejada ou não planejada (VIEIRA, L. M. et al., 2006). Porém, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) mostrou que houve um aumento significativo na porcentagem de jovens de 15 a 24 anos que passaram a usar o preservativo na primeira relação sexual, de 18%

em 1996 para 62,9% em 2006 (MS, 2009b). Geralmente os adolescentes afirmam ter recebido informações sobre métodos anticoncepcionais, todavia estudos revelam o uso inadequado e relações sexuais desprotegidas (ROMERO et al., 2007; VIEIRA, L. M. et al., 2006; VIEIRA, M. A. S., 2004).

**Quadro 1. Média da idade na primeira relação sexual das mulheres segundo características selecionadas. Brasil, PNDS 1996 e 2006 (MS, 2009b).**

Característica	Ano				p
	1996		2006		
	Média	n	Média	n	
<b>Total</b>	18,6	9.577	17,9	13.637	<0,0001
<b>Macrorregião de residência</b>					
<b>Norte</b>	17,6	1.009	16,8	2.320	<0,0001
<b>Nordeste</b>	18,4	3.448	17,7	2.594	<0,0001
<b>Sudeste</b>	18,9	2.708	18,1	2.926	<0,0001
<b>Sul</b>	18,9	1.293	17,9	3.006	<0,0001
<b>Centro-oeste</b>	18,1	1.119	17,8	2.791	0,0670
<b>Situação de residência</b>					
<b>Urbano</b>	18,7	7.792	17,9	9.698	<0,0001
<b>Rural</b>	18,2	1.785	17,6	3.939	0,0040
<b>Faixa etária (anos)</b>					
<b>15 a 19</b>	15,2	830	15,2	1.258	0,8590
<b>20 a 24</b>	17,0	1.423	16,6	2.197	<0,0001
<b>25 a 29</b>	18,2	1.702	17,3	2.293	<0,0001
<b>30 a 34</b>	19,2	1.726	17,9	2.229	<0,0001
<b>35 a 39</b>	19,3	1.561	18,9	2.028	0,0190
<b>40 a 44</b>	19,7	1.287	19,1	1.925	0,0050
<b>45 a 49</b>	20,7	1.048	19,6	1.707	<0,0001
<b>Anos de estudo (anos)</b>					
<b>Nenhum</b>	17,2	671	16,6	499	0,0860
<b>1 a 3</b>	17,7	1.900	17,1	1.466	0,0040
<b>4</b>	18,5	1.586	17,3	1.569	<0,0001
<b>5 a 8</b>	18,2	2.842	17,2	4.073	<0,0001
<b>9 a 11</b>	19,8	1.966	18,2	4.489	<0,0001
<b>12 ou mais</b>	21,3	609	19,8	1.430	<0,0001

Fonte: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)

Por outro lado, observa-se que, mesmo recebendo as informações necessárias, muitas jovens engravidam. Existem fatores que interferem de forma consciente ou inconsciente no uso inadequado de métodos anticoncepcionais como o pensamento mágico (“isto nunca vai acontecer comigo”), o comportamento de risco, a agressão aos pais, dificuldades de relacionamento familiar, baixa autoestima, o sentimento de culpa e o desejo de ser mãe (COATES, V.; SANT'ANNA, M. J., 2001).

Dentre os motivos mencionados pelas adolescentes sobre a falta do uso do preservativo como método contraceptivo, encontra-se a dificuldade de diálogo com o parceiro, a confiança no parceiro, a informação incompleta ou inadequada a respeito da contracepção e reprodução, assim como sobre o uso correto dos métodos contraceptivos e não gostar de usar (MS, 2009b; VIEIRA, L. M. et al., 2006).

A maternidade na adolescência não é um fenômeno recente, constata-se através de registros históricos que os casamentos, até o início do século XX, ocorriam na faixa de 13 e 14 anos e as adolescentes concebiam seus filhos logo após a menarca. Dar à luz antes dos 19 anos não se constituía em preocupação de saúde pública. As redefinições do papel social da mulher, gerando novas expectativas para as jovens, no tocante à escolarização e profissionalização e o fato da maioria destes nascimentos ocorrerem fora do casamento legalmente constituído mudaram a conotação da gravidez nesta faixa etária como um problema (BRANDÃO; HEILBORN, 2006). Tornou-se um tema de grande interesse e preocupação nas últimas décadas, tanto pelas repercussões biológicas, psicológicas e sociais, como pelos significativos índices de fecundidade nesta faixa etária (COATES, V.; SANT'ANNA, M. J., 2001).

A ênfase no caráter de problema social do fenômeno da gravidez na adolescência, parte do pressuposto de que as adolescentes têm incapacidade fisiológica para gerar filhos e despreparo psicológico para criá-los. A gestação é encarada então como indesejável, com consequências biológicas, psicológicas e sociais negativas (AQUINO et al., 2003).

Alguns estudos têm criticado o enfoque de risco sobre a sexualidade e reprodução na adolescência, considerando as várias faces do fenômeno e os desafios colocados para sua adequada investigação (AQUINO et al., 2003). O questionamento que se faz é se os eventos adversos observados em gestações de algumas mães adolescentes e seus recém-nascidos são decorrentes da idade materna ou de outros fatores que levam aos desfechos negativos (LAWLOR; SHAW, 2002).

Os trabalhos publicados anteriormente tinham a tendência de considerar a gravidez na adolescência como desfavorável, justificando a implantação de serviços especializados no atendimento à adolescente gestante, considerada de alto risco. Com a utilização de técnicas de análise multivariada, possibilitando o melhor controle dos

efeitos de variáveis de confusão, como paridade, nível socioeconômico, assistência pré-natal, chega-se a um novo conceito de que primiparidade, baixo nível socioeconômico e falta de assistência pré-natal adequada estão mais associados ao risco da gestação na adolescência do que a idade materna em si. (LAWLOR; SHAW, 2002; MIRANDA; BOUZAS, 2008).

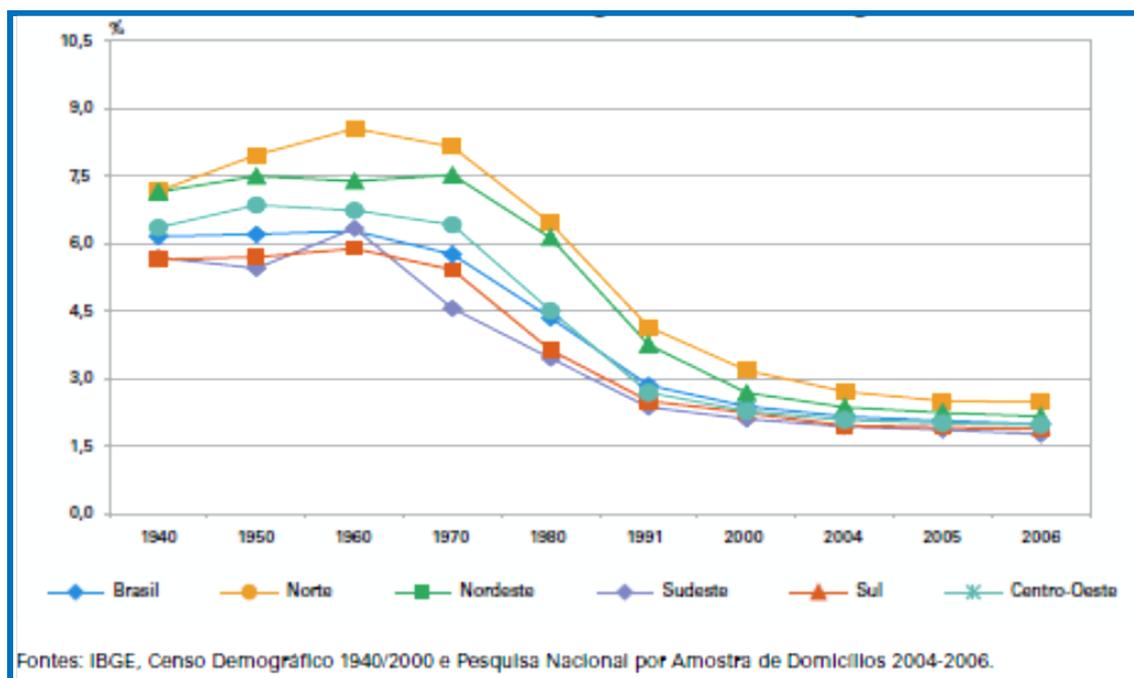
Por ser esse um fenômeno complexo, precisa ser compreendido de forma ampla, levando-se em consideração fatores sociais, psicológicos, culturais e antropológicos, que estão inter-relacionados. O significado da gravidez é variável conforme as circunstâncias nas quais acontece. Existem significados diferentes conforme a cultura, a situação socioeconômica, fatores psicológicos, ou o momento que ocorre, no início ou no fim da adolescência (CHALEM et al., 2007; GUIMARÃES, 1993;1998; SANTOS JR, 1999).

Mais de 90% das jovens entre 15 a 19 anos, nos Estados Unidos relatam que suas gestações foram não intencionais (KLEIN, 2005). No Brasil, entretanto, um estudo realizado em 2003 (XIMENES NETO et al., 2007) verificou uma taxa muito menor de gravidez acidental (58%) e um volume grande de gestações intencionais (42%). As participantes relataram várias razões para querer ter filhos, destacando-se o desejo de ser mãe e a percepção da gravidez como relacionada à felicidade e à realização pessoal (XIMENES NETO et al., 2007). Outra pesquisa realizada em Goiânia, em abrigo de meninas de rua grávidas, mostrou que as adolescentes, após o nascimento dos filhos, passaram a estruturar suas vidas em torno das necessidades da prole, possibilitando novas formas de estar e se relacionar com o mundo trazendo realização pessoal e satisfação (GONTIJO; MEDEIROS, 2008).

### **1.2.1 INCIDÊNCIA E TENDÊNCIA TEMPORAL**

Há um fenômeno de redução da fecundidade em todo o mundo e, também, no Brasil e em Goiás, a partir década de 70. A maioria das mulheres brasileiras passou a ter menos de dois filhos em média desde 2006 (Gráfico 1 e Quadro 2). A esterilização pela laqueadura tubária é uma das principais opções contraceptivas, a maioria (74%) realizada por ocasião do parto. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde constatou que 38,5% (em 1996) e 25,9% (em 2006) das mulheres foram esterilizadas (AQUINO et al., 2003; BEMFAM; DHS, 1997; IBGE, 2009).

**Gráfico 1. Taxa de fecundidade total, segundo as regiões – (1940-2006) (IBGE, 2009)**



**Quadro 2. Taxa de fecundidade no Brasil e em Goiás entre 2000 e 2007.**

Número médio anual de filhos por mulher por ano								
Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Brasil</b>	2,36	2,22	2,15	2,08	2,05	2,01	1,95	1,90
<b>Goiás</b>	2,24	2,19	2,14	2,08	2,02	1,96	1,90	1,84

Fontes: Estimativas: IBGE/Projeções demográficas preliminares  
 Dados Diretos: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

No final do século XX, observou-se um aumento relativo dos nascimentos de mães com menos de vinte anos de idade em relação às mulheres de outras faixas etárias, ou seja, houve aumento da fecundidade específica desta faixa etária, principalmente nos anos 70 e 80, e a gravidez na adolescência passa a ter grande visibilidade social e a ser apontada como problema de saúde pública (AQUINO et al., 2003; IBGE, 2009).

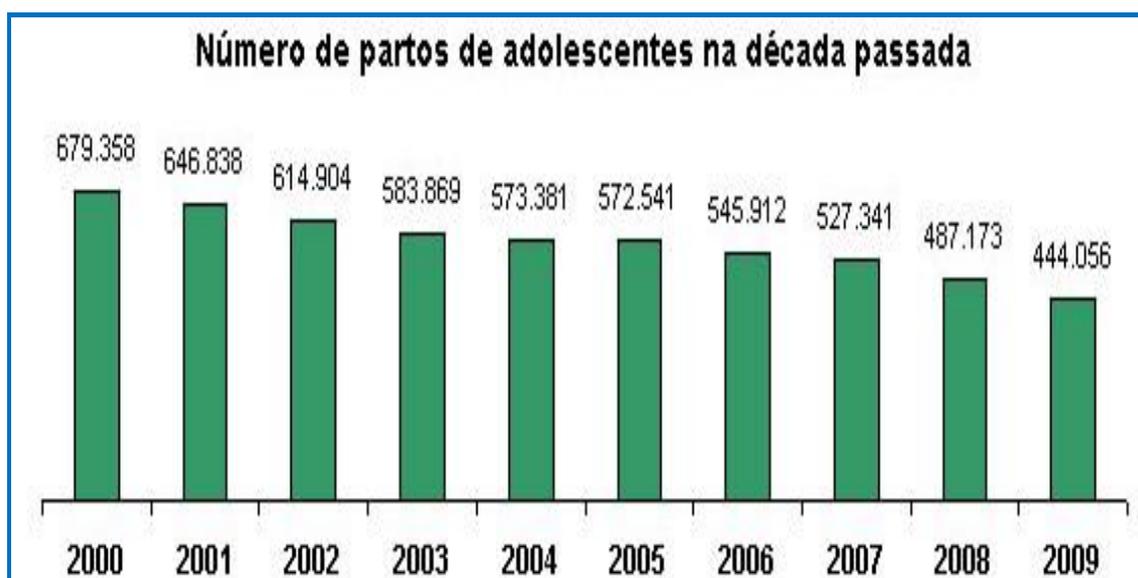
No século XXI, observou-se uma tendência de leve diminuição da ocorrência de gravidez na adolescência em algumas regiões. A incidência é variável nos diferentes países. Está ocorrendo uma tendência de declínio no Canadá e Estados Unidos, mas aumentando no Reino Unido (HILLARD, 2005; LANGILLE, 2007).

No Brasil, desde 2002, nota-se uma pequena tendência de queda nas Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste e uma relativa estabilidade no Norte e no Nordeste (DATASUS, 2007b; MS, 2008), mas ainda representa um fenômeno de grandes

dimensões (DATASUS, 2007a; HILLARD, 2005; MS, 2008). Dados nacionais mostram que os partos de mulheres menores de 20 anos de idade representaram 22% do total de partos ocorridos no ano de 2003 (MS, 2008).

Porém, dados recentes do ministério da Saúde mostram que houve uma redução de 34,6% do número de partos de adolescentes na última década. Nos primeiros cinco anos, a redução foi de 15,6%, com aceleração do ritmo de queda a partir de 2005 na rede pública, observando-se redução de 22% na segunda metade da década passada. A maior taxa de queda anual ocorreu em 2009, quando foram realizados 8,9% de partos a menos que em 2008 em todo o País. A Região Nordeste apresentou a maior redução no número de partos de adolescentes (26%), seguida pela região Centro-Oeste (24,4%) nos últimos cinco anos. Também apresentaram queda, mas menos que a média nacional, as regiões Sudeste (20,7%), Sul (18,7%) e Norte (18,5%) (MS, 2010a).

Gráfico 2. Número de partos de adolescentes por ano (2000 a 2009).



Fonte: Ministério da Saúde (MS, 2010a)

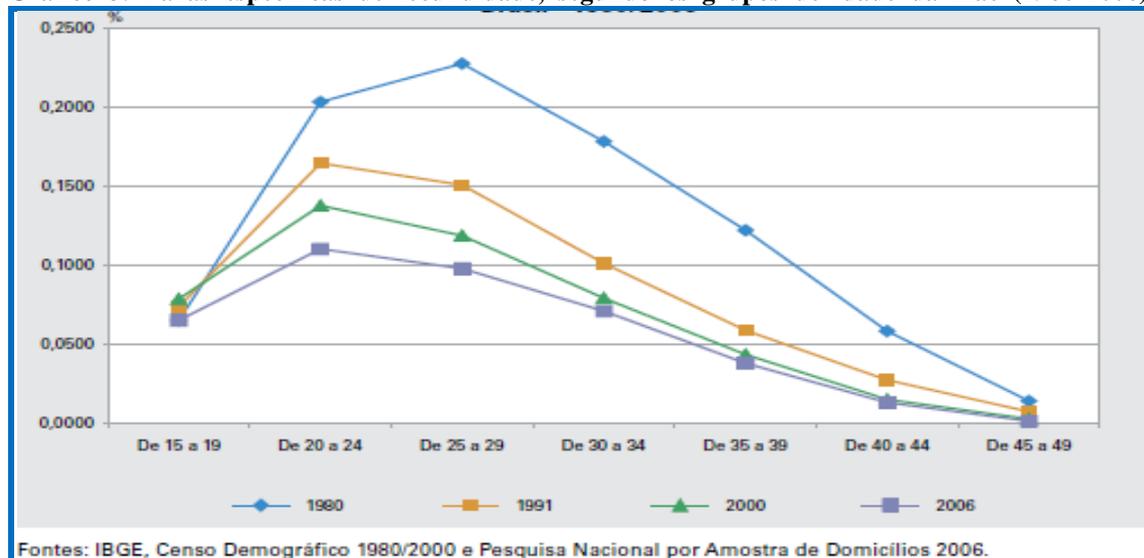
Quadro 3. Número de partos de adolescentes e variação na década por regiões de 2000 a 2009

Região	2000	2005	2009	Varição 2000-2009
Norte	79.416	76.172	62.046	-21,9%
Nordeste	249.057	214.865	159.036	-36,1%
Centro-Oeste	52.112	43.362	32.792	-37,0%
Sudeste	217.243	174.465	138.401	-36,3%
Sul	81.530	63.667	51.781	-36,5%

Fonte: Ministério da Saúde (MS, 2010a)

No período de 2000 a 2006, foi observada redução da taxa específica de fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos, diferente do que ocorria até 2000 (Gráfico 3) (IBGE, 2009).

**Gráfico 3. Taxas específicas de fecundidade, segundo os grupos de idade da mãe (1980-2006)**



Em Goiás, nos Municípios de Catalão, Ceres, Inhumas e Goiânia, onde foram colhidos os dados desta pesquisa, a tendência de queda da taxa de nascimento de filhos de mães adolescentes também foi observada (Quadros 4, 5 e Gráficos 4, 5a e 5b). (DATASUS, 2011a).

