

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

OLIVAN SILVA QUEIROZ

DETERMINANTES SOCIAIS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM MUNICÍPIO
DE MÉDIO PORTE NO NORDESTE DO BRASIL: UM ESTUDO PROSPECTIVO

FORTALEZA
2010

OLIVAN SILVA QUEIROZ

DETERMINANTES SOCIAIS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM MUNICÍPIO
DE MÉDIO PORTE NO NORDESTE DO BRASIL: UM ESTUDO PROSPECTIVO

Dissertação submetida à Coordenação do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

FORTALEZA

2010

Q45d Queiroz, Olivan Silva

Determinantes sociais da gravidez na adolescência em município de médio porte no nordeste do Brasil: um estudo prospectivo/ Olivan Silva Queiroz. – Fortaleza, 2010.

83 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Mestrado em Saúde Pública. Fortaleza, CE.

1. Gravidez na Adolescência. 2. Estudos Prospectivos I. Barreto, Ivana Cristina de Holanda Cunha (orient.) II. Título.

CDD:618.24

OLIVAN SILVA QUEIROZ

DETERMINANTES SOCIAIS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM MUNICÍPIO
DE MÉDIO PORTE NO NORDESTE DO BRASIL: UM ESTUDO PROSPECTIVO

Dissertação submetida à Coordenação do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.
Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Ana Cecília Silveira Lins Sucupira
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. José Wellington de Oliveira Lima
Universidade Estadual do Ceará

Profa. Dra. Zenilda Vieira Bruno
Universidade Federal do Ceará

Eu, flecha,
dedico este trabalho a meus pais, arco,
a Ana Helena, mira
e ao povo brasileiro, alvo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço àqueles que contribuíram direta e indiretamente para a elaboração e execução dessa pesquisa:

À Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral, representada pelo atual gestor, Carlos Hilton Albuquerque, pelo apoio na realização desse trabalho.

Às coordenadoras da Atenção Primária de Sobral, Socorro Melo, Cristiane e Izabelle, pela mobilização dos gerentes e agentes comunitários de saúde.

A todos os Agentes Comunitários de Saúde, que se dedicaram a vasculhar seus território em busca do paradeiro daquelas crianças de 2000, hoje adolescentes.

A todos os Gerentes dos Centros de Saúde da Família de Sobral, que apoiaram os agentes de saúde nessa busca e atuaram como pontes entre o pesquisador e os ACSs.

Aos meus colegas de trabalho do CSF do Padre Palhano, representados pela gerente Giovana Grécia, bem como à população desse bairro, pela compreensão das ausências nos momentos das disciplinas e na reta final desse trabalho.

Aos meus colegas professores da UFC, e preceptores da residência, pelo apoio quando foi necessário.

A Léo Nepomuceno, companheiro de reflexões, que com sua simplicidade e paciência ajudou a clarear meus objetivos.

À Adriana Xavier, pela assessoria estatística e Juliana Brito, bolsista alimentadora dos dados.

Ao prof. Alberto Novaes, pelas minuciosas contribuições no momento da qualificação.

Ao prof. José Wellington, pela disponibilidade nos momentos cruciais desse trabalho.

À profa. Ana Cecília Sucupira, pelo fundamental apoio e co-orientação.

À profa. Zenilda Bruno, pelas sugestões e disponibilidade em contribuir com a pesquisa.

À Dominik e Zenaide, pela paciência e apoio durante todo esse período do mestrado.

À profa. Ivana, orientadora e colega de trabalho, pelo estímulo constante para a conclusão de mais essa etapa profissional.

Aos meus pais, Osmar e Lúcia que sempre acreditaram e investiram em mim.

À minha esposa Ana Helena, primeira a ler o que escrevo, por às vezes pegar na minha mão.

De modo muito especial, agradeço a todas as jovens que participaram dessa pesquisa.

“Todos os homens nascem iguais,
mas é a última vez que o são”

Abraham Lincoln

RESUMO

Esse estudo tem por objetivo identificar associações entre a gravidez na adolescência e alguns determinantes sociais na saúde, relacionados às condições sócio-demográficas, escolaridade, religião e trabalho em adolescentes na zona urbana de Sobral-CE, município de médio porte no nordeste do Brasil. Caracteriza-se por estudo prospectivo, realizado com 903 adolescentes, pertencentes a uma amostra original de 1.638 meninas de 5 a 9 anos de idade, de pesquisa realizada em 2000, na cidade. Buscou-se identificar quantas haviam engravidado nesse intervalo de 10 anos. Das encontradas, 19,5% haviam engravidado pelo menos uma vez na vida, incluindo os abortos. A média de idade daquelas que engravidaram, levaram a gravidez ao termo e lembravam a data do parto (N=159) foi de 17,2 anos. Foi realizada análise bivariada, encontrando uma associação da gravidez na adolescência com a idade atual (OR 1,6; IC95% 1,3-1,8); com a repetência de série (OR=2,0; IC95%: 1,4-3,1); com realização de atividade laboral (mesmo não remunerada) (OR= 2,4; IC95%: 1,7-3,4); além do caráter protetor da maior renda familiar *per capita* (OR= 0,6; IC95%: 0,5-0,8) e escolaridade da mãe da adolescente (OR= 0,5; IC95%: 0,4-0,7), principalmente aquelas que estudaram até o ensino médio ou graduação universitária. Após análise multivariada, permaneceram no modelo as variáveis idade atual, única dentre os determinantes individuais, evidenciando que o aumento na idade da adolescente, aumenta em 50% a chance de engravidar (OR= 1,5; IC95%: 1,3-1,8); morar na zona urbana da sede do município, que aumentou em 90% a chance de engravidar (OR= 1,9; IC95%: 1,1-3,4) e o fato de realizar algum trabalho, com aumento de 80% (OR=1,8; IC95%: 1,2-2,6), exemplos de determinantes intermediários em saúde. Surgiram como fatores protetores a renda familiar *per capita*, com diminuição de 30% de chance de gravidez precoce naqueles com maior renda (OR= 0,7; IC95%: 0,6-0,8) e a escolaridade da mãe da adolescente, que diminui em 40% tal chance (OR= 0,6; IC95%: 0,5-0,9), esses representantes dos determinantes macro-econômicos da pesquisa. Desse modo, a gravidez antes dos 20 anos de idade, entre adolescentes da zona urbana de Sobral (CE), esteve associada a fatores determinantes individuais, como a idade; intermediários, como o trabalho infantil e a zona de residência; e estruturais, como a renda familiar *per capita* e a escolaridade de suas mães.