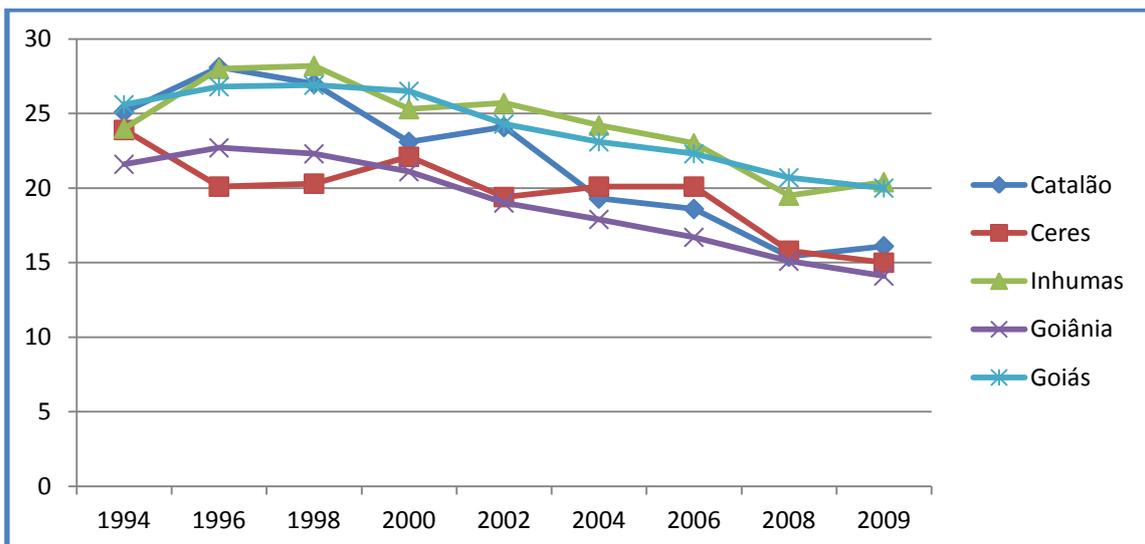
**Quadro 4. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) residentes nos Municípios de Catalão, Ceres, Inhumas, Goiânia e em Goiás de 1994 a 2009.**

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2009
<b>Catalão</b>	25,1	28,1	27,0	23,1	24,1	19,3	18,6	15,4	16,1
<b>Ceres</b>	23,9	20,1	20,3	22,1	19,4	20,1	20,1	15,8	15,0
<b>Inhumas</b>	24,0	28,0	28,2	25,3	25,7	24,2	23,0	19,5	20,4
<b>Goiânia</b>	21,6	22,7	22,3	21,1	19,0	17,9	16,7	15,1	14,1
<b>Goiás</b>	25,6	26,8	26,9	26,5	24,3	23,1	22,3	20,7	20,0

Fonte: DATASUS/SINASC

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def> (10/05/2011)

**Gráfico 4. Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) residentes nos Municípios de Catalão, Ceres, Inhumas, Goiânia e em Goiás de 1994 a 2009.**



Fonte: DATASUS/SINASC <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def> (10/05/2011)

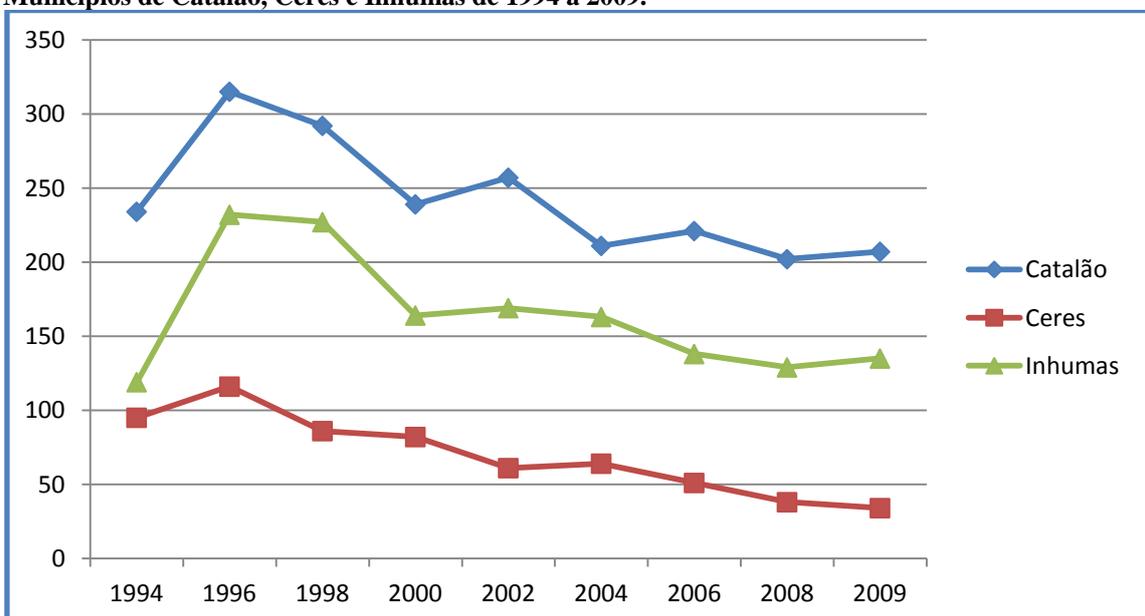
**Quadro 5. Número de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) residentes nos Municípios de Catalão, Ceres, Inhumas, Goiânia e em Goiás de 1994 a 2009.**

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2009
<b>Catalão</b>	234	315	292	239	257	211	221	202	207
<b>Ceres</b>	95	116	86	82	61	64	51	38	34
<b>Inhumas</b>	119	232	227	164	169	163	138	129	135
<b>Goiânia</b>	3527	5108	4787	4284	3799	3541	3308	2933	2794
<b>Goiás</b>	16273	26652	26756	25092	22833	21041	19471	18067	17472

Fonte: DATASUS/SINASC

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def> (10/05/2011)

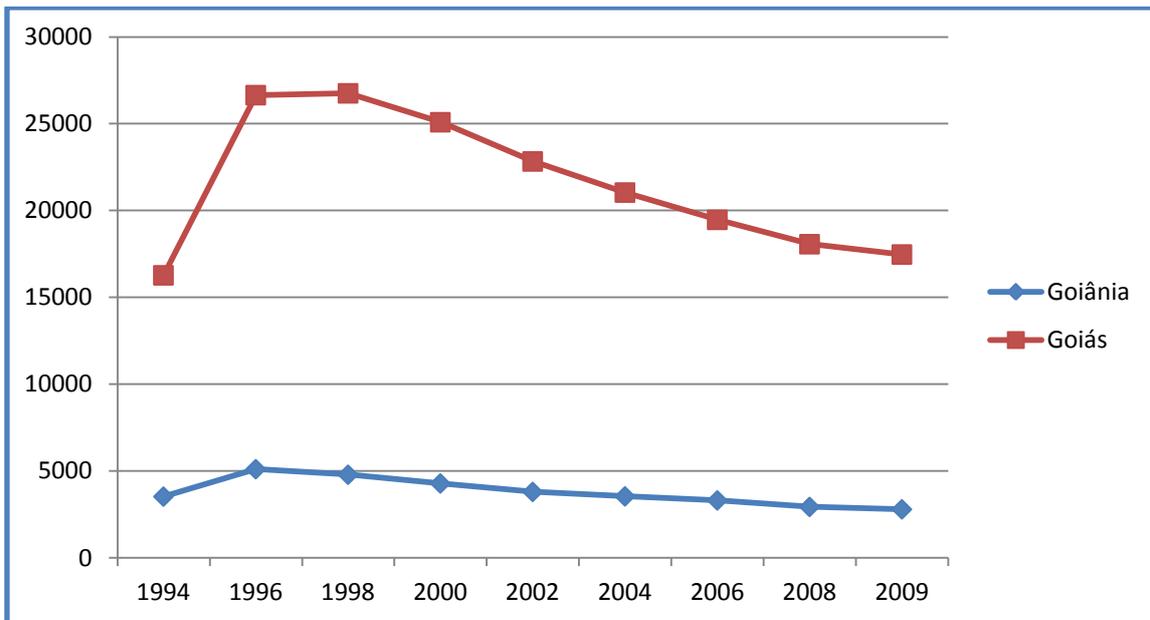
**Gráfico 5a. Número de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) residentes nos Municípios de Catalão, Ceres e Inhumas de 1994 a 2009.**



Fonte: DATASUS/SINASC

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def> (10/05/2011)

**Gráfico 5b. Número de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) residentes no Município de Goiânia e em Goiás de 1994 a 2009.**



Fonte: DATASUS/SINASC

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def> (10/05/2011)

### 1.2.2. REPERCUSSÕES

Como o significado da gravidez na adolescência varia entre as diferentes culturas e condições sociais, também as suas implicações e repercussões serão diversas. É um fenômeno influenciado por fatores individuais, familiares e pelo meio.

A maternidade, em menores de 20 anos de idade, pode limitar ou impedir o desenvolvimento social e educacional e a capacidade de alcançar todo o seu potencial na sociedade (COATES, V.; SANT'ANNA, M. J. C., 2001; GIGANTE, D. P. et al., 2004; GUIMARÃES; COLLI, 1998; NEVES, 2001; WHO, 2007). A educação formal das meninas geralmente termina com o casamento, e a partir de então seu status social poderá depender apenas da sua fecundidade (OMS, 1989). Há, também, maior possibilidade de se tornarem isoladas socialmente, de terem problemas emocionais além das menores oportunidades profissionais (GAMA; SZWARC WALD; LEAL MD MDO, 2002; KLEIN, 2005; PEREIRA et al., 2005).

Estudo em três capitais brasileiras (ALMEIDA; AQUINO; BARROS, 2006) que descreve a relação entre trajetória escolar e gravidez na adolescência constatou que perto de metade dos que interromperam seus estudos relataram gravidez. Entre as mulheres, a principal razão para o abandono da escola foi a gravidez e a necessidade de cuidar da criança e, entre os homens, a necessidade de trabalhar.

Um dos problemas de saúde reprodutiva de adolescentes é o casamento precoce de jovens, costume tradicional que ainda prevalece em vários países em desenvolvimento, especialmente na zona rural. Apesar de medidas visando eliminar essa prática, muitas jovens casam-se logo após a puberdade, e espera-se que comecem a ter filhos quase imediatamente. O Levantamento Mundial sobre Fertilidade mostrou, por exemplo, que 25% das meninas de 14 anos em Bangladesh e 34% das de 15 anos no Nepal estavam casadas, embora a idade legal mínima para o casamento nos dois países seja de 16 anos (OMS, 1989).

Acredita-se que alguns riscos de morbidade e mortalidade associados à gravidez e parto são mais preponderantes entre mães muito jovens do que entre as mulheres mais velhas, devido à imaturidade fisiológica e psicológica (WHO, 2007). Este conceito, porém, é discutível, pois alguns estudos não encontraram diferenças entre os desfechos desfavoráveis entre adolescentes e mulheres adultas, a não ser entre as adolescentes mais jovens (LAWLOR; SHAW, 2002; OMS, 2004; SIMÕES et al., 2003; SUZUKI et al., 2007).

Um estudo (CONDE-AGUDELO; BELIZÁN; LAMMERS, 2005), realizado no período de 1985 a 2003, com 854.377 mulheres da América Latina menores de 25 anos, com o objetivo de determinar se gravidez na adolescência está associada a maior risco de desfechos adversos na gestação, verificou que as adolescentes menores de 15 anos tiveram maior risco de mortalidade materna, mortalidade neonatal precoce e anemia, comparando-se com mulheres de 20 a 24 anos. Todavia, para todas as mães menores de 19 anos, observou-se maior risco de hemorragia pós-parto, endometrite puerperal, diminuição do peso de nascimento, prematuridade e recém-nascidos pequenos para a idade gestacional. Todas as adolescentes tiveram baixo risco de cesariana, sangramento no terceiro trimestre e diabetes gestacional.

O questionamento que se levanta é se as situações desfavoráveis estão relacionadas a outros fatores e não à idade em si (LAWLOR; SHAW, 2002; MIRANDA; BOUZAS, 2008; WHO, 2007). É difícil determinar a diferença entre fatores relacionados e causalidade (WHO, 2007). Devido às repercussões sobre a mãe e sobre o conceito atribuídas à gravidez na adolescência, era considerada gestação de alto risco, porém, atualmente postula-se que o risco seja mais social do que biológico (SUZUKI et al., 2007).

A gestação na adolescência não é necessariamente de alto risco, desde que haja assistência pré-natal de boa qualidade. Alguns problemas obstétricos são decorrentes da primiparidade, deficiência nutricional, ou falhas na assistência à saúde. Controlando-se o risco obstétrico, os prejuízos são predominantemente psicossociais, associados ao fracasso escolar e limitação das oportunidades de realização profissional e com repercussões para a família e a sociedade (LAWLOR; SHAW, 2002; MIRANDA; BOUZAS, 2008; WHO, 2007).

Algumas complicações podem estar presentes na gravidez na adolescência, com consequências negativas tanto para as jovens, como para seus bebês. Acredita-se haver maior associação com prematuridade, baixo peso de nascimento e os riscos decorrentes desta condição, como maior mortalidade neonatal, sequelas neurológicas e complicações respiratórias (KLEIN, 2005; OMS, 2004; PEREIRA et al., 2005; WHO, 2007). Essas situações de morbimortalidade neonatal são de natureza multifatorial, com grande influência das condições socioeconômicas. Podem ser prevenidas pela assistência pré-natal adequada (GAMA et al., 2002; MIRANDA; BOUZAS, 2008).

Uma revisão sistemática sobre as consequências biológicas da gravidez em menores de 20 anos de idade concluiu que os riscos aumentados de anemia, hipertensão específica da gravidez, prematuridade, baixo peso, restrição de crescimento intrauterino são decorrentes de fatores sociais, econômicos e comportamentais que predis põem algumas jovens à gestação. Apenas idade materna menor de 16 anos foi associada à prematuridade, baixo peso de nascimento e morte neonatal (CUNNINGTON, 2001).

Hipertensão específica da gravidez ocorre principalmente na primeira gestação. Pode causar prematuridade e morbidade fetal ou materna como a eclâmpsia. Uma revisão feita em 2003 pela OMS constatou não haver diferença entre a ocorrência de casos de hipertensão específica da gravidez entre adolescentes e mulheres adultas (OMS, 2004; WHO, 2007).

Anemia grave é uma causa importante de mortalidade materna. As adolescentes são mais suscetíveis à anemia, provavelmente devido à irregularidade menstrual após a menarca. Durante a gestação, há uma maior demanda de ferro, pelas necessidades do feto em crescimento (WHO, 2007). Uma meta-análise encontrou alta prevalência de anemia entre adolescentes grávidas de países em desenvolvimento e não encontrou

diferença significativa na comparação com as mulheres adultas nos países desenvolvidos (SCHOLL; HEDIGER; BELSKY, 1994; WHO, 2007).

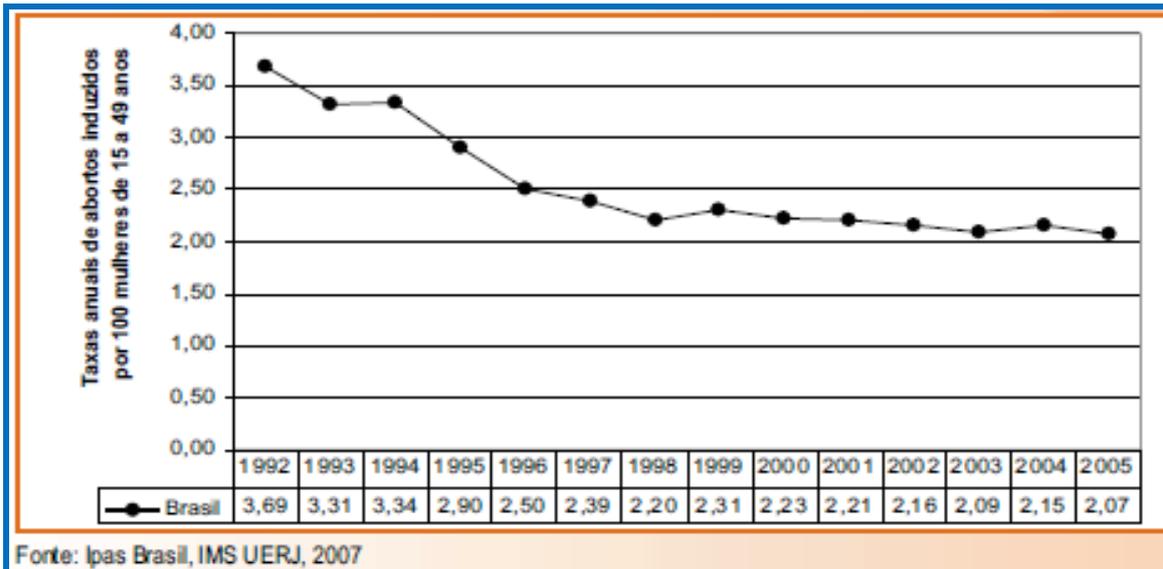
A probabilidade complicações obstétricas é maior para a mãe adolescente, bem como o risco de óbito durante a gestação ou o parto. A desproporção cefalopélvica, devido ao crescimento ósseo incompleto, é um importante risco obstétrico em adolescentes menores de 16 anos, induzindo parto prolongado e alta incidência de cesariana (OMS, 2004; WHO, 2007). Segundo um levantamento realizado em Matlab, Bangladesh, por exemplo, as taxas de mortalidade materna eram cinco vezes maiores entre meninas de 10 a 14 anos do que entre as de 15 a 19 anos, e duas vezes maiores entre estas últimas do que entre mulheres de 20 a 24 anos. Observações semelhantes foram feitas em alguns países africanos. (OMS, 1989).

Prematuridade é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal. Há evidências de que gravidez na adolescência está associada a trabalho de parto prematuro. O baixo peso de nascimento ocorre predominantemente entre filhos de mães menores de 15 anos de idade. A incidência de baixo peso diminui com o aumento da idade materna. No estudo realizado por Suzuki (2007), não foi encontrada diferença de peso de nascimento entre mães adolescentes e adultas (OMS, 2004; SUZUKI et al., 2007; WHO, 2007).

Riscos de mortalidade infantil e neonatal são maiores para os filhos de mães adolescentes, principalmente as muito jovens, menores de 16 anos. O maior risco pode ser explicado pelo aumento da incidência de partos prematuros (WHO, 2007). Magalhães, porém, não encontrou diferenças ao comparar intercorrências obstétricas e neonatais entre adolescentes menores e com 16 anos ou mais (MAGALHÃES et al., 2006).

A gravidez precoce e não planejada pode acarretar sobrecarga psíquica, emocional e social para o desenvolvimento da adolescente, contribuindo para modificações no seu projeto de vida futura, assim como, na perpetuação do ciclo de pobreza, educação precária, falta de perspectiva de vida, lazer e emprego. A instabilidade econômica contribui para a evasão escolar, baixa escolaridade e dificuldade de inserção no mercado de trabalho, assim como, compromete a estabilidade





O abortamento é uma das principais causas da mortalidade materna e pode levar à esterilidade. No Norte e Nordeste do Brasil, os serviços de saúde pública registram como o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação, a curetagem pós-abortamento. No período de 1992 a 2005, há uma redução da ocorrência, sendo mais acelerada até 1998. A partir de 1999 mantém-se a tendência de diminuição em ritmo mais lento, chegando a 2,07 abortos por 100 mulheres de 15 a 49 anos em 2005 (ADESSE; MONTEIRO, 2007).

Apesar da adolescência, em si, não ser fator de risco para a gestação, ainda é preocupante a proporção de jovens que morrem por causas obstétricas. Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), entre 1990 e 2007 a mortalidade materna na adolescência (de 10 a 19 anos) variou entre 13% a 16% do total de óbitos maternos. (MS, 2010b;2010c)

### 1.2.3. FATORES ASSOCIADOS

As causas de gravidez em idade inferior a 20 anos são várias, complexas, tornando-se difícil determinar as principais. Devem ser compreendidas de forma abrangente (PEREIRA et al., 2005). A literatura sobre gravidez na adolescência é ampla, porém são poucos os estudos em Goiás sobre os fatores associados à maternidade na adolescência (GUIMARÃES, 1993).

Alguns estudos procuram identificar quais fatores estão associados à vulnerabilidade da gravidez não desejada em menores de vinte anos de idade. Os mais

frequentemente citados são: baixa idade na menarca e iniciação sexual nos primeiros anos da adolescência, uniões consensuais, baixa escolaridade (DUARTE; NASCIMENTO; AKERMAN, 2006; GUIMARÃES, 1993; NEVES, 2001) menor nível socioeconômico (DUARTE et al., 2006) família uni parental (GUIMARÃES; COLLI, 1998; PEREIRA et al., 2005) disfunção familiar, antecedentes familiares de gravidez na adolescência (EAST; REYES; HORN, 2007) moradia fora do lar, falta de informação sexual adequada, conteúdo sexual na mídia (CHANDRA et al., 2008; ESCOBAR-CHAVES et al., 2005) pouca aderência ao uso de contraceptivos (SOUSA; GOMES, 2009; VIEIRA, M. A. S., 2004), uso de drogas, comportamento de risco e pensamento mágico próprios da adolescência (CARNIEL et al., 2006; GUIMARÃES, 1993; GUIMARÃES; COLLI, 1998; SANTOS JR, 1999).

Há quase unanimidade, nas publicações, sobre a associação entre baixa escolaridade e gravidez na adolescência. Tanto a baixa escolaridade é fator de risco para a adolescência, como a gravidez é motivo de saída da escola, principalmente para as que já estão com defasagem escolar (ALMEIDA et al., 2006; PEREIRA et al., 2005; WHO, 2007). O Levantamento Mundial sobre Fertilidade mostrou uma relação inversa entre fertilidade e nível educacional das mulheres. Aquelas sem educação formal têm, em média, o dobro do número de filhos do que aquelas com sete ou mais anos de escolaridade (OMS, 1989).

O baixo nível socioeconômico e sua relação com baixo nível de instrução são fatores que podem levar as adolescentes a sentir que têm poucas opções na vida e pouca possibilidade de realização pessoal, levando a fecundidade mais elevada (OMS, 2004). Estudo realizado em três capitais brasileiras (AQUINO et al., 2003), em Salvador, Rio de Janeiro e em Porto Alegre, encontrou ocorrência de gravidez inversamente proporcional à renda. Outros estudos também encontraram associação de gravidez com pior nível socioeconômico (CARNIEL et al., 2006; DUARTE et al., 2006; GIGANTE, DENISE P et al., 2008; GIGANTE, D. P. et al., 2004).

Algumas hipóteses foram levantadas na tentativa de explicar a associação da família uniparental com gravidez precoce. Uma delas é de que a gravidez pode ser uma forma de encontrar amor e carinho, substituindo o genitor ausente e como forma de evitar a solidão (GUIMARÃES, 1993). A falta de suporte emocional, seja por conflitos familiares ou por ausência dos pais, pode levar à vulnerabilidade aos fatores de risco

desta faixa etária, pela menor aspiração escolar ou profissional. Também, antecedentes familiares de gravidez na adolescência levam a risco mais alto de maternidade em menores idades (COATES, V.; SANT'ANNA, M. J. C., 2001).

Embora algumas pesquisas procurassem estabelecer relação entre prática religiosa, comportamento sexual e gravidez esta associação é controversa (GUIMARÃES; COLLI, 1998). A associação entre falta de informação sexual e gravidez é difícil de ser estabelecida, pois educação sexual é complexa e difícil de ser avaliada e nem sempre o conhecimento teórico está relacionado à mudança de comportamento (ROMERO et al., 2007; VILLELA; DORETO, 2006).

Outra característica da sexualidade na adolescência é o baixo uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual ou nas relações subsequentes (VIEIRA, L. M. et al., 2006; VIEIRA, M. A. et al., 2004; VILLELA; DORETO, 2006). Não existem conclusões definitivas sobre a razão deste comportamento, entretanto, existe uma hipótese de que os que iniciam a vida sexual mais tardiamente tendem a usar contraceptivos (GUIMARÃES, 1993). Um estudo sobre o uso de preservativo masculino realizado em Goiânia, entre 2002 e 2003, constatou que, dentre as razões para não usar, as mais citadas foram: “confia no parceiro” (19,6 %), “parceiro não gosta” (18,8%), “diminuição do prazer” (14,9%) e “quebra o clima” (10,0%). Apenas 1,7% referiram não saber ou não ter onde comprar o preservativo e 1,1% por motivos religiosos (VIEIRA, M. A. et al., 2004).

A menarca, quando ocorre mais cedo, torna-se fator de risco, pela associação com o início da atividade sexual nos primeiros anos da adolescência (GUIMARÃES; COLLI, 1998; OMS, 2004). Na pesquisa realizada em Goiânia, em 1992, com 219 participantes, em que foram comparadas 160 adolescentes que tiveram pelo menos um filho com 59 adolescentes que nunca engravidaram, observou-se que as que engravidaram relataram ter recebido menos informação sexual, tiveram o início da atividade sexual mais cedo, ou seja, antes dos 15 anos, apresentaram maior número de uniões estáveis e tinham piores níveis de escolaridade (metade com menos de oito anos de estudo). Também foi observado como fator associado à gravidez, morar fora da família (GUIMARÃES, 1993; GUIMARÃES; COLLI, 1998).

#### **1.2.4. ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS**

Desenvolver programas de prevenção tem sido uma preocupação da saúde pública. Mesmo que programas preventivos não mostrem influência na atividade sexual dos adolescentes, as iniciativas de educação podem realmente aumentar o uso de métodos contraceptivos, levando à queda das taxas de gravidez entre os jovens (FRANKLIN et al., 1997). Ações educacionais com ênfase apenas na abordagem biológica são menos eficazes na prevenção da gravidez não desejada ou não planejada (OLIVEIRA, 1998; PETERSEN et al., 2007) Para que as intervenções realmente contribuam para a redução da gravidez indesejada em idades precoces é necessário considerar todas as dimensões, principalmente, a sociocultural (OLIVEIRA, 1998).

Existem modos diversos para se propor a prevenção da gravidez na adolescência. Alguns focalizam os aspectos individuais da prevenção, considerando como objetivo principal o retardo do início da experiência sexual, preconizando mudança de valores e atitudes, que seria obtida por meio de educação sexual na escola e nos serviços de saúde. Porém os resultados não são os desejados, mesmo com disponibilidade de contraceptivos eficazes e de fácil uso (GUIMARÃES; COLLI, 1998).

Outros propõem que além da educação sexual e facilidade de acesso aos métodos contraceptivos, são necessárias mudanças mais profundas nas condições socioeconômicas, como melhor educação, melhoria das habitações e diminuição da pobreza, considerando que o cuidado com a saúde isolado não tem efeito significativo sobre os problemas associados à gravidez na adolescência (GUIMARÃES; COLLI, 1998).

As estratégias de educação sexual devem ser muito mais amplas que o fornecimento de informações e conhecimentos sobre saúde reprodutiva. É um processo que deve envolver o resgate do indivíduo, de sua autoestima e a conscientização dos riscos vivenciados, para tentar estabelecer uma postura saudável na vida sexual objetivando o sexo seguro (COLLI et al., 2003).

Uma revisão sistemática sobre intervenções para prevenir gravidez indesejada entre adolescentes (CHIOMA et al., 2009) concluiu que a combinação de educação sexual e acesso a métodos contraceptivos parece reduzir a incidência gravidez.

Houve progressos no Brasil com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e com o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), criados na década de 80, evidenciados com a tendência de redução da incidência de gravidez e aborto entre as adolescentes. O PAISM tem como objetivo assegurar as informações e o acesso aos métodos contraceptivos para as mulheres em idade reprodutiva e sexualmente ativas. O PROSAD, por sua vez, tem como população alvo os adolescentes e como área prioritária de ação a saúde reprodutiva (CAMARANO, 1998).

Nos últimos anos, a ênfase dos programas preventivos é a inserção dentro do espaço físico da escola e circunvizinhanças, para facilitar o acesso do adolescente à informação (MIRANDA; BOUZAS, 2008).

A partir de 2003, no Brasil, o Governo Federal iniciou uma série de ações de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez em colégios públicos. Através de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação, profissionais das equipes do Saúde da Família passaram a atuar nas escolas junto com os professores da rede pública no ensinamento de temas de saúde sexual e reprodutiva. Estas atividades serviram de base para a implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) em 2008 (MS, 2010a).

O Programa Saúde da Escola é uma das ferramentas de conscientização dos estudantes de ensino médio para prevenir doenças sexualmente transmissíveis e evitar gravidez indesejada. O programa atinge atualmente 1.306 municípios brasileiros e mais de oito milhões de alunos já foram orientados. Há também a distribuição das Cadernetas de Saúde do Adolescente, que contêm informações sobre alimentação, saúde sexual e reprodutiva e uso de drogas (MS, 2010a).

A tendência de queda na incidência de gravidez na adolescência observada na última década é atribuída, pelo Ministério da Saúde, às campanhas destinadas aos adolescentes e à ampliação do acesso ao planejamento familiar e na oferta de métodos

contraceptivos aos jovens brasileiros, como preservativos, anticoncepcionais hormonais e dispositivos intrauterinos (MS, 2010a).

O CDC em parceria com órgãos governamentais americanos iniciou ações para a prevenção da gravidez na adolescência para o período de 2010 a 2015. O Instituto de Saúde do Adolescente (Office of Adolescent Health – OAH) está apoiando uma série de entidades públicas e privadas para a pesquisa e implantação de programas baseados em evidência ou inovadores para reduzir a gravidez na adolescência. O propósito deste programa é demonstrar a efetividade de iniciativas inovadoras comunitárias na redução da gravidez na adolescência em áreas com altas incidências, como os jovens de 15 a 19 anos afro-americanos e de origem latina (CDC, 2011).

Várias estratégias de prevenção como educação em saúde reprodutiva, orientação e acessibilidade aos métodos contraceptivos tem sido implantadas em vários países no mundo, mas a efetividade destas intervenções é incerta. Há necessidade de mais pesquisas nesta área para encontrar evidências das ações mais recomendadas (CHIOMA et al., 2009).

## 2 JUSTIFICATIVA

---

Conhecer a magnitude, os fatores predisponentes e as repercussões da gravidez na adolescência são fundamentais para direcionar estratégias de intervenção com vistas à redução de danos. Embora já ocorra um avanço na tendência de redução do número de gestações em menores de 20 anos de idade, as repercussões perinatais e principalmente psicossociais da gravidez não desejada ou não planejada nesta faixa etária não podem ser desconsideradas.

Há várias publicações no Brasil e no mundo, na busca do entendimento do fenômeno da gravidez na adolescência, mas poucos trabalhos feitos em Goiás. O Brasil é um país continental com grandes diferenças regionais. Já decorreu um longo período de tempo da realização das pesquisas anteriores em Goiás (GUIMARÃES, 1993; NEVES, 2001) e podem ter ocorrido possíveis mudanças no perfil sócio demográfico e no comportamento sexual das adolescentes. Outra consideração é que este trabalho, além de um número grande de participantes, tem representantes de três municípios goianos, além da capital.

O *Projeto Adolescer com Saúde* foi um projeto de extensão realizado, entre 2002 e 2003, em Goiânia, e, entre 2007 a 2009, em três cidades do interior goiano: Ceres, Catalão e Inhumas. Teve como objetivo principal investigar o comportamento sexual e estimar a prevalência das Doenças Sexualmente Transmissíveis entre jovens do sexo feminino de 15 a 24 anos de idade em Goiás. Representa um rico material para estudo e análise, que ainda não foi explorado para estimar a magnitude e os fatores de risco associados com gravidez na adolescência no estado de Goiás.

## **3 OBJETIVOS**

---

### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Estimar a prevalência e os fatores associados à gravidez, entre as adolescentes cadastradas nas Unidades Básicas do Programa de Saúde da Família (PSF) do Distrito Sanitário (DS) da região Noroeste do Município de Goiânia e das Unidades Básicas do Programa de Saúde da Família dos municípios de Catalão, Ceres e Inhumas.

### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Comparar o perfil sociodemográfico e comportamental das adolescentes sexualmente ativas em relação às adolescentes sem vida sexual;

Caracterizar o padrão de comportamento sexual das adolescentes sexualmente ativas;

Estimar a prevalência de gravidez na adolescência nos municípios de moradia;

Investigar fatores sociais, demográficos e comportamentais associados à gravidez entre adolescentes cadastradas nas Unidades Básicas do Programa de Saúde da Família (PSF) do Distrito Sanitário (DS) da Região Noroeste do Município de Goiânia e das Unidades Básicas do Programa de Saúde da Família, dos municípios de Catalão, Ceres e Inhumas.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

---

Este é um estudo transversal, que busca estabelecer o perfil das adolescentes com história de gestações atendidas pelo *Projeto Adolescer com Saúde* e identificar fatores associados à gravidez.

Entre agosto de 2002 a dezembro de 2003 foi desenvolvido um projeto de extensão e pesquisa, com vários subprojetos, nas Unidades do Programa de Saúde da Família da região Noroeste do Município de Goiânia. Foi intitulado “Estudo das doenças sexualmente transmissíveis, em adolescentes do Distrito Sanitário Noroeste no município de Goiânia: prevalência e validação do diagnóstico de cervicite por escore de risco e exame ginecológico”, e denominado, na região, como *Projeto Adolescer com Saúde*, com a finalidade de atender aos aspectos éticos, para que não houvesse identificação pública das adolescentes sexualmente ativas (VIEIRA, M. A. S., 2004). De 2007 a 2009, as atividades do projeto foram estendidas para outras cidades goianas como Catalão, Ceres e Inhumas (GARCIA, 2009). Foram colhidas informações sócio demográficas, familiares, de saúde, de comportamento sexual, vida reprodutiva e conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis das participantes, através de questionários padronizados (Anexos A, B e C).

Os dados dos questionários foram digitados na época da realização dos estudos iniciais e armazenados em bancos de dados. Havia dois bancos diferentes: um do estudo de Goiânia e um segundo das outras três cidades goianas. Foi realizada a padronização e a união dos dois bancos em uma planilha Excel, cujos dados foram analisados estatisticamente através dos programas Epi-Info 3.5.1 e SPSS 13.0.

### **4.1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O *Projeto Adolescer com Saúde* foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e contou com apoio financeiro do Ministério da Saúde do Brasil e UNESCO.

As participantes foram esclarecidas quanto aos objetivos do projeto e convidadas a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso concordassem. (Anexos D e E). No caso de adolescentes menores de 18 anos, solicitou-se autorização do Ministério Público e Juizado da Infância e Juventude para resguardar a

confidencialidade das respostas perante a família. Todas as entrevistas foram realizadas em local privado, sendo assegurada a confidencialidade para as adolescentes.

As adolescentes sem experiência sexual receberam orientações gerais de saúde e, em casos especiais da saúde, foram encaminhadas para o Ambulatório de Adolescentes do Hospital das Clínicas da UFG. As sexualmente ativas foram encaminhadas para consulta médica com ginecologista, recebendo tratamento adequado quando necessário.