Palavras-chave: Gravidez na Adolescência. Determinantes em Saúde. Estudo Prospectivo.

ABSTRACT

The aim of the study was to identify associations between teenage pregnancy and some social determinants on health related to socio-demographic, education, religion and labor in adolescents in the city of Sobral-CE, medium-sized municipality in northeast Brazil. This was a prospective study, conducted with 903 adolescents belonging to an original sample of 1638 girls 5-9 years of research conducted in 2000 in the city. We tried to identify how many had become pregnant in the interim 10 years. Of those found, 19.5% had become pregnant as least once in life, including abortion. The average age of those who became pregnant, the pregnancy led to the term and remember the date of delivery (N = 159) was 17.2 years. Analysis was performed, finding an association of teenage pregnancy with current age (OR 1.6, 95% from 1.3 to 1.8), with the repetition of the series (OR = 2.0, 95% CI: 1.4 to 3.1) with performance of work activity (even unpaid) (OR = 2.4, 95% CI 1.7 to 3.4) beyond the protective character of the highest per capita income (OR = 0.6, 95% CI 0.5 to 0.8) and education of the mother of a teenager (OR = 0.5, 95% CI: 0.4-0.7), especially those who studied until high school or university graduate. After multivariate analysis, included the variables age at present, only one of the individual determinants, indicating that the increase in the age of adolescent, 50% increase in the chances of pregnancy (OR = 1.5, 95% CI: 1.3 to 1.8); live in the urban area of headquarters of the city, which increased by 90% the chance of becoming pregnant (OR = 1.9, 95% CI 1.1-3.4) and the fact some work, an increase of 80% (OR = 1.8, 95% CI 1.2 to 2.6), examples of the intermediate determinants of health. Emerged as protective factors in family income, which decreased 30% chance of pregnancy in those with higher income (OR = 0.7, 95% CI 0.6 to 0.8) and education of the mother of the teenager, who decreases by 40% this chance (OR = 0.6, 95% CI: 0.5-0.9), these representatives of the determinants of macro-economic research. Thus, the pregnancy before 20 years of age, adolescents between the village of Sobral (CE), was associated with individual factors such as age, intermediaries such as child labor and area of residence, and structural, such as family income and schooling of their mothers.

Keywords: Teenager Pregnancy. Determinants of Health. Prospective Study.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS e FLUXOGRAMAS

FIGURA 1.	Modelo de Determinantes Sociais em saúde de Dahlgren-Whitehead	17
QUADRO 1.	Taxa de fecundidade na adolescência (mulheres de 15 a 19 anos) na América Latina e Caribe e variação, 1970-75 e 1990-95.....	24
GRÁFICO 1.	Taxa de nascimentos por 1.000 mulheres com idade de 10 a 19 anos, segundo estados e regiões - Brasil, 2004.....	25
GRÁFICO 2.	Proporção de partos em menores de 19 anos em Sobral- CE, entre 1996 e 2006 (%).....	26
GRÁFICO 3.	Mortalidade materna por faixa etária (óbitos na faixa etária por 100.000 nascidos vivos na faixa etária) entre 2003 e 2007 no Ceará	28
QUADRO 2.	Taxa de mortalidade infantil proporcional, por faixa etária, entre 2003 e 2007, no estado do Ceará, Brasil (óbitos em < 1 ano, na faixa etária / 1.000 nascidos vivos, na faixa etária).....	29
FIGURA 2.	Divisão geopolítica do município de Sobral –CE.....	32
FLUXOGRAMA 1.	Estudo sobre morbidade em crianças de 5 a 9 anos de idade da zona urbana do município de Sobral (CE) – Fluxograma da pesquisa.....	34
FLUXOGRAMA 2.	Determinantes sociais da gravidez na adolescência em município de médio porte no nordeste do Brasil: um estudo prospectivo - Fluxograma da Pesquisa.....	36
QUADRO 3.	Principais achados relacionados com a gravidez na adolescência observados nos artigos de referência (compilação do autor).....	68