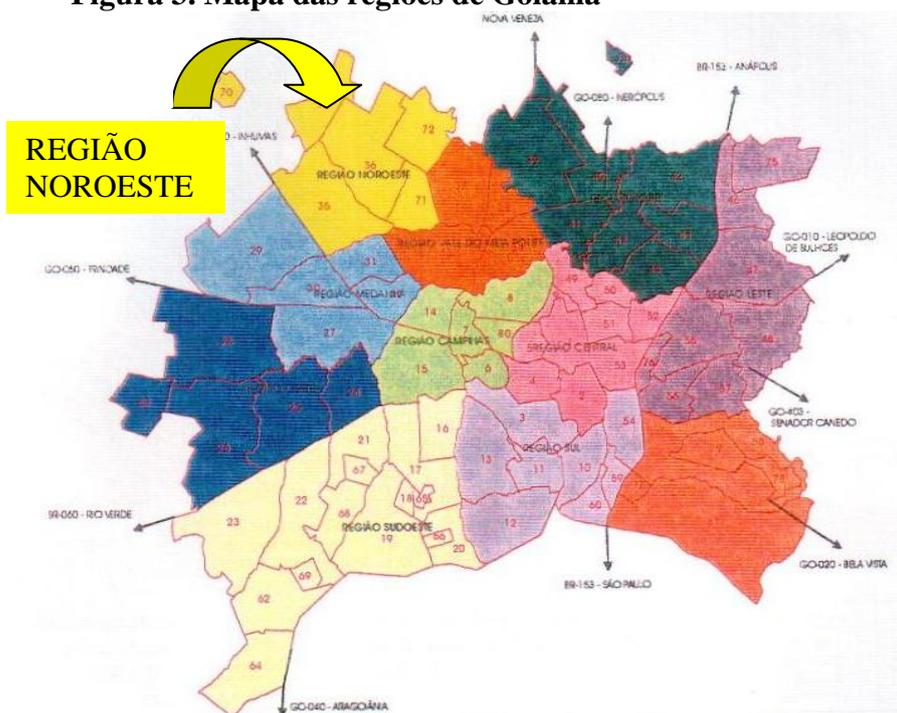
#### **4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO**

O Estado de Goiás tem uma população de 6.003.788 habitantes, distribuídos em 246 municípios, sendo Goiânia a capital, com 1.302.001 habitantes e 211.072 adolescentes (IBGE, 2011a;2011c).

Em Goiânia, as adolescentes atendidas pelo Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário Noroeste foram a população alvo do *Projeto Adolescer com Saúde*. O Distrito Sanitário Noroeste está localizado na periferia da cidade (Figura 3). É composto por 36 bairros. A população, em 2002, quando foi realizada a pesquisa, era de 111.389 habitantes, representando 10,35% da população urbana da capital. É a região onde se concentra o maior número de pessoas em situação de pobreza, com alta taxa de mortalidade infantil e altos índices de criminalidade (VIEIRA, M. A. S., 2004).

Para a segunda etapa do *Projeto Adolescer com Saúde*, foram selecionados os municípios de Catalão (86.647 habitantes e 13.762 adolescentes) situado no sudeste goiano, Inhumas (48.246 habitantes e 8.111 adolescentes) na região metropolitana de Goiânia e Ceres (20.722 habitantes e 3.533 adolescentes) localizado no centro do Estado (Figura 4) (IBGE, 2011c). Os municípios de Catalão, Ceres e Inhumas apresentam diferenças nas características socioeconômicas e no tamanho da população de cobertura do PSF. Na época da pesquisa, a cobertura do PSF em Catalão era de 15% da população aproximadamente, com em três unidades de atendimento básico. Nas outras duas cidades, a cobertura do PSF era superior a 90%, sendo que em Inhumas havia treze unidades do PSF e em Ceres seis unidades. Estima-se que 14 mil famílias eram acompanhadas pelo Programa de Saúde da Família nos três municípios (GARCIA, 2009).

**Figura 3. Mapa das regiões de Goiânia**



Fonte: Secretaria do Planejamento, Goiânia, Goiás

**Figura 4. Mapa do Estado de Goiás**



Catalão

Fonte: Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento (SEPLAN), Estado de Goiás

### **4.3. AMOSTRAGEM**

#### **4.3.1. GOIÂNIA**

Inicialmente obteve-se uma lista nominal composta por 4.091 mulheres, com idade entre 15 e 19 anos, cadastradas no Distrito Sanitário (DS) Noroeste de Goiânia. Essa lista foi elaborada por agentes de saúde das 42 equipes do Programa de Saúde da Família, do referido Distrito Sanitário.

O projeto inicial foi delineado para avaliar frequências de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em adolescentes do Distrito Sanitário Noroeste de Goiânia, sendo planejada amostra de 588 adolescentes sexualmente ativas. O projeto piloto mostrou taxa de 51% de adolescentes sexualmente ativas e a amostra total de adolescentes foi recalculada para 1.764, considerando-se o índice de comparecimento obtido de 50%.

Foram sorteadas e efetivamente convidadas 1539 participantes. Compareceram ao atendimento e foram entrevistadas 914 adolescentes. Entre estas, 472 referiram ser sexualmente ativas, mas quatro não responderam o questionário sobre comportamento sexual e vida reprodutiva. Participaram, então, do estudo 468 adolescentes entre 15 e 19 anos.

#### **4.3.2. CATALÃO, CERES E INHUMAS**

A população alvo para o estudo sobre a prevalência de DST, realizado nos municípios de Catalão, Ceres e Inhumas, foi composta por mulheres, na faixa etária de 15 a 24 anos, cadastradas nas unidades de saúde dos PSF. Cada unidade de saúde de PSF, em funcionamento, nos três municípios selecionados, forneceu uma lista nominal das adolescentes e jovens cadastradas na unidade. Realizou-se um sorteio aleatório, proporcional ao número de adolescentes e jovens, não gestantes, cadastradas em cada unidade do PSF. As sorteadas foram convidadas a participar da pesquisa, por meio de visita domiciliar de um agente comunitário de saúde da unidade.

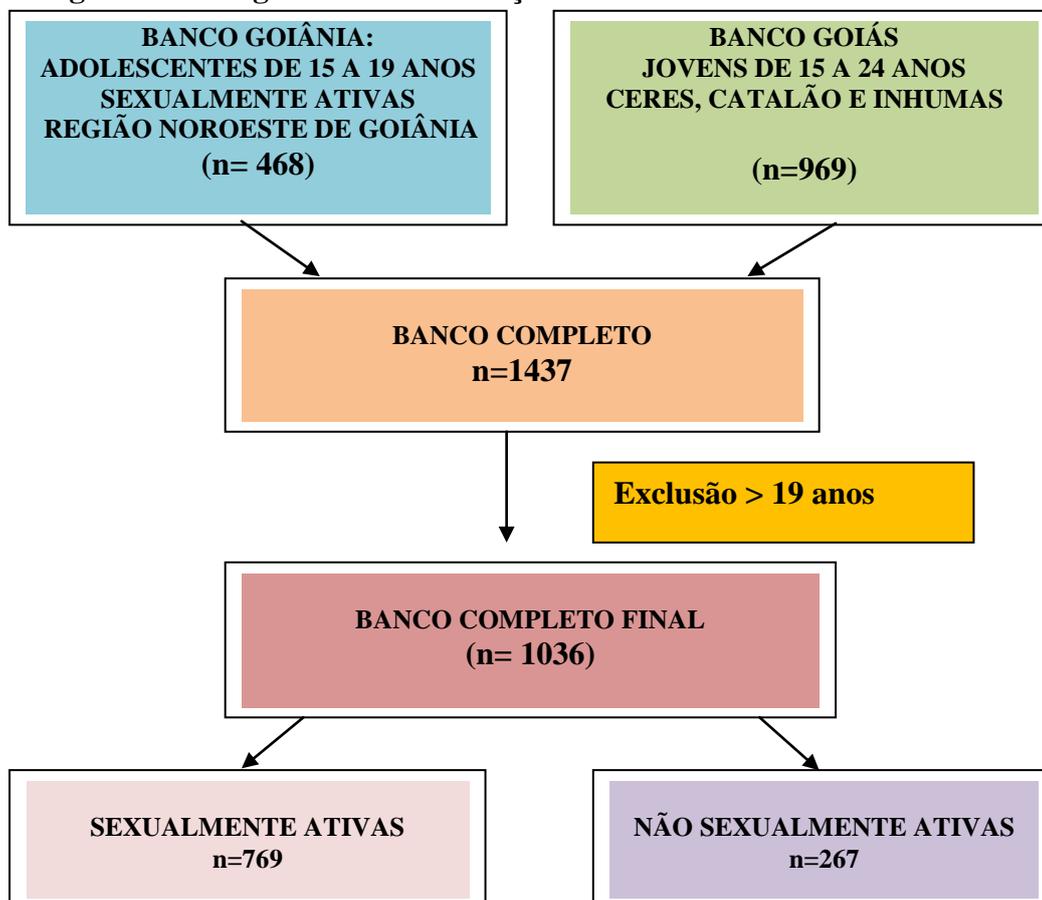
Estimou-se, inicialmente uma amostra de 570 jovens, sexualmente ativas dos três municípios selecionados, para avaliar a frequência de DST nessa população. Estimando-se que aproximadamente 50 a 60 % das adolescentes e jovens, assistidas pelo PSF, teriam vida sexual, baseado em trabalho anterior realizado em Goiânia

(VIEIRA, M. A. S., 2004), precisariam ser convidadas para uma entrevista inicial 950 mulheres. Acrescido um percentual de recusa de 10%, resultou uma amostra de 1050 mulheres. No total, 1073 adolescentes e jovens convidadas aceitaram participar da pesquisa (CARDOSO, 2010; GARCIA, 2009). Foram excluídas 104 participantes que constavam do banco de dados, mas que não foram recrutadas nas Unidades Básicas de saúde do Programa de Saúde da Família, permanecendo no estudo 969 participantes.

#### 4.3.3. AMOSTRA RESULTANTE DA UNIÃO DOS BANCOS DE DADOS

O banco de dados de Goiânia (banco Goiânia) continha informações de 468 adolescentes sexualmente ativas. O banco das outras cidades goianas (banco Goiás) era constituído por 969 participantes. A união dos dados padronizados dos dois bancos resultou em uma amostra com 1437 jovens. Como o objetivo do trabalho era estudar as informações relacionadas à gravidez na adolescência, foram excluídas as mulheres com idade superior a 19 anos, resultando em uma amostra de 1036 adolescentes, sendo 769 sexualmente ativas e 267 não sexualmente ativas.

**Figura 5. Fluxograma da constituição da amostra.**



#### 4.4. COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Questionários estruturados, com predomínio de respostas fechadas, foram aplicados para todas as participantes de *Projeto Adolescer com Saúde*, com intuito de investigar aspectos sócio demográficos e comportamentais.

Em Goiânia, foram aplicados três questionários:

- Questionário nº 1 que aborda questões sócio demográficas, familiares, de saúde e sobre início ou não de atividade sexual (Anexo A);
- Questionário nº 2 com questões relativas a conhecimento de DST e AIDS;
- Questionário nº 3 com perguntas sobre comportamento sexual, vida reprodutiva e sintomas ginecológicos (Anexo B).

Nas cidades do interior goiano foram aplicados dois questionários:

- Questionário nº 1 constituído pela união das questões dos questionários 1 e 3 aplicados em Goiânia (Anexo C);
- Questionário nº 2 com questões relativas a conhecimento de DST e AIDS;

Os dados de interesse para o presente trabalho foram extraídos dos questionários nº1 e nº3 aplicado às adolescentes de Goiânia e do questionário nº1 aplicado em Ceres, Catalão e Inhumas. Algumas poucas questões não eram comuns aos dois bancos.

Foi realizada, então, a união dos dois bancos de dados, através da padronização para um mesmo formato de tabelas do aplicativo Excel. A maior parte dos dados do banco Goiás estava no padrão alfa numérico e foi feita a transformação para o padrão numérico. Alguns dados do banco de Goiânia, com importância para o tema da pesquisa, estavam respondidos nas fichas e não constavam do banco de dados. Foi feita, portanto, a digitação dos dados de interesse, como número de gestações das adolescentes e sobre métodos contraceptivos usados.

Após digitação e avaliação da consistência, os dados foram analisados utilizando-se os programas Epi Info (versão 3.5.1) e *Statistical Package for Social Science* (SPSS/PC versão 13.0).

Inicialmente foi realizada análise descritiva para as principais variáveis investigadas. Foram calculadas as prevalências de antecedentes de gravidez por município com os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Utilizou-se teste de  $\chi^2$  ou teste de Fisher para avaliar diferenças de proporções.

Posteriormente, procedeu-se a análise das características sócio demográficas e comportamentais das adolescentes sexualmente ativas. As participantes foram divididas em dois grupos: com história de gravidez e sem história de gravidez. Foi feita a comparação dos dados sócio demográficos, comportamentais, com ênfase ao comportamento sexual, entre as adolescentes com história de gravidez e as que não engravidaram, estabelecendo-se o grau de associação de cada fator pesquisado com gravidez, através da determinação dos *odds ratios* (ORs) e dos respectivos IC95%. A significância estatística foi definida em 5% ( $p < 0,05$ ).

A variável dependente (gravidez pregressa) foi dicotômica do tipo sim e não. As variáveis de exposição foram agrupadas em características sócio demográficas e de comportamentos sexual. A educação formal das participantes foi analisada utilizando dois parâmetros: número de anos referido de escolaridade e a escolaridade adequada. Foi considerada como escolaridade adequada:

- Para as adolescentes de 15 a 18 anos – ter concluído o ensino fundamental e estar cursando o ensino médio ou superior;
- Para as adolescentes maiores de 18 anos de idade – ter concluído o ensino médio ou estar cursando o ensino superior.

As variáveis independentes que mostraram associação com gravidez, em análise univariada ( $p < 0,10$ ) foram submetidas à análise multivariada através da regressão logística não condicional para ajuste de variáveis de confusão. Foram construídos dois modelos, com e sem ajuste pelo local de moradia (cidade) das participantes.

## 5 RESULTADOS

---

Foram analisados os dados de 1036 adolescentes, com idade de 15 a 19 anos, residentes em quatro municípios goianos: Goiânia (n=468), Ceres (n=140), Catalão (n=115) e Inhumas (n=313). Deste total, 769 adolescentes (74,2%) se declararam sexualmente ativas e 267 (25,8%) não sexualmente ativas. As 468 adolescentes de Goiânia eram todas sexualmente ativas, pois o projeto *Adolescer com Saúde* teve inicialmente o objetivo de estudar doenças sexualmente transmissíveis.

As comparações de aspectos sócio demográficos e comportamentais das adolescentes que se declararam sexualmente ativas, em relação as que ainda não tinham iniciado vida sexual, são apresentadas na tabela 1. As adolescentes sexualmente ativas eram mais velhas e tinham menor escolaridade. A maioria das adolescentes estava no nível médio e o nível de escolaridade era maior entre as não sexualmente ativas, com 75,3% no nível médio e 7,5% no nível superior ( $p < 0,001$ ). Uma maior proporção de adolescentes com escolaridade inadequada foi evidenciada entre as sexualmente ativas, em comparação com as adolescentes que ainda não haviam iniciado a vida sexual ( $p < 0,001$ ). De forma consistente, quando as adolescentes foram inquiridas sobre o seu desempenho escolar, houve uma maior proporção de adolescentes sexualmente ativas que declaram não ter um bom desempenho ou já ter abandonado a escola em comparação com aquelas sem vida sexual ( $p < 0,001$ ). Um dado que chama atenção é que, entre as sexualmente ativas, 44 (5,9%) pararam de estudar e um percentual bem menor (0,4%) entre as não sexualmente ativas.

O nível de escolaridade materna foi maior entre as não sexualmente ativas ( $p < 0,001$ ), apesar de predominar o nível fundamental nos dois grupos: 75,9% entre as sexualmente ativas e 63,5% entre as não sexualmente ativas. A porcentagem de mães com nível médio e superior no primeiro grupo foi de 11,3% e 1,9% e no segundo grupo de 20,3% e 7,1% respectivamente. Maior número de mães que não estudavam estava no primeiro grupo 52 (6,9%) contra 8 (3,0%) do segundo grupo (tabela 1).

A renda familiar foi maior no grupo das não sexualmente ativas ( $p = 0,002$ ), predominando renda familiar entre dois a quatro salários mínimos nos dois grupos: 41,6% entre as sexualmente ativas e 49,6% entre as não sexualmente ativas. Baixa renda familiar, menor que dois salários mínimos, prevaleceu no grupo das sexualmente ativas,

com 319 (41,8%) das adolescentes nesta situação e 80 (30,1%) no grupo das não sexualmente ativas (tabela 1).

A maioria das adolescentes avaliou como sendo bom o relacionamento com os próprios pais. Entretanto, entre as sexualmente ativas, o percentual das adolescentes que relataram relacionamento ruim (15,4%) foi maior do que entre as não sexualmente ativas (9,4%) com diferença estatisticamente significativa ( $p= 0,015$ ). Grande parte das adolescentes declarou ter religião, havendo, diferença estatisticamente significante entre esses dois grupos: 76,3% entre as sexualmente ativas em comparação com 90,3% entre as não sexualmente ativas ( $p=<0,001$ ). Não foi evidenciada diferença com respeito a qual religião as adolescentes pertenciam. (tabela 1).

Foram analisadas as informações sobre comportamento sexual das 769 adolescentes que se declararam sexualmente ativas. O resumo destes dados encontra-se na tabela 2. A idade na primeira relação sexual variou de 5 a 19 anos de idade. Dos seis casos de início da atividade sexual abaixo de 12 anos, entre os 5 e 11 anos, dois estavam relacionados a abuso sexual (5 e 10 anos). Houve relato de onze casos de estupro ao todo, com ocorrência de uma gravidez como consequência do abuso. Dentre as onze adolescentes que declararam ter sofrido abuso sexual, sete (70%) apresentaram história de gravidez na adolescência.

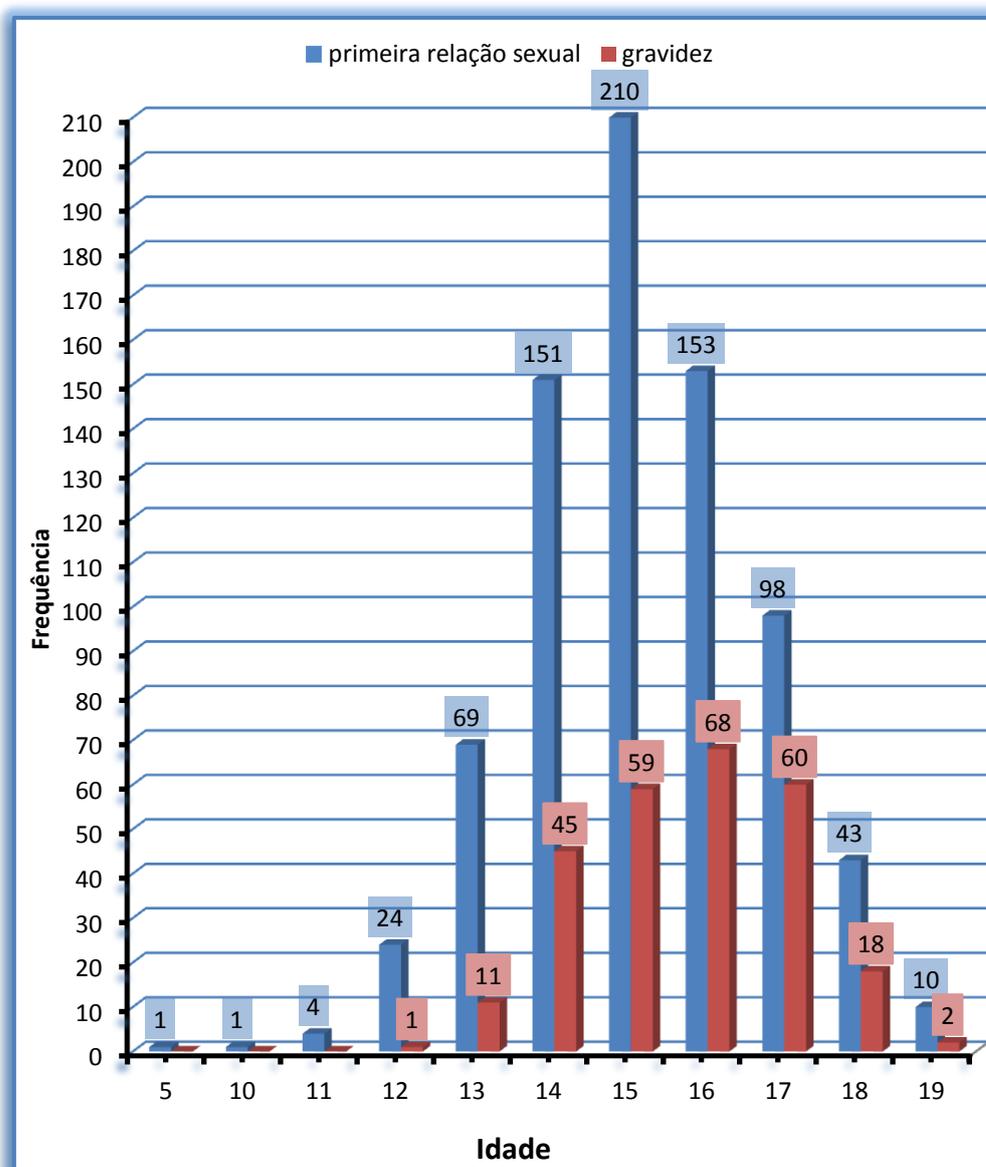
A maioria das adolescentes referiu ter parceiro fixo à época da entrevista 622 (85,0%) e, entre estas que informaram ter parceiro fixo, 559 (90,0%) tiveram apenas um parceiro nos últimos três meses. Mais da metade das adolescentes 414 (54,3%) relatou apenas um parceiro durante toda a vida e 29% de dois a três parceiros. Quanto ao uso de preservativo, 26,0% das participantes afirmaram uso regular em todas as relações sexuais, cerca da metade (51,0%) uso ocasional e 23,0% referiram nunca usar preservativo (tabela 2). Antecedentes de DST foram referidos por 3,5% das adolescentes sexualmente ativas.

Havia 270 adolescentes com história de gravidez pregressa, representando 35,5% das adolescentes sexualmente ativas. Cerca de 80% delas (218 casos) tiveram uma gravidez e 18,5% relatam ter engravidado duas vezes. Ainda na tabela 2, observa-se que 21,6% das adolescentes referiram ter engravidado pela primeira vez, com idade entre 12 e 14 anos. Um número significativo de adolescentes relatou ter a primeira

relação sexual entre os 12 e 14 anos (244 adolescentes), representando 31,9% dos casos. Porém, é na faixa etária entre 15 e 17 anos que a maioria das adolescentes (60,3%), teve a primeira relação sexual, coincidindo com o período em que ocorreu a maioria dos casos da primeira gravidez (70,8%). Observa-se no gráfico 7 que o pico do início da atividade sexual ocorreu um ano antes do pico da primeira gravidez.

A média de idade na primeira relação sexual foi de 15,2 anos e a média de idade na primeira gravidez foi de 15,7 anos. Não havia dados sobre a idade da menarca no banco das cidades do interior goiano, apenas no de Goiânia. A média de idade da menarca em Goiânia foi de 12,5 anos.

**Gráfico 7-Idade na primeira relação sexual e idade na primeira gravidez**



**Tabela 1 – Características sócio demográficas e comportamentais de 1036 adolescentes recrutadas no PSF dos municípios de Goiânia, Ceres, Catalão e Inhumas, GO (2002-2009)**

Variáveis	1140 adolescentes recrutadas		x <sup>2</sup>	p
	769	267 não		
	sexualmente ativas n (%)	sexualmente ativas n (%)		
<b>Idade (anos)</b>			35,52	<0,001
15 a 17	413 (53,7%)	199 (74,5%)		
18 a 19	356 (46,3%)	68 (21,7%)		
<b>Escolaridade (nível) <sup>a</sup></b>			84,27	<0,001
Fundamental	357 (46,4%)	46 (17,2%)		
Médio	397 (51,6%)	201 (75,3%)		
Superior	13 (1,7%)	20 (7,5%)		
<b>Escolaridade adequada à idade <sup>a</sup></b>			71,58	<0,001
Sim	352 (45,8%)	211 (79,0%)		
Não	416 (54,2%)	56 (21,0%)		
<b>Desempenho escolar <sup>b</sup></b>			45,32	<0,001
Bom	519 (69,5%)	237 (88,8%)		
Ruim	184 (24,6%)	26 (9,9%)		
Parou de estudar	44 (5,9%)	1 (0,4%)		
<b>Escolaridade materna <sup>c</sup></b>			39,57	<0,001
Fundamental	573 (75,9%)	169 (63,5%)		
Médio	85 (11,3%)	54 (20,3%)		
Superior	14 (1,9%)	19 (7,1%)		
Não estudou	52 (6,9%)	8 (3,0%)		
<b>Renda familiar <sup>d</sup></b>			16,49	0,002
<2 salários-mínimos	319 (41,8%)	80 (30,1%)		
2 a 4 salários-mínimos	318 (41,6%)	132 (49,6%)		
5 a 10 salários-mínimos	77 (10,1%)	25 (9,4%)		
>10 salários-mínimos	3 (0,4%)	4 (1,5%)		
<b>Relacionamento com os pais <sup>e</sup></b>			5,90	0,015
Bom	644 (84,6%)	241 (90,6%)		
Ruim	117 (15,4%)	25 (9,4%)		
<b>Religião <sup>f</sup></b>			23,90	<0,001
Sim	584 (76,3%)	241 (90,3%)		
Não	181 (23,7%)	26 (9,7%)		
<b>Qual religião <sup>g+h</sup></b>			3,08	0,379
Católica	388 (66,2%)	145 (60,2%)		
Evangélica	184 (31,4%)	88 (36,5%)		
Espírita	13 (2,2%)	7 (2,9%)		
Outra igreja	1 (0,2%)	1 (0,4%)		

Sem informação: a=1; b=25; c=61; d=78; e= 9; f=4; g= 28

Não se aplica: h= 181 (sem religião)

PSF: Programa de Saúde da Família

**Tabela 2 – Características do comportamento sexual de 769 adolescentes sexualmente ativas recrutadas no PSF dos municípios de Goiânia, Ceres, Catalão e Inhumas, GO (2002-2009)**

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
<b>Idade na primeira relação sexual (anos) <sup>a</sup></b>		
5 a 11	6	0,7%
12 a 14	244	31,9%
15 a 17	461	60,3%
18 a 19	53	6,9%
<b>Parceiro na primeira relação sexual <sup>a</sup></b>		
Namorado/ amigo	645	84,4%
Esposo ou companheiro	85	11,1%
Estranho, recém conhecido, outra pessoa	23	3,0%
Abuso sexual	11	1,4%
<b>Parceiro fixo <sup>b</sup></b>		
Sim	622	85,0%
Não	110	15,0%
<b>Nº de parceiros durante a vida <sup>c</sup></b>		
1	414	54,3%
2 a 3	221	29,0%
4 a 10	114	14,9%
>10	13	1,7%
<b>Nº de parceiros nos últimos 3 meses <sup>d</sup></b>		
Nenhum	92	12,0%
1	631	82,4%
2 a 3	40	5,3%
>4	3	0,4%
<b>Novo parceiro nos últimos 3 meses <sup>c</sup></b>		
Sim	112	14,7%
Não	650	85,3%
<b>Uso de preservativo <sup>e</sup></b>		
Sempre	199	26,0%
Ocasionalmente	390	51,0%
Nunca	176	23,0%
<b>Gravidez <sup>f</sup></b>		
Sim	270	35,5%
Não	490	64,5%
<b>Nº de vezes que engravidou <sup>g</sup></b>		
1	218	80,4%
2	48	18,5%
3	3	1,1%
<b>Idade na primeira gravidez <sup>h</sup></b>		
12 a 14	57	21,6%
15 a 17	187	70,8%
18 a 19	20	7,6%

*Sem informação: a=5; b=37; c=7; d=3; e= 4; f=9; g= 1; h=6*

**PSF: Programa de Saúde da Família**

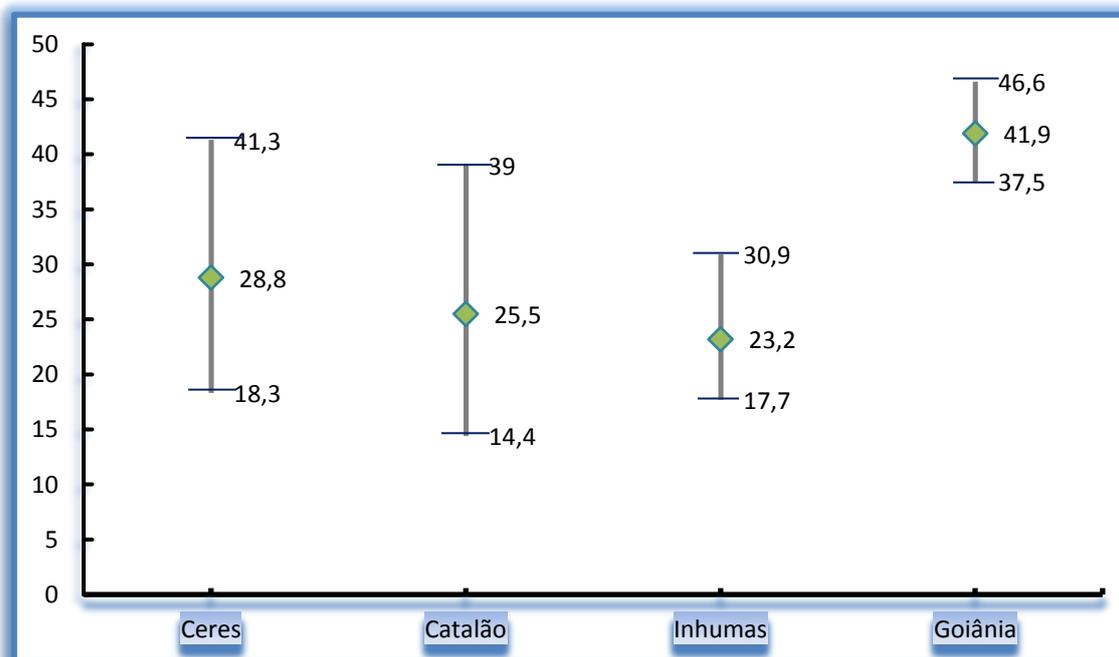
A tabela 3 e o gráfico 8 mostram as prevalências de gravidez, com os respectivos intervalos de confiança de 95%, de acordo com o local de moradia das participantes. Para nove adolescentes, desse grupo, não havia informação sobre a ocorrência de gravidez pregressa. No total, 270 adolescentes referiram pelo menos uma gravidez, correspondendo a 35,5% (32,1-39,1) das adolescentes sexualmente ativas entrevistadas. A prevalência de gravidez por cidade foi de 28,8% (18,3- 41,3) em Ceres, 25,5% (14,7- 39,0) em Catalão, 23,2% (17,7- 30,9) em Inhumas e 41,9 (37,5- 46,6) em Goiânia.

**Tabela 3- Prevalência de gravidez por cidade entre as 760 adolescentes sexualmente ativas recrutadas no PSF dos municípios de Goiânia, Ceres, Catalão e Inhumas, GO (2002-2009).**

Cidade	Gravidez	
	Sim/Total	%(IC 95%)
Ceres	19/66	28,8 (18,3- 41,3)
Catalão	14/55	25,5 (14,7- 39,0)
Inhumas	41/172	23,2 (17,7- 30,9)
Goiânia	196/467	41,9 (37,5- 46,6)

*PSF: Programa de Saúde da Família*

**Gráfico 8- Prevalência de gravidez por cidade entre as 760 adolescentes sexualmente ativas recrutadas no PSF dos municípios de Goiânia, Ceres, Catalão e Inhumas, GO (2002-2009)**



*PSF: Programa de Saúde da Família*

Algumas informações de interesse para o tema do trabalho faziam parte apenas do questionário que foi aplicado em Goiânia como: idade da menarca, frequência das relações sexuais, método contraceptivo usado, auto-percepção sobre o grau de

informação sobre sexo e uso de tabaco e bebidas alcoólicas. Esses dados já foram explorados em um outro estudo (VIEIRA, M. A. S., 2004). No presente trabalho, serão analisadas algumas dessas variáveis tendo como desfecho o risco de gravidez. Mais da metade das adolescentes referiu a menarca antes dos 12 anos de idade (52,3%). O método contraceptivo mais utilizado foi o anticoncepcional hormonal oral ou injetável (39,4%), seguido pelo uso de preservativo masculino (29,1%). Um número que chama a atenção é a porcentagem de adolescentes que afirmam não utilizar nenhum método contraceptivo (17,1% dos casos). Uso de bebida alcoólica foi referido por 37,0% das adolescentes, sexualmente ativas, moradoras do DS Noroeste de Goiânia e 12,9% relatam uso do cigarro (tabela 4).

**Tabela 4 – Características sócio demográficas e comportamentais de 468 adolescentes recrutadas no PSF do município de Goiânia (2002-2003).**

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
<b>Idade na menarca <sup>a</sup></b>		
9 a 12 anos	243	52,4%
13 a 17 anos	221	47,6%
<b>Fuma <sup>b</sup></b>		
Sim	60	12,9%
Não	405	87,1%
<b>Bebe <sup>c</sup></b>		
Sim	161	37,0%
Não	274	63,0%
<b>Frequência de relações sexuais <sup>d</sup></b>		
Diariamente	45	9,7%
1 a 3 vezes por semana	235	50,8%
15 dias ou mais	182	39,4%
<b>Considera-se bem informada sobre sexo <sup>e</sup></b>		
Sim	294	62,8%
Não	173	37,2%
<b>Método contraceptivo <sup>e</sup></b>		
Nenhum	80	17,1%
Anticoncepcional hormonal	184	39,4%
Preservativo	136	29,1%
Coito interrompido	25	5,4%
Anticoncepcional + Preservativo	15	3,3%
Coito interrompido + Preservativo	14	3,0%
DIU	9	1,9%
Laqueadura	2	0,4%
Outras combinações <sup>*</sup>	2	0,4%

*Sem informação: a=4; b=3; c=34; d=7; e=1*

*PSF: Programa de Saúde da Família*

(\*) Coito interrompido + Anticoncepcional injetável: 1(0,2%); Coito interrompido + Preservativo + Anticoncepcional injetável: 1(0,2%).

Foi realizada uma análise univariada de potenciais fatores associados à gravidez entre 760 adolescentes sexualmente ativas (Tabela 5) Não havia informação sobre gravidez de nove participantes. Os seguintes fatores mostraram associação estatisticamente significativa com antecedentes de gravidez na adolescência: idade superior a 17 anos; união estável; início da atividade sexual menor ou igual a 15 anos de idade; mais de três parceiros sexuais na vida; escolaridade inadequada; nível de escolaridade menor ou igual a oito anos; renda inferior a dois salários mínimos e não ter religião. Adolescentes que informaram ter relacionamento ruim com os pais apresentaram menor percentual de gravidez em relação ao grupo que referiu bom relacionamento familiar. Ainda, em análise univariada, ser moradora do DS Noroeste de Goiânia, também apresentou uma associação estatisticamente significativa em relação à ocorrência de gravidez na adolescência, em comparação com outros municípios. Não ter parceiro fixo não mostrou associação com gravidez.

As variáveis socioeconômicas e comportamentais, associadas com gravidez na adolescência, em análise univariada, foram incorporadas em um modelo de regressão logística não condicional. A variável escolaridade em anos não foi incluída no modelo por ter forte correlação com escolaridade adequada, evidenciada pelo teste de correlação de Pearson com  $p < 0,001$ . Após ajuste para potenciais variáveis de confusão, os seguintes fatores permaneceram associados à gravidez na adolescência na análise multivariada: idade superior a 17 anos, estar casada ou em união estável, início da atividade sexual até os 15 anos de idade, escolaridade inadequada em relação à idade, renda familiar inferior a dois salários mínimos independente da cidade de moradia (Tabela 6).