LISTA DE TABELAS

1. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo área adscrita da Estratégia Saúde da Família no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2010.	39
2. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo determinantes individuais de saúde, zona urbana de Sobral - CE, 2010.	40
3. Distribuição da idade aproximada por ocasião do parto entre as adolescentes que engravidaram. 2010	41
4. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo determinantes ambientais da saúde prevalentes no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, em 2000.	42
5. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo determinantes sócio-econômicos (intermediários) prevalentes no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, em 2000.	43
6. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo frequência à escola e repetência no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.	44
7. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo exposição ao trabalho infantil no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.	45
8. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo história prévia de desnutrição no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.	45
9. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo consumo de serviços de saúde no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.	46
10. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo sentimentos e comportamentos durante a gestação de suas mães, identificados no momento da avaliação médica, zona urbana de Sobral - CE, 2000.	47
11. Distribuição de uma amostra de 757 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, examinadas durante infância, para sinais de puberdade, identificados no momento da avaliação médica, zona urbana de Sobral - CE, 2000.	48
12. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo determinantes individuais (determinantes proximais) da saúde, zona urbana de Sobral - CE, 2010.	49
13. Distribuição de uma amostra de 757 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo sinais de puberdade identificados no momento da avaliação médica, zona urbana de Sobral - CE, 2000.	50

14. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo determinantes ambientais da saúde prevalentes no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.	51
15. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo frequência à escola e repetência no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.	51
16. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo exposição ao trabalho infantil no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.	52
17. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo consumo dos serviços de saúde no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.	53
18. Distribuição de uma amostra de 757 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo sentimentos e comportamentos durante a gestação de suas mães, identificados no momento da avaliação médica, zona urbana de Sobral - CE, 2000.	53
19. Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo determinantes sócio-econômicos e culturais prevalentes no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000	54
20. Modelo de regressão logística (por grau de importância) com 815 adolescentes, nascidas entre 1990 e 1994, na zona urbana de Sobral-CE, 2010	57
21. Modelo de regressão logística multivariado (análise bruta e análise ajustada)	58

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	DETERMINANTES SOCIAIS E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	15
2.1	Determinantes sociais em saúde (DSS)	15
2.2	Adolescência	18
2.2.1	Sexualidade na adolescência.....	20
2.2.2	Iniciação sexual	21
2.3	Gravidez na adolescência	22
2.3.1	Macro-determinantes sociais da gravidez na adolescência	26
2.4	Justificativa e relevância	28
3	OBJETIVOS	31
3.1	Objetivo Geral	31
3.2	Objetivos específicos	31
4	METODOLOGIA	32
4.1	Contexto do estudo	32
4.2	Desenho do estudo	33
4.3	População e amostra do estudo	33
4.4	Procedimentos	34
4.5	Variáveis e desfechos estudados	35
4.6	Métodos estatísticos	36
4.7	Aspectos bioéticos	37
5	RESULTADOS	38
5.1	Perfil das adolescentes estudadas	38
5.2	Análise bivariada	48
5.2.1	Determinantes individuais	49
5.2.2	Determinantes intermediários	50
5.2.3	Determinantes distais	54
5.2	Análise multivariada	55
6	DISCUSSÃO	59
6.1	Perfil das adolescentes	59
6.2	Associação dos fatores	60
6.2.1	Idade	61
6.2.2	Renda familiar <i>per capita</i>	62
6.2.3	Trabalho infantil	63
6.2.4	Escolaridade da mãe	65
6.2.5	Zona de residência	66
6.3	Limitações do estudo	70
7	CONCLUSÃO	71
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICES	78

1 INTRODUÇÃO

Após a formatura, tomei o caminho de trabalhar na atenção primária à saúde, como médico em uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), no interior do estado do Ceará. O trabalho, a princípio intuitivo, baseado na experiência observada no hospital universitário, centrado nas diversas patologias discutidas no curso de medicina, aos poucos foi ganhando aporte teórico necessário para reconhecer ambiente científico frutífero, gerador diário de questionamentos.

Passados alguns anos, como professor do curso de medicina e pós-graduando na saúde pública, vi-me impelido a escolher dentre tais questionamentos um em que pudesse me aprofundar e deixar contribuição para ciência, e para outros profissionais como eu.

Fui testemunha da frequência com que adolescentes chegavam ao serviço para realizar exames de gravidez, consultas de pré-natal, atendimentos de puericultura. Vivenciei algumas dificuldades características na abordagem dessa faixa etária, tanto por parte das jovens, das suas famílias, quanto das equipes. Sabia que o planejamento familiar era “boicotado” por elas, que teimavam em aparecer grávidas na unidade. Fui convidado para realizar intervenções em escolas, a maioria das vezes pouco eficientes diante do quadro que se mostrava. Baseado no senso comum, explicava as principais conseqüências que o fenômeno trazia na individualidade de cada jovem mãe e na sociedade em geral. Dizia dos riscos que o recém-nascido corre advindo de gravidez precoce.

Começamos, então, como equipe de atenção primária, a tentar identificar fatores que influenciavam na epidemiologia da gravidez adolescente, tanto para nos municiarmos de ferramentas efetivas na prevenção, quanto para otimizarmos a abordagem do assunto na prática clínica.

Dessa inquietação surge esse trabalho...

Se antes engravidar nos primeiros anos da juventude não era problema, era inclusive incentivado, após a emancipação feminina e sua crescente inserção no mercado de trabalho, ter um filho nesse período é considerado danoso ao futuro da mãe. Além disso, o senso comum encarregou-se de manter a ideia que a gravidez na adolescência traria maiores complicações, obstétricas e pediátricas, e que, por isso deve ser evitada.

A literatura aponta para alguns fatores que influenciam a ocorrência da gravidez precoce, dentre eles determinantes sociais em saúde, ou seja, elementos mais amplos que

aspectos individuais. A partir dessa compreensão, a ocorrência da gravidez na adolescência em uma população pode estar relacionada a determinantes individuais, tais como idade; determinantes intermediários, como as condições de moradia, e determinantes estruturais, como a renda familiar. Identificar esses fatores favorece o planejamento e execução de ações voltadas para prevenção e o melhor acompanhamento da gravidez nessa faixa etária.