Para as moradoras do DS Noroeste do Goiânia, foi evidenciado, em análise univariada, que as adolescentes bem informadas sobre sexo apresentaram menor proporção de gravidez em relação ao grupo de adolescentes com menos informações com  $OR = 0,56$   $IC_{95\%}(0,38-0,82)$  e  $p = < 0,001$ , mas ter menarca abaixo de 13 anos não mostrou associação com gravidez com  $OR = 1,03$   $IC_{95\%}(0,71-1,49)$  e  $p = < 0,8617$  (Tabela 7). Estas variáveis não foram incluídas no modelo de regressão logística, pois constavam apenas do banco de Goiânia.

**Tabela 5 – Análise univariada dos fatores de risco para gravidez entre 760 adolescentes atendidas no PSF dos municípios de Goiânia, Ceres, Catalão e Inhumas, GO (2002-2009)**

Variáveis	Gravidez		OR (IC95%)	p
	sim	não		
<b>Idade</b>				
18 a 19	162	192	2,33 (1,72- 3,12)	<0,001
15 a 17	108	298	1	
<b>Estado civil <sup>a</sup></b>				
Casada/União estável	172	56	13,74 (9,46- 19,96)	<0,001
Solteira/Divorciada	97	434	1	
<b>Idade na primeira relação <sup>b</sup></b>				
≤15 anos	200	255	2,70 (1,95- 3,74)	<0,001
>15 anos	68	234	1	
<b>Parceiro fixo <sup>c</sup></b>				
Não	29	79	0,66 (0,42- 1,04)	0,724
Sim	221	397	1	
<b>Nº de parceiros na vida <sup>d</sup></b>				
>3	59	66	1,80 (1,22- 2,66)	0,003
≤3	209	422	1	
<b>Escolaridade adequada <sup>a</sup></b>				
Não	211	202	5,08 (3,61- 7,14)	<0,001
Sim	59	287	1	
<b>Escolaridade <sup>a</sup></b>				
≤ 8 anos	185	169	4,12 (3,00- 5,66)	<0,001
> 8 anos	85	320	1	
<b>Escolaridade materna <sup>e</sup></b>				
≤ 8 anos	236	414	1,39 (0,87- 2,24)	0,172
> 8 anos	27	69	1	
<b>Renda <sup>f</sup></b>				
< 2 salários-mínimos	160	155	3,20 (2,33- 4,41)	<0,001
≥ 2 salários-mínimos	96	298	1	
<b>Relacionamento com os pais <sup>g</sup></b>				
Ruim	30	85	0,60 (0,39- 0,94)	0,027
Bom	235	402	1	
<b>Ter religião <sup>d</sup></b>				
Não	78	101	1,57 (1,12- 2,22)	0,010
Sim	190	488	1	
<b>Cidade</b>				
Ceres	19	47	0,56 (0,31-1,01)	0,041
Catalão	14	41	0,47 (0,24-0,92)	0,018
Inhumas	41	131	0,43 (0,29-0,65)	<0,001
Goiânia	196	271	1	

Sem informação: a=1; b=3; c=34; d=4; e=14; f=51; g= 8

PSF: Programa de Saúde da Família

**Tabela 6 – Análise multivariada dos fatores de risco para gravidez entre 760 adolescentes atendidas no PSF dos municípios de Goiânia, Ceres, Catalão e Inhumas, GO (2002- 2009)**

<i>Variáveis</i>	<i>OR (IC95%)</i>	<i>p</i>	<i>OR ajustado (IC95%)</i>	<i>p</i>
<b>Idade</b>				
18 a 19	2,33 (1,72- 3,12)	<0,001	4,02(2,42-6,67)	<0,001
<b>Estado civil</b>				
Casada/União estável	13,74 (9,46- 19,96)	<0,001	11,69(7,22-18,90)	<0,001
<b>Idade na primeira relação</b>				
≤15 anos	2,70 (1,95- 3,74)	<0,001	4,44(2,57-7,67)	<0,001
<b>Nº de parceiros na vida</b>				
>3	1,80 (1,22- 2,66)	0,003	1,16(0,65-2,06)	0,627
<b>Escolaridade adequada</b>				
Não	5,08 (3,61- 7,14)	<0,001	3,32(2,04-5,41)	<0,001
<b>Escolaridade materna</b>				
≤ 8 anos	1,39 (0,87- 2,24)	0,172	0,59(0,28-1,23)	0,162
<b>Renda</b>				
< 2 salários-mínimos	3,20 (2,33- 4,41)	<0,001	1,66(1,06-2,60)	0,009
<b>Relacionamento com os pais</b>				
Ruim	0,60 (0,39- 0,94)	0,027	1,00(0,52-1,92)	0,995
<b>Ter religião</b>				
Não	1,57 (1,12- 2,22)	0,010	1,24(0,74-2,06)	0,411
<b>Cidade</b>				
Ceres	0,56 (0,31-1,01)	0,041	0,91(0,25-3,25)	0,889
Catalão	0,47 (0,24-0,92)	0,018	0,89(0,32-2,49)	0,830
Inhumas	0,43 (0,29-0,65)	<0,001	0,45(0,17-1,16)	0,100
Goiânia	1		1	

*PSF: Programa de Saúde da Família*

**Tabela 7 – Análise univariada para fatores de risco para gravidez entre 468 adolescentes recrutadas no PSF do município de Goiânia, GO (2002-2003)**

<i>Variáveis</i>	<i>Gravidez</i>		<i>OR (IC95%)</i>	<i>p</i>
	<i>sim</i>	<i>não</i>		
<b>Idade na menarca<sup>b</sup></b>				
9 a 12 anos	102	141	1,03 (0,71- 1,49)	0,862
13 a 17 anos	91	130	1	
<b>Considera-se bem informada sobre sexo<sup>a</sup></b>				
Sim	108	186	0,56(0,38- 0,82)	0,003
Não	88	85	1	

*Sem informação: a=1; b=4*

***PSF: Programa de Saúde da Família***

## 6 DISCUSSÃO

---

O *Projeto Adolescer com Saúde* representa um rico material para o estudo do fenômeno da gravidez na adolescência. Conhecer o perfil sócio demográfico e comportamental desta população contribui na busca da identificação dos fatores associados ao maior risco de gravidez na adolescência. O reconhecimento destes fatores pode servir de base para estratégias preventivas efetivas futuras visando minimizar as repercussões negativas.

É um estudo de base populacional com um grande número de participantes, 1036 adolescentes e o primeiro, em Goiás, que analisa fatores de risco para gravidez entre adolescentes da capital e de três cidades do interior. As jovens, cadastradas na população atendida pelo PSF, foram recrutadas em suas residências, especialmente para participarem da pesquisa, através de sorteio aleatório, fora dos serviços de saúde e não por uma demanda para atendimento médico. Desta forma, o presente estudo pode ser considerado como representativo da população cadastrada nos PSF de um Distrito Sanitário da capital e de três cidades do interior.

No presente estudo, a população foi composta predominantemente por adolescentes sexualmente ativas (74,2%). Observou-se que o grupo das adolescentes que ainda não havia iniciado vida sexual apresentava maiores níveis de escolaridade, melhor desempenho escolar e escolaridade adequada para a idade, além de maior nível de escolaridade materna. A renda familiar deste grupo também foi maior. Uma das limitações de estudos transversais é não estabelecer a relação temporal de causa e efeito. Tal resultado coincide com o que foi observado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006), com a participação de aproximadamente 15 mil mulheres, verificando-se uma tendência de crescimento da idade do início da atividade sexual conforme maior escolaridade, tanto na pesquisa realizada em 2006 como em 1996. (MS, 2009b)

O comportamento reprodutivo varia segundo os grupos sociais (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2004; BORGES; PIROTA; SCHOR, 2004) e existem diferenças na estrutura etária da fecundidade conforme a condição socioeconômica. As maiores taxas de fecundidade encontram-se nos grupos populacionais menos instruídos e menos favorecidos economicamente (YAZAKI, 2004).

Outro estudo, de base populacional, também com grande número de participantes (n=1314), comparou adolescentes que residiam em quatro áreas com diferentes graus de exclusão social no Município de Santo André, Estado de São Paulo (DUARTE et al., 2006). De forma similar ao encontrado no presente estudo, a escolaridade inadequada foi um fator fortemente associado com gravidez na adolescência. As áreas mais pobres concentravam o maior número de adolescentes com menos escolaridade e as adolescentes de baixa escolaridade e menor nível socioeconômico tiveram mais filhos (DUARTE et al., 2006).

Chama atenção a alta prevalência de gravidez de 35,5% na população estudada e os altos índices, em Goiânia (41,9%), Ceres (28,8%) e Catalão (25,5%) e Inhumas (23,2%). A taxa de nascidos vivos de mães nesta faixa etária, no ano de 2002, no Brasil, foi de 22,6% e em Goiás 24,2% e em 2007 de 21,1% e 21,2% respectivamente (DATASUS, 2011a). A coleta de dados em Goiânia foi realizada em 2002 e 2003 e no interior goiano em 2007 a 2009.

Os altos índices de gravidez em Goiânia, talvez sejam decorrentes das características sócio demográficas da população estudada. A região noroeste do município de Goiânia é habitada predominantemente por famílias de baixa renda e com menor nível de escolaridade. Tais fatores foram identificados como associados à maior risco de gravidez precoce (DUARTE et al., 2006; OMS, 2004; WHO, 2007).

Mais da metade das adolescentes de Goiânia tinha oito ou menos anos de estudo e cerca da 50% tinha renda familiar inferior a dois salários mínimos. As informações sobre o comportamento sexual, também mostraram que a idade da primeira relação sexual da maioria das adolescentes ocorreu nos primeiros cinco anos da adolescência, com 31,9% das adolescentes com início da atividade sexual entre 12 e 14 anos e 60,3% entre os 15 e 17 anos. Segundo Guimarães o início da atividade nos primeiros anos da adolescência é fator de risco para gravidez (GUIMARÃES; COLLI, 1998).

A prevalência de gravidez entre as cidades do interior goiano são semelhantes entre si, ao avaliar seus intervalos de confiança que se sobrepõem, porém são maiores que a taxa nacional e goiana. Este dado pode ser decorrente do fato da população atendida pelo PSF, que serviu de base para o estudo, ser menos favorecida economicamente, com conseqüente taxa de fecundidade maior. Estudo realizado em

Pelotas-RS verificou que maior renda familiar e nível de escolaridade estão inversamente relacionadas com gravidez precoce (GIGANTE, D. P. et al., 2004).

O pico de gravidez ocorreu aos 16 anos de idade, um ano após o pico do início da atividade sexual, que foi aos 15 anos (Gráfico 8). Isto sugere que a gravidez ocorre logo após o início da atividade sexual, sugerindo relações desprotegidas, dado confirmado pela informação de que 17% das jovens de Goiânia não usam nenhum método contraceptivo e que aproximadamente 74% das adolescentes declararam uso inconsistente do preservativo masculino, que foi um dos principais meios contraceptivos utilizados (29,1%), superado apenas pelo anticoncepcional hormonal oral ou injetável (39,4%).

A literatura aponta vários fatores de risco para gravidez na adolescência como menarca e início da atividade sexual nos primeiros anos da adolescência, baixo nível de escolaridade, casamento e união estável na adolescência, falta de informação sexual, baixo uso de contraceptivo, moradia fora da família, família uniparental, constituída por mãe sozinha, antecedentes familiares de gravidez na adolescência e baixo nível sócio econômico (GUIMARÃES; COLLI, 1998; WHO, 2007).

Na análise das informações contidas apenas no banco de Goiânia sobre idade da menarca e informação sexual, encontrou-se associação apenas com informação sexual como fator protetor. Na avaliação dos casos de menarca antes dos 13 anos, não houve associação de risco.

Os estudos são controversos sobre o fator protetor da prática religiosa e gravidez na adolescência. No Brasil, os estudos são incipientes sobre a associação com comportamento de risco com tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas. Na análise dos dados, encontrou-se associação com prática religiosa apenas na análise univariada, ao ajustar para as variáveis de confusão na análise multivariada, não permaneceu a associação.

Após a análise multivariada de regressão logística, permaneceram como fatores independentemente associados à gravidez na adolescência: idade maior que 17 anos, estar casada ou em união estável, idade na primeira relação sexual antes dos 16 anos,

escolaridade inadequada para a idade e baixa renda familiar, menor que dois salários-mínimos.

Uma das dificuldades do presente estudo foi padronizar os bancos de dados, para que as informações pudessem ser avaliadas em conjunto e comparadas, isto é, o banco de dados de Goiânia e o banco de dados das três cidades do interior. O objetivo dessa compatibilização era ampliar a análise e traçar um perfil mais abrangente do Estado de Goiás.

Um dos potenciais riscos da análise conjunta (capital e interior) é que os estudos foram conduzidos em momentos diferentes e com estratégias amostrais diferentes, que precisam ser levadas em consideração. O estudo de Goiânia foi conduzido cinco anos antes, em relação ao estudo nas cidades do interior. Considerando que existe uma tendência temporal de queda dos índices de gravidez na adolescência, talvez o percentual de gravidez na adolescência no DS Noroeste fosse um pouco menor, se o estudo tivesse sido conduzido na mesma época do estudo conduzido nos outros municípios. É possível supor que cinco anos seja um período relativamente curto de tempo para ocorrer uma redução de um indicador de fertilidade em uma determinada parcela da população.

Quanto ao processo amostral, existem diferenças nas características socioeconômicas e no tamanho da população de cobertura do PSF, nos quatro municípios que participaram do estudo, que não foram consideradas. O tamanho da amostra não foi proporcional ao tamanho das cidades. A amostra de Goiânia foi representada por um único Distrito Sanitário, o Noroeste, localizado na periferia da cidade. É região populosa, onde se concentra grande número de pessoas com baixa renda, baixa escolaridade e com sérios problemas sociais. Há 42 equipes do PSF atendendo a esta população. Em Catalão, a cobertura do PSF é menor, cobrindo 15% da população, com três unidades de atendimento básico. Nas outras duas cidades, a cobertura do PSF é superior a 90%, sendo que em Inhumas há treze unidades do PSF e em Ceres seis unidades. Cabe ressaltar, entretanto, que tanto na capital como no interior, foram convidadas adolescentes cadastradas nos PSF, mas em Goiânia, apenas as sexualmente ativas foram convidadas. A estratégia para avaliar o potencial fator de confusão quanto ao local da moradia, foi incluir na análise multivariada o local de

moradia. Desta forma, foi evidenciado que independentemente do local de moradia, baixa escolaridade e baixa renda foram associadas à gravidez precoce.

Outra questão que precisa ser mencionada é que os questionários aplicados não foram desenvolvidos com intuito primário de avaliar gravidez na adolescência. Aspectos potencialmente importantes para entender o fenômeno da gravidez na adolescência não foram investigados, como a ocorrência de abortos. O questionário utilizado nas cidades do interior não continha informações sobre a utilização e a escolha de determinado método anticoncepcional. Também não foi possível identificar se a gravidez foi desejada ou planejada ou foi uma gravidez não intencional. Entretanto, de modo geral, os estudos que analisam gravidez na adolescência não abordam essa questão. Possivelmente aspectos relacionados à condição de escolaridade e à condição econômica tenham importância diferenciada em casos de gravidez planejada ou não planejada.

## **7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

---

É necessária uma visão abrangente para a compreensão da gravidez na adolescência, levando-se em conta as dimensões biológicas, psicossociais e culturais envolvidas.

Condições socioeconômicas desfavoráveis, representadas por baixa escolaridade, baixa renda familiar e informação sexual deficiente, aliadas ao início de atividade sexual nos primeiros anos da adolescência, constituem situação de vulnerabilidade para gravidez na adolescência, na capital e em cidades do interior de Goiás. Esses resultados reforçam o que outras pesquisas identificaram em algumas regiões do Brasil, sendo descrita uma forte associação entre o perfil socioeconômico e os índices de gravidez na adolescência.

Investir em educação, não apenas formal, mas formadora, propiciando melhores perspectivas de vida e de realização profissional, além da melhoria da situação econômica da população, seria uma das melhores estratégias preventivas do problema. É importante lembrar que educar não é papel apenas da escola, mas dos profissionais de saúde, das famílias, da população, das instituições públicas, comunitárias e religiosas.

Um direcionamento de políticas públicas efetivas para o enfrentamento do fenômeno com as suas diversas faces é essencial e urgente, fazendo as intervenções possíveis nos fatores associados com gravidez na adolescência, devido ao potencial de repercussões negativas pessoais e sociais citadas. Além disso, é necessário instituir programas de orientação para que a gravidez seja uma escolha e não um problema e, também, programas de apoio para quando ocorrer uma maternidade na adolescência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal: Um Enfoque Psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1981.

ADESSE, L.; MONTEIRO, M. F. G. **Magnitude do Aborto no Brasil: Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais**. [http://www.ipas.org.br/arquivos/factsheet\\_mag.pdf](http://www.ipas.org.br/arquivos/factsheet_mag.pdf). MS, I. I. Rio de Janeiro: IPAS 2007.

ALMEIDA, M. D. C. C.; AQUINO, E. M. L.; BARROS, A. P. D. School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1397-1409, 2006.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. S377-S388, 2003.

BEMFAM; DHS. **Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996**. Rio de Janeiro- RJ: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil(BEMFAM); Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro International Inc.: 180 p. 1997.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. **Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000**. Encontro Nacional de Estudos Populacionais. CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE POPULAÇÃO. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais 2004.

BORGES, A. L. V.; PIROTA, K. C. M.; SCHOR, N. **Perfil reprodutivo e escolaridade: estudo comparativo entre dois grupos de jovens no Município de São Paulo, 2000 e 2002**. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE POPULAÇÃO. Belo Horizonte- MG: Associação Brasileira de Estudos Populacionais 2004.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1421-1430, 2006.

CAMARANO, A. A. **Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos**. Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro - RJ: Ministério da Saúde/Associação Saúde da Família: 35-46 p. 1998.

CANNON, L. R. C. **Prefácio**. Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família: 9-10 p. 1998.

CARDOSO, F. A. B. **Diagnóstico Molecular das Infecções por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*: avaliação do desempenho do swab vaginal**. . 2010. 92 (Mestrado). Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da UFG, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

CARNIEL, E. D. F. et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, p. 419-426, 2006.

CASTILHO, S. D.; BARRAS FILHO, A. A. Crescimento pós-menarca. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 44, p. 195-204, 2000.

CDC. Teen Pregnancy Prevention 2010-2015. Teenage Pregnancy Prevention: Integrating Services, Programs, and Strategies Through Communitywide Initiatives. 21/04/2011 2011. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/TeenPregnancy/PreventTeenPreg.htm>>. Acesso em: 19 de maio de 2011.

CHALEM, E. et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 177-186, 2007.

CHANDRA, A. et al. Does watching sex on television predict teen pregnancy? Findings from a national longitudinal survey of youth. **Pediatrics**, v. 122, n. 5, p. 1047-54, Nov 2008.

CHIOMA, O. et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 04, 2009.

COATES, V.; SANT'ANNA, M. J. Gravidez na adolescência. In: FRANÇOSO, L. A. G., D.; REATO, L. DE F.N. (Ed.). **Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 7, p.p71-84.

COATES, V.; SANT'ANNA, M. J. C. Gravidez na Adolescência. In: FRANÇOSO, L. A.; GEJER, D., et al (Ed.). **Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência**. São Paulo - SP: Atheneu, 2001. cap. 7, p.71-84.

COLLI, A. S. et al. Semiologia do adolescente. In: SARVIER (Ed.). **Pediatria básica**. 9ª. São Paulo: Marcondes, Eduardo et al, v.Tomo I, 2003. p.157-170.

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZÁN, G. M.; LAMMERS, C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology** v. 192 (2), p. 340-1, 2005.

CORREA, M. G. B. R. M.; COATES, V. Gravidez. In: COATES, V. F., L.A.; BEZNOS, G.W. (Ed.). **Medicina do Adolescente**. São Paulo- SP: Sarvier, 1993. p.p259-262.

CRESPIN, J. Adolescência, Puberdade e Juventude: Alguns Conceitos. In: ROCA (Ed.). **Hebiatria: Medicina da Adolescência**. 1. São Paulo, 2007. cap. 3, p.10-13.

CUNNINGTON, A. J. What's so bad about teenage pregnancy? **J Fam Plann Reprod Health Care**, v. 27, n. 1, p. 36-41, Jan 2001.

DATASUS. [www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/a06.htm](http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/a06.htm). 2007a. Acesso em: 24 nov 2010.

\_\_\_\_\_. [www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/d15.def](http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/d15.def). 2007b. Acesso em: 24 nov 2010.

\_\_\_\_\_. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>. 2011a. Acesso em: 10/05/2011.

\_\_\_\_\_. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>. 2011b. Acesso em: 02 de maio de 2011.

DUARTE, C. M.; NASCIMENTO, V. B.; AKERMAN, M. [Adolescent pregnancy and social exclusion: analysis of intra-urban disparities]. **Rev Panam Salud Publica**, v. 19, n. 4, p. 236-43, Apr 2006.

EAST, P. L.; REYES, B. T.; HORN, E. J. Association between adolescent pregnancy and a family history of teenage births. **Perspect Sex Reprod Health**, v. 39, n. 2, p. 108-15, Jun 2007.

ECA. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasil: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm). Lei nº 8069 1990.

ESCOBAR-CHAVES, S. L. et al. Impact of the media on adolescent sexual attitudes and behaviors. **Pediatrics**, v. 116, n. 1, p. 303-26, Jul 2005.

FRANKLIN, C. et al. Effectiveness of prevention programs for adolescent pregnancy: a meta-analysis. **Journal of Marriage and the Family**, v. 59(3), p. 551-567, 1997.

GAMA, S. G.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL MD MDO, C. [Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income post-partum women]. **Cad Saude Publica**, v. 18, n. 1, p. 153-61, Jan-Feb 2002.

GARCIA, F. L. B. **Prevalência de Sífilis em Adolescentes e Jovens do Sexo Feminino no Estado de Goiás**. 2009. 57 (Mestrado em Epidemiologia). Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade federal de Goiás, Goiânia.

GIGANTE, D. P. et al. Maternidade e paternidade na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 42-50, 2008.

\_\_\_\_\_. Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in southern Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 1, p. 1-10, Jul 2004.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. [I was dead, but came back to life: the meaning of motherhood for adolescent girls with a history of living in the streets]. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 2, p. 469-72, Feb 2008.

GUIMARÃES, E. M. B. **Gravidez na adolescência no Município de Goiânia-GO. Aspectos epidemiológicos e determinação dos fatores de risco: um estudo de caso controle**. 1993. 160f (Doutorado em medicina. Área de concentração: Pediatria). Faculdade de Medicina, USP, São Paulo-SP.

\_\_\_\_\_. **Gravidez na Adolescência**. Goiânia-GO: Editora UFG, 1998. 93p

GUIMARÃES, E. M. B.; COLLI, A. S. **Gravidez na Adolescência**. Goiânia Editora UFG, 1998.

HILLARD, P. J. US adolescent pregnancy rates: declining, but more progress is needed: editorial review. **Curr Opin Obstet Gynecol**, v. 17, n. 5, p. 453-5, Oct 2005.

IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. SOCIAIS, D. D. P. C. D. P. E. I. Rio de Janeiro: IBGE 2009.

\_\_\_\_\_. <http://estados.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=go>. 2011a. Acesso em: 18 de maio de 2011.

\_\_\_\_\_. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>. 2011b. Acesso em: 02 de maio de 2011.

\_\_\_\_\_. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. 2011c. Acesso em: 18 de maio de 2011.

KLEIN, J. D. Adolescent pregnancy: current trends and issues. **Pediatrics**, v. 116, n. 1, p. 281-6, Jul 2005.

LANGILLE, D. B. Teenage pregnancy: trends, contributing factors and the physician's role. **CMAJ**, v. 176, n. 11, p. 1601-2, May 22 2007.

LAWLOR, D. A.; SHAW, M. Too much too young? Teenage pregnancy is not a public health problem. **Int J Epidemiol**, v. 31, n. 3, p. 552-4, Jun 2002.

MACHADO, N. O.; SAITO, M. I.; SZARFARC, S. C. Características sócio-demográficas e reprodutivas de adolescentes atendidas no pós-parto no Instituto da Criança da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 17, p. 1-7, 2007.

MAGALHÃES, M. D. L. C. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, p. 446-452, 2006.

MIRANDA, A. T. C. D.; BOUZAS, I. C. D. S. Gravidez In: (Ed.). **Saúde do adolescente: Competências e Habilidades**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, 2008. p.242-256. (Série B. Textos Básicos da Saúde).

MS. **Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/Aids** SAÚDE, C. N. D. D. A. D. M. D. Brasília: Ministério da Saúde 2006a.

\_\_\_\_\_. **Marco Teórico e Referencial : Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens**. SAÚDE, D. D. A. P. E. S. D. A. À. Brasília-DF Editora do Ministério da Saúde: 56p p. 2006b.

\_\_\_\_\_. **Painel de indicadores do SUS nº1 SUS**, D. D. M. E. A. D. G. D. Brasília- DF: Ministério da Saúde: p19 p. 2008.

\_\_\_\_\_. **20 Anos de Pesquisa sobre Aborto no Brasil**. SECRETARIA DE CIÊNCIA, T. E. I. E. D. D. C. E. T. Brasília: Ministério da saúde 2009a.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da Mulher PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança**. SECRETARIA DE CIÊNCIA, T. E. I. E. D. D. C. E. T. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE 2009b.

\_\_\_\_\_. Brasil acelera redução de gravidez na adolescência. 2010a. Disponível em: < 08/03/2010 >. Acesso em: 05/05/2011.

\_\_\_\_\_. **Gestação de alto risco: manual técnico**. ESTRATÉGICAS, S. D. A. À. S. D. D. A. P. Brasília: Ministério da Saúde 2010b.

\_\_\_\_\_. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. SAÚDE, M. D. Brasília: Ministério da Saúde 2010c.

NEVES, D. C. D. A. **A relação da gravidez com a educação, a profissionalização e a socialização das adolescentes que frequentam o Hospital das Clínicas da UFG**. 2001. 194p (Mestrado em Educação Brasileira). Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

OLIVEIRA, M. W. D. Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. **Cadernos CEDES**, v. 19, p. 48-70, 1998.

OMS. **Saúde Reprodutiva de Adolescentes: uma estratégia de ação**. Genebra: Organização Mundial de Saúde: 25p p. 1989.

\_\_\_\_\_. **Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development** Genebra: Organização Mundial de Saúde 2004.

PEREIRA, A. I. et al. Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: a cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. **Adolescence**, v. 40, n. 159, p. 655-71, Fall 2005.

PETERSEN, R. et al. Pregnancy and STD prevention counseling using an adaptation of motivational interviewing: a randomized controlled trial. **Perspect Sex Reprod Health**, v. 39, n. 1, p. 21-8, Mar 2007.

POIT, M. L. Desenvolvimento Puberal. In: ATHENEU (Ed.). **Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência**. 1ª. São Paulo: Françoso, Lucimar Aparecida; Gejer, Debora; Reato, Lígia de Fátima Nóbrega, 2001. cap. 3º, p.21-32. (Série Atualizações Pediátricas).

RANÑA, W. A criança e o adolescente: seu corpo, sua história e os eixos da constituição subjetiva. In: PSICÓLOGO, C. D. (Ed.). **Psicossoma III**. 1ª. São Paulo: Volich,R.; Ferraz, F.; Ranña,W. , 2003. p.464p.

REATO, L. D. F. N. Desenvolvimento da Sexualidade na Adolescência. In: ATHENEU (Ed.). **Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência**. 1ª. São Paulo: Françoso, Lucimar Aparecida; Gejer, Debora ; Reato, Lígia de Fátima Nóbrega ;, 2001. cap. 1, p.1-9. (Séries Atualizações Pediátricas).

ROMAN, E. P. et al. Antropometria, maturação sexual e idade da menarca de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel (PR). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, p. 317-321, 2009.

ROMERO, K. T. et al. [Adolescent females' knowledge about pregnancy prevention methods and sexually transmitted diseases]. **Rev Assoc Med Bras**, v. 53, n. 1, p. 14-9, Jan-Feb 2007.

SABROZA, A. R. et al. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S130-S137, 2004.

SANTOS JR, J. D. FATORES ETIOLÓGICOS RELACIONADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:VULNERABILIDADE À MATERNIDADE. In: (Ed.). **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, v.I, 1999. p.p223-229.

SCHOLL, T. O.; HEDIGER, M. L.; BELSKY, D. H. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. **J Adolesc Health**, v. 15, n. 6, p. 444-56, Sep 1994.

SIMÕES, V. M. F. et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 559-565, 2003.

SOUSA, M. C. R. D.; GOMES, K. R. O. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 645-654, 2009.

SUZUKI, C. M. et al. Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 17, p. 95-103, 2007.

VIEIRA, L. M. et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, p. 135-140, 2006.

VIEIRA, M. A. et al. Fatores Associados ao Uso do Preservativo em Adolescentes do Gênero Feminino no Município de Goiânia. **Jornal Brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, v. 16 (3), p. 77-83, 2004.

VIEIRA, M. A. S. **Fatores associados ao uso do preservativo masculino relatado pelas adolescentes da região noroeste de Goiânia, Goiás**. 2004. 77p (Mestrado). Ciências da Saúde Convênio Rede Centro-Oeste: UNB, UFG, UFMS, Goiânia- GO.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2467-2472, 2006.

WHO. **Adolescent Pregnancy: Unmet Needs and Undone Deeds**. DEVELOPMENT, D. O. C. A. A. H. A. Geneva: WHO Press: 112p p. 2007.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 279-285, 2007.

YAZAKI, L. M. **A fecundidade no Município de São Paulo e em suas subprefeituras: algumas características do padrão reprodutivo**. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE POPULAÇÃO. Belo Horizonte-MG: Associação Brasileira de Estudos Populacionais 2004.

## ANEXO A

### QUESTIONÁRIO n°1 (Aplicado em Goiânia)

Unidade Básica (bairro): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos completos.
2. Estado civil:
  - 1) ( ) solteira
  - 2) ( ) casada
  - 3) ( ) vive junto
  - 4) ( ) divorciada/desquitada
3. Tem religião?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
4. É praticante?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
5. Pratica qual religião?
  - 1) ( ) Católica
  - 2) ( ) Evangélica
  - 3) ( ) Espírita
  - 4) ( ) Outra igreja
6. Você estuda ou estudou até:
  - 1) ( ) 1ª a 4ª série do 1º grau
  - 2) ( ) 5ª a 8ª série do 1º grau
  - 3) ( ) 2º grau incompleto
  - 4) ( ) 2º grau completo
  - 5) ( ) Curso superior incompleto
  - 6) ( ) Não estudou
20. Sua mãe estudou até:
  - 1) ( ) 1ª a 4ª série do 1º grau
  - 2) ( ) 5ª a 8ª série do 1º grau
  - 3) ( ) 2º grau incompleto
  - 4) ( ) 2º grau completo
  - 5) ( ) Curso superior incompleto
  - 6) ( ) Curso superior completo
  - 7) ( ) Não estudou
  - 8) ( ) Não sei
21. Qual a renda total da sua família?
  - 1) ( ) Menor que 2 salários-mínimos
  - 2) ( ) De 2 a 4 salários-mínimos
  - 3) ( ) De 5 a 10 salários-mínimos
  - 4) ( ) Maior que 10 salários-mínimos
  - 5) ( ) Não sei
22. Você tem algum problema ou preocupação com sua saúde?
  - 1) ( ) Não
  - 2) ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_
23. Você está satisfeita com seu peso?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
24. Se respondeu “não” na resposta anterior, por que não está satisfeita com seu peso?
  - 1) ( ) Acha-se muito magra
  - 2) ( ) Acha-se magra
  - 3) ( ) Acha-se muito gorda
  - 4) ( ) Acha-se gorda

7. Você está satisfeita com sua altura?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
8. Se você respondeu “não” na resposta anterior, por que não está satisfeita com sua altura?
  - 1) ( ) Acha-se muito alta
  - 2) ( ) Acha-se alta
  - 3) ( ) Acha-se muito baixa
  - 4) ( ) Acha-se baixa
9. Você tem alguma outra preocupação com o seu corpo?
  - 1) ( ) Não
  - 2) ( ) Sim.  
Qual? \_\_\_\_\_
10. Você tem algum problema com sua menstruação?
  - 1) ( ) Irregularidade menstrual
  - 2) ( ) Cólica menstrual
  - 3) ( ) Outras.  
Qual? \_\_\_\_\_
  - 4) ( ) Não tem problema
11. Na sua família (pais, irmãos, avós e tios) há algum problema especial de saúde?
  - 1) ( ) Hipertensão arterial (pressão alta)
  - 2) ( ) Diabetes
  - 3) ( ) Alcoolismo
  - 4) ( ) Obesidade
  - 5) ( ) Tabagismo (uso de cigarro)
  - 6) ( ) Outras.  
Qual? \_\_\_\_\_
  - 7) ( ) Não tem problema
12. Você vai bem na escola?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_
13. Você está satisfeita com seu relacionamento com seus pais?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_
14. Você tem cartão de vacina – aquele que é desde a infância?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
15. Você já tomou vacina contra hepatite B?
  - 1) ( ) Sim. Quantas doses? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3
  - 2) ( ) Não
16. Você já transou (relação sexual)?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
17. Você conversa sobre sexo com alguém?
  - 1) ( ) Sim.  
Quem? \_\_\_\_\_
  - 2) ( ) Não
18. Você se sente bem informada sobre sexo?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
19. Assinale as opções que você considera úteis para as adolescentes aprenderem mais sobre sexo:
  - 1) ( ) Conversar com os pais
  - 2) ( ) Conversar com os professores
  - 3) ( ) Discussões em grupos na escola
  - 4) ( ) Conversar com os médicos
  - 5) ( ) Discussões em grupo no Posto de Saúde
  - 6) ( ) Outras.

## ANEXO B

### QUESTIONÁRIO nº3 (Aplicado em Goiânia)

Unidade Básica (bairro): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos completos.
2. Com que idade você teve sua primeira menstruação? \_\_\_\_\_ anos.
3. Qual a data da sua última menstruação?  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
4. Você já teve alguma relação sexual em toda a sua vida?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
5. Com que idade você teve sua primeira relação sexual? \_\_\_\_\_ anos.
6. Data da última relação sexual: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
7. Sua primeira transa foi com:
  - 1) ( ) Namorado
  - 2) ( ) Esposo ou pessoa com a qual você vive junto
  - 3) ( ) Amigo
  - 4) ( ) Prostituto
  - 5) ( ) Estranho/recém-conhecido, outra pessoa
  - 6) ( ) Abuso sexual.
8. Quantos parceiros sexuais você teve durante sua vida? \_\_\_\_\_ parceiros.
9. Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos três meses?
  - 1) ( ) 1
  - 2) ( ) 2
  - 3) ( ) 3
  - 4) ( ) 4 ou mais
  - 5) ( ) Nenhum
10. Você teve um novo parceiro nos últimos três meses?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
11. Nos últimos três meses, você transou com algum parceiro que tinha secreção no pênis, dor ao urinar ou outro tipo de doença sexualmente transmissível (DST)?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
12. Você tem parceiro fixo? (transa só com um parceiro)
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
13. Se a resposta anterior for "sim" – Você costuma transar com outros rapazes quando está namorando?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
14. Nas vezes em que transou, os seus parceiros usaram camisinha?
  - 1) ( ) Sempre (todas as vezes)
  - 2) ( ) Às vezes (mais da metade das vezes)
  - 3) ( ) Raramente (menos da metade das vezes)
  - 4) ( ) Nunca

15. Caso seu parceiro ou seus parceiros não usem camisinha em todas as relações sexuais, cite até três motivos que o(s) levou(aram) a não usar a camisinha.
  - 1) ( ) Nenhum
  - 2) ( ) Custa muito caro
  - 3) ( ) Não sabe ou não tem onde comprar
  - 4) ( ) Tem vergonha de comprar
  - 5) ( ) Não sabe usar
  - 6) ( ) Diminui o prazer
  - 7) ( ) Quebra o clima da transa
  - 8) ( ) É difícil e embaraço de usar
  - 9) ( ) O parceiro não gosta
  - 10) ( ) Tem vergonha de pedir para o parceiro usar
  - 11) ( ) Porque acha que não precisa
  - 12) ( ) Tem medo de ser mal compreendido
  - 13) ( ) Porque sua religião proíbe
  - 14) ( ) Porque confia no parceiro
16. De quanto em quanto tempo você tem relações sexuais?
  - 1) ( ) Diariamente
  - 2) ( ) 2 a 3 vezes por semana
  - 3) ( ) 1 vez por semana
  - 4) ( ) A cada 15 dias
  - 5) ( ) Só de vez em quando
17. Que tipos de transa você já teve?