A presente pesquisa buscou identificar associações entre a gravidez na adolescência e alguns determinantes sociais na saúde, relacionados às condições sócio-demográficas, escolaridade, religião e trabalho em adolescentes na zona urbana de Sobral-CE. Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde adequadas às necessidades da população adolescente de Sobral e que auxilie as equipes da atenção primária na atuação nos territórios junto a esse público.

2 DETERMINANTES SOCIAIS E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

2.1 Determinantes Sociais em Saúde (DSS)

Para explicação do processo saúde-doença prevaleceu a teoria miasmática, desde o século V a.C., quando Hipócrates debatia a influência “das águas, ares e lugares” nas doenças, até meados do século XIX. Conseguia-se de alguma forma trazer a discussão sobre a relação dos novos processos de urbanização e industrialização na situação de saúde das pessoas.

Na metade final do século XIX, quando pesquisadores como Pasteur e Koch associaram a contaminação por microorganismos às patologias, começou-se a repensar a determinação de fatores socioeconômicos, com a hegemonia (até os dias atuais) do paradigma bacteriológico, o que estabeleceu o conceito de saúde pública destinada a controlar doenças específicas e deixando para segundo plano a relevância dos determinantes sociais nas relações entre saúde e doença.

No entendimento de Villar (2007) fatores como o desgaste do neoliberalismo no desenvolvimento e os tensionamentos dos danos gerados na saúde pela iniquidade socioeconômica, foram importantes desencadeadores da retomada do tema dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) à pauta mundial. De acordo com Paulo Buss e Alberto Pellegrini Filho (2007, p. 78), os DSS são “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.”

Um dos traços mais marcantes da situação de saúde no Brasil e no mundo são as iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos: sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias (CARVALHO; BUSS, 2008). Diferenças assustadoras entre indicadores de saúde são observadas entre os países, como por exemplo, a mortalidade na infância (< 5 anos de idade), que varia de 316 óbitos por mil nascidos vivos em Serra Leoa, a 3 por mil na Islândia, 4 por mil na Finlândia e 5 por mil no Japão. Da mesma forma, dentro dos próprios países, as iniquidades geram distorções na saúde, como os 20 anos de diferença na expectativa de vida dos norte-americanos mais pobres e os mais ricos (MARMOT, 2005).

Aunque con frecuencia no las vemos, las desigualdades en salud están en todas partes. Las desigualdades... Son enormes... especialmente entre quienes menos tienen... Son progresivas... y no sólo se producen entre los más pobres. Aumentan... aunque cambian a lo largo del tiempo. Se modifican... sobre todo se reducen entre quienes están mejor. Cambian... y por tanto no son fijas e inevitables (BENACH; MUNTANER, 2005, p. 71).

Em março de 2006 ocorreu a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais na Saúde (CNDSS) no Brasil, primeiro país a fazê-lo, um ano após a sugestão da Organização Mundial de Saúde. Os objetivos da comissão eram gerar informações e conhecimento sobre os DSS, construir a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias de governo e sociedade civil sobre o tema. Da comissão da OMS resultou um relatório internacional (WHO, 2008) e da comissão brasileira surgiu, em dois anos, um relatório norteador de ações que interferissem nessas “causas das causas” (CNDSS, 2008).

[...]In other words, action on the social determinants of health is necessary not only to improve health but also because such improvement will indicate that society has moved in a direction of meeting human needs. There is a great deal of dogmatic dispute about the rights and wrongs of economic and social policies. People use labels— globalization, neoliberal economic policies—as badges of allegiance and terms of abuse. The Commission will have one basic dogma: policies that harm human health need to be identified and, where possible, changed. From this perspective, globalization and markets are good or bad in so far as the way they are operated affects health. (MARMOT, 2005, p.1103)

Buss e Pellegrinni Filho (2007), integrantes da CNDSS do Brasil, explicam que se pode identificar três gerações de estudos, quando se trata das iniquidades em saúde: a primeira que descrevia as relações entre pobreza e saúde; a segunda que, baseada nos critérios de estratificação econômica, descrevia as desigualdades em saúde; e a terceira que estuda os mecanismos de produção dessas iniquidades, ou “como a estratificação econômico-social consegue ‘entrar’ no corpo humano?”

Vários modelos explicativos da determinação social foram estudados durante a construção do tema. Um dos modelos adotados pela CNDSS foi o de Dahlgren e Whitehead (Figura 1), que tenta esquematizar em camadas as relações entre diversos fatores que influenciam no aparecimento das doenças (CNDSS, 2008). Segundo eles, na base do modelo está o **indivíduo**, com seus aspectos da idade, sexo e hereditariedade; logo acima está a camada que trata do **estilo de vida**, na transição entre os fatores individuais e os DSS; na camada seguinte encontram-se as **redes de apoio social**, cuja coesão é fundamental para a saúde da sociedade; bem acima estão os determinantes **intermediários**, referentes às condições de vida e trabalho, como o acesso a alimentos e serviços essenciais; e finalmente, na última camada, os determinantes **distais**, ou **macrodeterminantes**, que dizem respeito aos fatores econômicos, sociais e culturais, influentes em todas as outras camadas (BUSS; PELLEGRINNI FILHO, 2007).



Figura 1 – Modelo de Determinantes Sociais em saúde de Dahlgren-Whitehead

Pode-se atuar apenas nos fatores individuais (e na maioria das vezes é essa a proposta do modelo biomédico), sob pena da baixa eficácia e esgotamento das políticas de saúde. No máximo se consegue atuar na mudança de hábitos (e talvez de comportamentos), avançando timidamente nas camadas de determinantes sociais.

São cada vez mais necessárias atuações intersetoriais na busca de políticas para fortalecimento de redes comunitárias e participativas, organização de ações coletivas para melhoria da situação de saúde e qualidade de vida como condições de habitação, emprego, alimentação, educação e lazer. O grande desafio é caminhar para a atuação na camada mais distal do modelo, nos macrodeterminantes, com a defesa da sustentabilidade, refletindo nas políticas de mercado e trabalho, proteção ambiental, promoção de cultura de paz e solidariedade para, finalmente, redução das desigualdades sociais e econômicas e suas consequências (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

2.2 Adolescência

Cada sociedade elege uma forma e um momento de transformar uma criança em adulto. Em nossa sociedade ocidental construímos um padrão de sociabilidade que passou a incluir, em tempos recentes, uma fase intermediária chamada **adolescência**. Essa fase é mais psicológica do que biológica e cumpre um papel de adiar essa mudança de infância para a vida adulta. Porque adiar essa nova fase? Para postergar o início das funções produtivas, tanto pelo desemprego quanto pela necessidade de especialização cada vez maior para inserção no mercado de trabalho (RANGEL, 1999; VILLELA; DORETO, 2006).

Rangel (1999) afirma, porém, que esse processo não se dá de forma homogênea entre os diferentes estratos sociais. As camadas mais altas da hierarquia social, dentro da sociedade industrial moderna, são dependentes do sistema educacional para alongar a adolescência de seus filhos, ficando nessa indefinição juvenil por períodos até maiores que 10 anos (RANGEL, 1999; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). Já nas classes sociais menos favorecidas esse fenômeno se inverte e exige que crianças menores de 10 anos abandonem a escola para contribuir no orçamento familiar. Essa adolescência é, portanto, vivenciada de maneira diferente entre as classes sociais distintas e não obedece a critérios claros nessa passagem. Nas sociedades indígenas, por exemplo, essa não é uma fase nem psicológica nem social porque não é necessária. No momento em que o corpo está apto para a procriação e realização das funções laborais características de seu gênero cabe à sociedade a realização dessa passagem, lançando mão de ritos de iniciação que encerram o processo de educação básica e completam a socialização do indivíduo, sem possibilidade de retorno à fase anterior. (RANGEL, 1999)

Segundo Papalia, Olds e Feldman (2006, p. 440), em geral considera-se que, biologicamente, a adolescência tem início com a puberdade, “[...] processo que conduz à maturidade sexual ou fertilidade, ou seja, a capacidade de reprodução”. Nesse caminho, essas mudanças físicas aceleradas e o amadurecimento cognitivo, aliados à necessidade psicológica e social de auto-afirmação, exercem influência sobre o comportamento dos indivíduos (WHO, 2006). Mesmo indo de encontro ao que tradicionalmente se afirma dos adolescentes, trabalhos como o de Assis *et al.* (2003) mostram que os adolescentes têm uma visão positiva de si próprios, na maioria das vezes definida por humor, alegria, satisfação com o corpo, características de uma fase da vida em que a esperança e o otimismo são muito valorizados, apesar das transformações físicas e emocionais do período.

Cronologicamente a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o período da adolescência entre os 10 e 20 anos (WHO, 1965, p.3). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no art. 2º, considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (ECA, 1990).

A OMS estima que 1,21 bilhões de pessoas no mundo estejam entre 10 e 19 anos, e que essa população continuará crescendo até 2040, quando atingirá 1,23 bilhões (WHO, 2006). A população adolescente no Brasil, segundo o último censo do IBGE, corresponde aproximadamente a 35 milhões de pessoas, 21% da população nacional (DATASUS, 2009)¹.

No Ceará, de acordo com o IBGE, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2007)², 10,88% da população tinha de 10 a 14 anos e 10,19%, de 15 a 19 anos, totalizando 21,07% de adolescentes no estado, ou 1.725.000 pessoas nessa faixa etária. A cidade de Sobral responde por 2% desse total, com 18.667 habitantes entre 10 e 14 anos e 16.705 entre 15 e 19 anos, numa proporção de 12,02% e 10,75% da população total, respectivamente, de acordo com o censo de 2001 do IBGE. Portanto, a proporção de adolescentes moradores de Sobral seria 22,79% da população, ou seja, 35.000 pessoas. Lançando mão da estimativa de 2007, os adolescentes do município já totalizam aproximadamente 40.000 dentro um universo de 176.895 habitantes (IBGE).

No Brasil, dentre os adolescentes de 15 a 17 anos, dividindo-se a renda familiar per capita em quintos, observa-se através do IBGE (2008) que 76,3% do primeiro quinto (mais pobre) está frequentando a escola, enquanto que 93,6% do quinto mais rico o faz. Esse valor, calculado no Ceará, mostra 72,8% do 1º quinto e 85,5% do 5º quinto frequentando a escola, uma diferença de 12 pontos percentuais entre os mais pobre e os mais ricos.

Tal desigualdade é muito mais evidente quando se comparam os jovens de 18 a 24 anos de idade, quando deveriam frequentar uma graduação ou curso técnico. No Brasil, apenas 25,3% dos jovens do 1º quinto ainda conseguem manter-se estudando enquanto que 50% daqueles pertencentes ao 5º quinto de renda frequentam alguma instituição de ensino. No Ceará somente 22,9% dos jovens do 1º quinto se mantêm estudando, enquanto que 43,3% daqueles do 5º quinto ainda o fazem, diferença de mais de 20 pontos percentuais entre as duas classes (IBGE, 2008).

¹ Informações obtidas na base de dados DATASUS, disponível em www.datasus.br, acessado em 14 de Abril, 2009.

² Informações obtidas na base de dados do IBGE, disponível em www.ibge.gov.br, acessado em 17 de Abril, 2009.

2.2.1 Sexualidade na adolescência

Apesar de presentes em todo o desenvolvimento da criança, desde a amamentação, é na puberdade que o ser humano intensifica suas sensações sexuais e torna-se apto a concretizar sua sexualidade (TAQUETTE, 2008). É nesse período em que a maioria das pessoas começa a explorar sua sexualidade e ter relações sexuais (WHO, 2006; GUZMÁN; CONTRERAS; HAKKERT, 2001).

No contexto da homogeneização de comportamentos e estilos de vida que caracteriza a sociedade contemporânea, ser 'jovem' significa mais do que uma delimitação etária: ser jovem é ser novo e inovador, projetado para o futuro; juventude é beleza, leveza, humor, responsabilidade, coragem, ousadia e... sexo. (VILLELA; DORETO, 2006, p.2467)

Desde o início da era cristã a sexualidade é vista como algo perigoso e, por isso, exige controle, trazendo castigos para quem infringe suas regras. Por tal motivo, os jovens são desde tempos remotos considerados “descontrolados” ou “passando dos limites” (VILLELA; DORETO, 2006).

Segundo a teoria sobre a sexualidade elaborada por Freud, e até hoje citada pela maioria dos autores, o desenvolvimento sexual se daria em cinco fases, dependendo de onde se localizaria a principal fonte de prazer: oral, no primeiro ano de vida; anal, no segundo ano; fálico, entre o terceiro e sexto ano de vida; latência, do sétimo ano até a puberdade; e genital, a partir da puberdade. Após um período de latência, sem localização específica de região anatômica com a primazia do prazer, a criança chega à puberdade e experimenta um aumento do desejo sexual, brusco e intensamente bombardeado que está pelos estímulos hormonais, bem como pelo contexto social. As masturbações reaparecem, desta feita não mais como atividade auto-erótica da fase fálica, mas como atividade sexual, em que se pensa em alguém, imaginando um ato sexual. Esta é a fase genital, como denominado por Freud (TAQUETTE, 2008).

De acordo com a idade do adolescente, o comportamento sexual se modifica. Durante a adolescência inicial (10 a 14 anos) as transformações biológicas ditam o ritmo. Os adolescentes se comparam uns com os outros e aqueles que ainda não se desenvolveram sentem-se inferiorizados. Já aqueles completamente desenvolvidos podem se sentir incomodados e, às vezes, envergonhados no contato com os outros. Nessa etapa a sexualidade ainda é indiferenciada e a masturbação é a conduta sexual mais freqüente.

Na adolescência média (15 a 16 anos), com a maior aceitação das mudanças físicas, o jovem fica mais à vontade e muitas vezes inicia um relacionamento amoroso (namoro ou “fica”), com carícias progressivas que culminam na relação sexual genital. A sexualidade contribui com a auto-estima do jovem e faz parte do desenvolvimento da sua identidade sexual.

Geralmente durante a adolescência tardia (17 a 20 anos) já está estabelecida a identidade sexual, com a busca de um relacionamento mais duradouro e único. O jovem mais maduro psicologicamente caminha para uma independência econômica da família (TAQUETTE, 2008).

De acordo com Foulcaut (1988 *apud* TAQUETTE; VILHENA, 2008) a sexualidade constitui o pilar sobre a qual se assenta a própria sociedade e consiste num dispositivo de poder, estando fortemente impregnada de relações assimétricas entre os sexos e revelando de forma contundente as relações entre o biológico e o social.

Taquette e Vilhena (2008), estudando trabalhadoras de 15 a 18 anos, observaram que existe uma suposição entre elas de que se deve iniciar as atividades sexuais nesse período, o que dentro de um grupo de iguais pode ser influenciador de amigos(as) virgens a fazê-lo. Essa tendência grupal dos adolescentes, na tentativa de conquistar sua identidade é característica fundamental para compreendermos o que acontece. Alfonso e Días (2003 *apud* TAQUETTE; VILHENA, 2008) falam dessa influência do grupo nas decisões dos jovens, maior do que a própria família. Eles afirmam que a atividade sexual se transformou numa norma, considerada pela maioria como necessária ser realizada nessa busca pela aceitação do grupo.

2.2.2 Iniciação Sexual

A entrada na vida sexual é um processo de experimentação física e relacional, que se estende até depois da primeira relação sexual. Nesse período são conformadas regras de comportamento e atribuídos *status* diferenciados aos parceiros, segundo os diversos tipos de relacionamento, tais como o **namoro** (mais tradicional) e o “**ficar**” (modalidade com menor compromisso entre os parceiros). Aquino *et al.* (2003) não encontraram gravidez dentre as adolescentes que afirmaram apenas ter “ficado” com alguém. No entanto, ocorreram casos entre aquelas que declararam ter apenas namorado.

Em um estudo transversal realizado em 13 capitais brasileiras, Abramovay, Castro e Silva (2004) identificaram que mais da metade dos jovens do sexo masculino iniciou sua

vida sexual entre 10 e 14 anos. Em Fortaleza (CE), 57,5% dos homens pesquisados iniciaram entre 10 e 14 anos, enquanto que 42,5% o fizeram entre 15 e 19 anos. Na média brasileira, a maioria das mulheres teve sua primeira relação sexual entre 15 e 19 anos. Em Fortaleza, foram 71% delas que haviam iniciado nessa faixa etária. Houve um percentual de 2,2% de mulheres que iniciou a vida sexual entre 20 e 24 anos, bem como 26,7% o fizeram entre 10 e 14 anos, na capital cearense.

Em estudo de prevalência, Borges, Latorre e Schor (2007), pesquisando 383 adolescentes de uma unidade básica de saúde de São Paulo, constatou que a idade, a exclusão do sistema educacional, estar namorando ou ter tido namorado anteriormente, e a flexibilidade ou concordância da mãe em ter relações sexuais foram fatores associados na influência do primeiro intercurso sexual nos adolescentes do referido estudo. Evidencia-se também associação entre o nível sócio-econômico e a idade de início da vida sexual. Segundo alguns autores, adolescentes de nível sócio-econômico mais baixo iniciam sua vida sexual mais precocemente (LEON, 2008; VILLELA; DORETO, 2006). Também aqueles com menos anos de estudo, e que não ascenderam economicamente durante a vida (GONÇALVES *et al.*, 2008).

O início da vida sexual é um marco na saúde reprodutiva e sexual do indivíduo, inserindo-o no grupo vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo (BORGES, 2007). Entre 1998 e 2008 foram notificadas no Ceará 7.293 pessoas com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), das quais 146 (2%) tinham entre 10 e 19 anos no período da notificação. Desse total, 96 adolescentes foram notificados após exposição sexual (homo ou heterossexual), correspondendo a 65,75% dos casos de AIDS em adolescentes, o que mostra a importância dessa modalidade de transmissão do HIV entre os jovens (DATASUS, 2009).

O início das atividades sexuais antes dos 15 anos é, por fim, estatisticamente significativo como fator de risco para gravidez e aborto na adolescência (AMORIM *et al.*, 2009; AQUINO *et al.*, 2003).

2.3 Gravidez na adolescência

Heilborn *et al.* (2002), em pesquisa com adolescentes de três capitais brasileiras, no braço antropológico, trazem a idéia de que a gravidez adolescente caminhará na contramão da **emancipação feminina**, trabalhada na sociedade desde a década de 1960. No

momento em que a mulher conquista o mercado de trabalho, desvincula a sexualidade da reprodução e alcança certa igualdade dos direitos diante das questões de gênero, considera-se um “grande desperdício” no usufruto dessas conquistas a situação em que uma jovem se torna mãe. No entanto, eles chamam a atenção de que esse fenômeno deve também ser analisado pelo prisma da estratificação social: seria realidade para todas as classes sociais tal emancipação feminina? Os prejuízos que alteram o circuito social de quem engravida precocemente seriam os mesmos para ricos e pobres? Sem fazer tal questionamento a sociedade, usando do senso comum, teria elaborado a idéia do “problema” da gravidez adolescente, até metade do século XX ainda não concebido como tal. Isso traria para o assunto a **visibilidade** que hoje se apresenta, encarado como questão de saúde pública.

Fazendo um panorama mundial da gravidez entre adolescentes, e utilizando a taxa de fecundidade na adolescência como indicador, observamos na maioria dos países desenvolvidos exemplos de taxas estimadas em 12 nascimentos por mil mulheres entre 15 e 19 anos (Holanda, Itália e Espanha), 20 a 50 por mil (Europa ocidental, Canadá e Austrália) e superiores a 50 por mil, caso dos estados Unidos (GUZMÁN; CONTRERAS; HAKKERT, 2001). Importante lembrar que em alguns desses países essa taxa pode ser mascarada pela alta incidência de abortamentos induzidos.

Quando observamos a situação da América Latina e Caribe, na década de 1990, vê-se um primeiro grupo de países com taxas acima de 100 nascimentos por mil adolescentes (basicamente os países da América Central, onde questões culturais sobre casamento e fecundidade são fundamentais); um segundo grupo com taxas entre 75 e 100 por mil (dentro do qual o Brasil de encontrava); e um grupo com taxas abaixo de 75 por mil, composto por Cuba, Trindade e Tobago, Barbados, Guiana, Suriname, Chile e Argentina (GUZMÁN; CONTRERAS; HAKKERT, 2001).

Observa-se no Quadro 1 que durante o período 1970-75 até 1990-95, em alguns países houve uma variação positiva dessa taxa de fecundidade entre adolescentes, sendo o Brasil, dentre os apresentados, o de maior variação (20,6%). Heilborn *et al* (2002) retomam que um outro fator que contribuiria para o aumento da visibilidade dada à gravidez na adolescência decorreria desse aumento da **fecundidade** adolescente, que diverge da diminuição dessa fecundidade nas outras faixas etárias nos últimos 40 anos, quando se iniciou a transição demográfica brasileira.

Nos dados de 2004, o Brasil aparece com uma taxa de nascimentos de 72 por mil adolescentes entre 15 e 19 anos (635.014 partos numa população de 8.756.385 mulheres nessa faixa etária), uma redução de 12% em relação aos valores de 1995. Essa fecundidade equivale

a 12% dessas jovens, cerca de 1 milhão de mães com pelo menos um filho, em 2004 (BARBOSA, 2008).

Quadro 1 – Taxa de fecundidade na adolescência (mulheres de 15 a 19 anos) na América Latina e Caribe e variação, 1970-75 e 1990-95.

País	Taxas de fecundidade 15-19 anos (por mil)		
	1970-75	1990-95	% de variação
Argentina	68,3	69,7	2,0
Barbados	87,4	50,5	-42,2
Belize	146,9	117,0	-20,4
Bolívia	94,7	94,0	-0,7
Brasil	68,3	82,4	20,6
Chile	84,1	67,3	-20,0
Colômbia	89,9	92,0	2,3
Costa Rica	105,8	89,0	-15,9
Cuba	140,7	67,2	-52,2
Equador	120,0	79,4	-33,8
El Salvador	150,6	123,0	-18,3
Guatemala	143,0	126,4	-11,6
Guiana	98,0	65,9	-32,8
Haiti	65,7	76,0	15,7
Honduras	150,8	126,5	-16,1
Jamaica	140,0	100,3	-28,4
México	116,3	76,6	-34,1
Nicarágua	157,9	157,2	-0,4
Panamá	134,6	90,7	-32,6
Paraguai	95,8	95,0	-0,8
Peru	86,3	74,5	-13,7
Rep. Dom.	116,7	91,2	-21,9
Suriname	110,0	52,0	-52,7
Trindade Tobago	87,5	54,6	-37,6
Uruguai	65,4	70,5	7,8
Venezuela	102,6	101,4	-1,2

Fonte: Estimativas realizadas com base em Projeções Nacionais de população dos países da CELADE e pesquisas demográficas de saúde (DHS). Traduzido de Guzmán, Contreras e Hakkert, 2001.

A taxa de fecundidade entre as adolescentes de 10 a 19 anos também é heterogênea entre os estados brasileiros. A pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) mostra essa desigualdade (Gráfico 1), evidenciando valores acima da média nacional (35,8 nascimentos por 1.000 adolescentes de 10 a 19 anos) nos estados da região Norte (com taxa de 53,7 por mil), Nordeste (40,1 por mil) e Centro-Oeste (40,5 por mil). As menores taxas foram observadas em Minas Gerais e São Paulo (respectivamente 27,4 e 28,2 por mil).

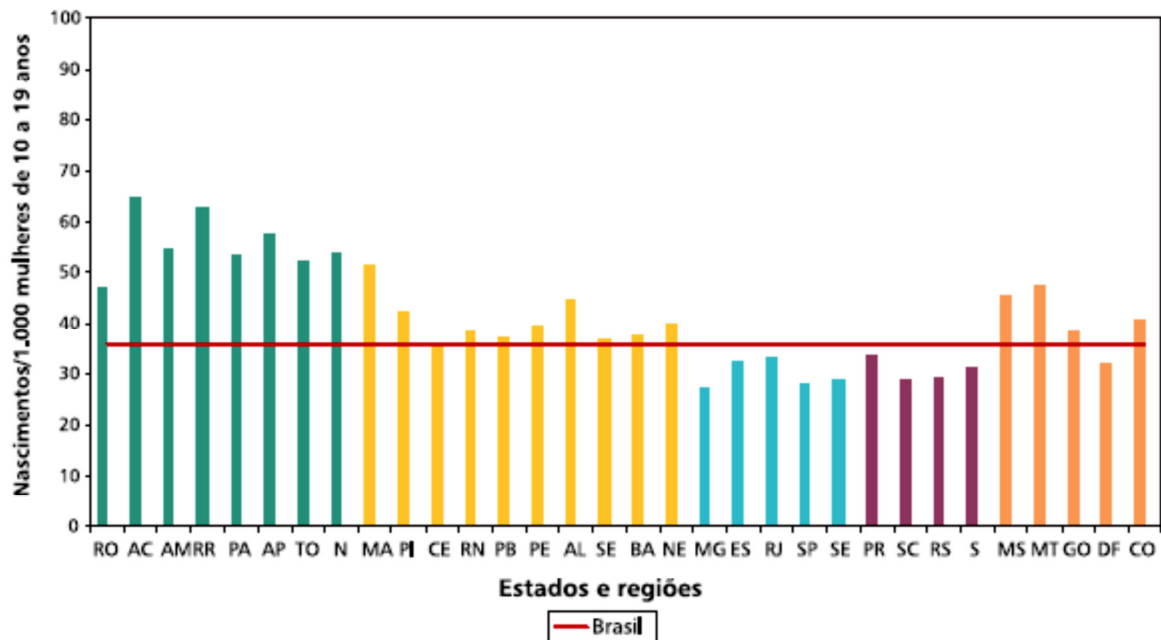


Gráfico 1- Taxa de nascimentos por 1.000 mulheres com idade de 10 a 19 anos, segundo estados e regiões - Brasil, 2004

Fonte: Sinasc/SVS/MS e IBGE. (BRASIL, 2006b).

Utilizando os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), verificamos um número de 28.361 nascimentos em mães de 15 a 19 anos, no Ceará, no ano de 2007. Nesse mesmo ano estima-se que existia no estado uma população de 252.708 adolescentes dessa mesma faixa etária (PNAD, 2008). Isso revela uma taxa de fecundidade adolescente de 122 por mil adolescentes entre 15 e 19 anos, no Ceará em 2007.

Outro indicador, a proporção de partos em menores de 20 anos, no Brasil foi de 20,12%, no ano de 2007, segundo o IBGE (2009). Oito por cento desses partos se deu em menores de quinze anos. Em outros países em desenvolvimento, como Costa