**Pênis-vagina**

  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não

**Sexo oral (boca nos genitais)**

  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não

**Sexo anal (pênis no ânus)**

  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
18. Você já teve experiência sexual:

**Sexo em troca de dinheiro**

  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não

**Sexo em troca de drogas**

  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não

**Sexo com prostituto**

  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não

**Com pessoa que usa droga injetável**

  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
  - 1) ( )
19. Você acha que seu parceiro tem outras parceiras ao mesmo tempo que está com você?
  - 1) ( ) Sim
  - 2) ( ) Não
  - 3) ( ) Não sei
20. Você já engravidou alguma vez?
  - 1) ( ) Sim. Quantas vezes? \_\_\_\_\_ vezes
  - 2) ( ) Não
21. Qual sua idade na 1ª gravidez? \_\_\_\_\_ anos
22. O que você faz para evitar gravidez?
  - 1) ( ) Anticoncepcional oral
  - 2) ( ) Anticoncepcional injetável
  - 3) ( ) Preservativo (camisinha)
  - 4) ( ) Coito interrompido
  - 5) ( ) DIU
  - 6) ( ) Nada

32. Você tem alguma queixa ginecológica?

33. Sintomas da paciente (seguir manual de campo)

**Corrimento vaginal**

- 1) ( ) Sim  
2) ( ) Não

**Cor**

- 1) ( ) Transparente  
2) ( ) Branco  
3) ( ) Amarelo  
4) ( ) Outra \_\_\_\_\_

**Quantidade**

- 1) ( ) Pouco  
2) ( ) Moderado  
3) ( ) Abundante

**Prurido vulvo- vaginal**

- 1) ( ) Sim  
2) ( ) Não

**Dor Pélvica**

- 1) ( ) Sim  
2) ( ) Não

**Disúria**

- 1) ( ) Sim  
2) ( ) Não

**Feridas ou úlceras genitais**

- 1) ( ) Sim  
2) ( ) Não

34. Há quanto tempo você usa anticoncepcional hormonal? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses.

35. Você costuma fazer lavagem vaginal?

- 1) ( ) Sim  
2) ( ) Não

36. Se você respondeu "sim" na pergunta anterior, então de quanto em quanto tempo você faz a lavagem?

- 1) ( ) Sempre (todas as vezes)  
2) ( ) Às vezes (mais da metade das vezes)  
3) ( ) Raramente (menos da metade das vezes)  
4) ( ) Nunca

37. Você fuma?

- 1) ( ) Não  
2) ( ) Sim, menos de 20 cigarros por dia  
3) ( ) Sim, mais de 20 cigarros por dia

23. Você usa bebida alcoólica?

- 1) ( ) Sim  
2) ( ) Não

24. Você costuma usar bebida alcoólica antes das relações sexuais?

- 1) ( ) Sempre (todas as vezes)  
2) ( ) Às vezes (mais da metade das vezes)  
3) ( ) Raramente (menos da metade das vezes)  
4) ( ) Nunca

25. Você costuma usar drogas ilegais (maconha, cocaína, cola de sapateiro, etc.) antes das relações sexuais?

- 1) ( ) Sempre (todas as vezes)  
2) ( ) Às vezes (mais da metade das vezes)  
3) ( ) Raramente (menos da metade das vezes)  
4) ( ) Nunca

26. Seu parceiro costuma usar bebida alcoólica antes das relações sexuais?

- 1) ( ) Sempre (todas as vezes)  
2) ( ) Às vezes (mais da metade das vezes)  
3) ( ) Raramente (menos da metade das vezes)  
4) ( ) Nunca

27. Seu parceiro costuma usar drogas ilegais (maconha, cocaína, cola de sapateiro, etc.) antes das relações sexuais?

- 1) ( ) Sim  
2) ( ) Não  
3) ( ) Não sei

28. Seu parceiro usou preservativo (camisinha) na última transa?

- 1) ( ) Sim  
2) ( ) Não

29. Algum profissional da saúde já diagnosticou em você alguma doença sexualmente transmissível?

- 1) ( ) Sim  
2) ( ) Não

30. Qual DST? \_\_\_\_\_

31. Você utilizou algum antibiótico nos últimos 15 dias?

- 1) ( ) Sim  
2) ( ) Não

ANEXO C

QUESTIONÁRIO nº1 (Aplicado no interior do estado de Goiás)

<p>PROJETO ADOLESCER COM SAÚDE</p> <p>Questionário 1</p> <p><b>CONFIDENCIAL</b></p> <p>Unidade básica: _____</p> <p>Data da entrevista: ___/___/___</p> <p>NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO:</p> <p><b>Projeto Adolescência com Saúde</b></p>	<p>Data: ___/___/2007.</p> <p style="text-align: center;"><b>PARTE 1</b></p> <p><b>1- Qual a sua idade? _____ anos completos.</b></p> <p><b>2- Estado civil:</b></p> <p>1. ( ) solteira</p> <p>2. ( ) casada</p> <p>3. ( ) vive junto</p> <p>4. ( ) divorciada/desquitada</p> <p><b>3- Tem religião?</b></p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p> <p><b>4- Qual é a sua religião?</b></p> <p>1. ( ) católica</p> <p>2. ( ) evangélica . Qual? _____</p> <p>3. ( ) espírita</p> <p>4. ( ) outra igreja</p> <p><b>5- É praticante? ( mínimo 1 X por mês)</b></p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p>
--	---

<p><b>6- Você estuda ou estudou até:</b></p> <p>1. ( ) 1ª a 4ª série do 1º grau</p> <p>2. ( ) 5ª a 8ª série do 1º grau</p> <p>3. ( ) 2º grau incompleto</p> <p>4. ( ) 2º grau completo</p> <p>5. ( ) curso superior incompleto</p> <p>6. ( ) não estudou</p> <p><b>7- Sua mãe estudou até:</b></p> <p>1. ( ) 1ª a 4ª série do 1º grau</p> <p>2. ( ) 5ª a 8ª série do 1º grau</p> <p>3. ( ) 2º grau incompleto</p> <p>4. ( ) 2º grau completo</p> <p>5. ( ) curso superior incompleto</p> <p>6. ( ) curso superior completo</p> <p>7. ( ) não estudou</p> <p>8. ( ) não sei</p> <p><b>8- Qual a renda total da sua família?</b></p> <p>1. ( ) menor que 2 salários-mínimos</p> <p>2. ( ) de 2 a 4 salários-mínimos</p> <p>3. ( ) de 5 a 10 salários-mínimos</p> <p>4. ( ) maior de 10 salários-mínimos</p> <p>5. ( ) Não sei</p> <p><b>9- Quantas pessoas moram na sua casa?</b></p> <p>_____</p>	<p><b>10- Você tem algum problema ou preocupação com a sua saúde?</b></p> <p>1. ( ) Não</p> <p>2. ( ) Sim. Qual? _____</p> <p><b>11- Você tem algum problema com sua menstruação?</b></p> <p>1. ( ) Irregularidade menstrual</p> <p>2. ( ) Cólica menstrual</p> <p>3. ( ) Outras. Qual? _____</p> <p>4. ( ) Não tem problema</p> <p><b>12- Você vai bem na escola?</b></p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não. Por quê? _____</p> <p><b>13- Você está satisfeita com seu relacionamento com seus pais?</b></p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não. Por quê? _____</p> <p><b>14- Você já tomou vacina contra hepatite B?</b></p> <p>1. ( ) Sim. Quantas doses? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3</p> <p>2. ( ) Não</p> <p><b>15- Você já transou (relação sexual)?</b></p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p>
--	---

**PARTE 2**

16- Com que idade você teve sua primeira relação sexual? \_\_\_\_\_ anos

SEXAR

17- Sua primeira relação sexual foi com:

- 1.( ) namorado
- 2.( ) esposo ou pessoa com a qual você vive junto
- 3.( ) amigo
- 4.( ) prostituto
- 5.( ) estranho/ recém-conhecido, outra pessoa.
- 6.( ) Abuso sexual

PRISEX

18- Quantos parceiros sexuais você teve durante sua vida? \_\_\_\_\_ parceiros

NUPAR

19- Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos três meses?

- 1.( ) 1
- 2.( ) 2
- 3.( ) 3
- 4.( ) 4 ou mais
- 5.( ) Nenhum

NUPAR3

20- Você teve um novo parceiro nos últimos três meses?

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não

NOVPAR

21- Nos últimos três meses, você transou com algum parceiro que tinha secreção no pênis, dor ao urinar ou outro tipo de Doença Sexualmente Transmissível (DST)?

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não
- 3.( ) Não sei

DSTPAR

22- Você tem parceiro fixo?

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não

PARFIX

23- Se a resposta anterior for "sim"- Você costuma transar com outros rapazes mesmo tendo parceiro fixo?

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não

TRAI

24- Nas vezes em que transou, os seus parceiros usaram camisinha?

- 1.( ) Sempre ( todas as vezes)
- 2.( ) Às vezes ( mais da metade das vezes)
- 3.( ) Raramente ( menos da metade das vezes)
- 4.( ) Nunca

CAMIS

25- Caso seu parceiro ou seus parceiros não usem camisinha em todas as relações sexuais, cite até três motivos que o(s) levou(ram) a não usar a camisinha.

- 1.( ) Nenhum
- 2.( ) Custa muito caro
- 3.( ) Não sabe ou não tem onde comprar
- 4.( ) Tem vergonha de comprar
- 5.( ) Não sabe usar
- 6.( ) Diminui o prazer
- 7.( ) Quebra o clima da transa
- 8.( ) É difícil e embaraçoso de usar
- 9.( ) O parceiro não gosta
- 10.( ) Tem vergonha de pedir para o parceiro usar
- 11.( ) Porque acha que não precisa
- 12.( ) Tem medo de ser mal compreendido
- 13.( ) Porque sua religião proíbe
- 14.( ) Porque confia no parceiro

NCAMIS

26- Que tipos de relação sexual você já teve?

**Pênis-vagina**

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não

VAGINA

**Sexo oral (boca nos genitais)**

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não

ORAL

**Sexo anal (pênis no ânus)**

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não

ANAL

27- Você já teve experiência sexual:

a) Sexo em troca de dinheiro

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não

DINHER

b) Sexo em troca de drogas

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não

DROGA

c) Sexo com prostituto

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não

PROST

d) Com pessoa que usa droga injetável

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não

DROINJ

28- Você acha que seu parceiro tem outras parceiras ao mesmo tempo que está com você?

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não
- 3.( ) Não sei

PARTRAI

29- Você já engravidou alguma vez?

- 1.( ) Sim. Quantas vezes? \_\_\_\_\_ vezes
- 2.( ) Não

GRAVID

30- Qual sua idade na 1ª gravidez? \_\_\_\_\_ anos

IDGRAV

31- Seu parceiro usou preservativo (camisinha) na última relação sexual?

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não

ULCAMI

<p><b>32- Algum profissional de saúde já diagnosticou em você alguma doença sexualmente transmissível?</b></p> <p>1.( ) Sim 2.( ) Não 3.( ) Não sei</p> <p><b>33- Qual DST? _____</b></p> <p><b>34- Você utilizou algum antibiótico (oral ou tópico) nos últimos 15 dias?</b></p> <p>1.( ) Sim 2.( ) Não 3.( ) Não sei</p>	<p>DST <input type="checkbox"/></p> <p>ANTIB <input type="checkbox"/></p>
--	---

## ANEXO D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1

#### PROJETO ADOLESCER COM SAÚDE

#### CONSENTIMENTO INFORMADO Nº 1

A Universidade Federal de Goiás, através do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública está realizando uma pesquisa, apoiada pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de estudar alguns problemas de saúde das adolescentes. Se você concordar em participar dessa pesquisa, deverá responder a um questionário que é confidencial, não havendo nenhuma identificação pessoal que estará ligada às suas respostas. E você poderá recusar-se a responder qualquer uma das perguntas feitas. Não haverá nenhum risco para você, uma vez que apenas responderá um questionário. E como benefício terá as orientações sobre possíveis problemas de saúde que possa relatar. Se não desejar participar da pesquisa, será atendida normalmente, de acordo com a rotina do serviço.

#### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Aceito participar da pesquisa acima referida, após ter lido este consentimento e tido oportunidade de fazer perguntas e de refletir sobre as informações que me foram dadas. Minha participação é inteiramente voluntária.

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Responsáveis pela pesquisa:

\_\_\_\_\_  
Maria de Fátima Costa Alves  
Professora Associada IPTSP-UFG  
Laboratório de Biologia Molecular e Imunologia  
aplicadas às Doenças Infecciosas  
Fone: (62)3209-6119

\_\_\_\_\_  
Eleuse Machado de Britto Guimarães  
Professora Titular-UFG/ Médica de adolescentes  
Fone: (62) 3209-6119

\_\_\_\_\_  
Coordenadora local

Fone \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_

COLAR ETIQUETA AQUI

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

## ANEXO E

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2

#### PROJETO ADOLESCER COM SAÚDE CONSENTIMENTO INFORMADO Nº 2

Prezada jovem,

Existem alguns micróbios que podem dar infecção na vagina e útero e, muitas vezes, não dão sintomas. Mas apesar disso, se não forem tratados poderão dar complicações como, por exemplo, infecção das trompas, levando à incapacidade de engravidar. Daí a importância do seu diagnóstico. Por esta razão, a Universidade Federal de Goiás através do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública está realizando esta pesquisa (apoiada pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde), para poder diagnosticar estas infecções e tratar as pacientes que estiverem infectadas e assim, evitar que elas apresentem as possíveis complicações.

Como se trata de uma pesquisa, necessitamos que você dê seu consentimento para responder a um questionário confidencial e também para a coleta do material para os exames laboratoriais.

Queremos lhe esclarecer que você realizará exames simples: 1) primeiro, fará um exame de urina que será colhida por você mesma, depois de orientada como fazer. 2) também fará coleta de secreção vaginal e sangue. Durante o procedimento pode ocorrer um pequeno sangramento no seu braço, que aparecerá sob a forma de uma mancha roxa. Quanto aos benefícios, você terá um diagnóstico de certeza, quanto às possíveis infecções, o que provavelmente não aconteceria se você não realizasse esses exames e será tratada quando necessário.

Esclarecemos ainda que você terá o direito de saber os resultados dos exames realizados e de obter resposta a qualquer dúvida sobre esse estudo. Informamos que seu nome será mantido em segredo e que somente participará da pesquisa se você quiser. Se não desejar participar da pesquisa, será atendida normalmente de acordo com a rotina do serviço. E se quiser interromper sua participação no estudo poderá fazê-lo no momento que desejar.

#### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Aceito participar da pesquisa acima referida, após ter lido este consentimento e tido oportunidade de fazer perguntas e de refletir sobre as informações que me foram dadas.

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Responsáveis pela pesquisa:

**Maria de Fátima Costa Alves**  
Professora Associada IPTSP-UFG  
Laboratório de Biologia Molecular e Imunologia aplicadas às  
Doenças Infecciosas  
Fone: (62)3209-6119

**Eleuse Machado de Britto Guimarães**  
Professora Titular-UFG/ Médica de adolescentes  
Fone: (62) 3209-6119

COLAR ETIQUETA AQUI

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

ANEXO F

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (GOINIA)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA HC/UFG. N<sup>o</sup> 081/2001 Em: 31/10/2001

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Prof<sup>a</sup> Maria de Fátima Costa Alves.

TÍTULO: "Estudo das doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes do Distrito Sanitário Noroeste do Município de Goiânia: Prevalência e validação do Diagnóstico de Cervicite por Escore de Risco e Exame Ginecológico".

Área Temática: Grupolll

Patrocinador:

Número do Estudo do Patrocinador:

Comunicamos- lhe (s) que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal HC/UFG, analisou e aprovou o protocolo de pesquisa n<sup>o</sup> CEPMHA/HC/UFG 081/2001, bem como o termo de consentimento livre e esclarecido, e estes foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes.

  
PROF. LUIZ ANTONIO ZANINI  
Coordenador do CEPMHA HC/UFG.

## ANEXO F

### APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CIDADES GOIANAS)

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 086/05

Goiânia, 24/11/2005

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Prof. Maria de Fátima Costa Alves

TÍTULO: "Estudo da prevalência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em adolescentes e jovens do sexo feminino do Estado de Goiás"

Área Temática: Grupo III

Local de Realização – IPTESP/UFG

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal, após a análise das respostas adequadas às solicitações, este CEPMHA/HC/UFG, aprovou sem restrições o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ Não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

**Prof. Joffre Rezende Filho**  
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG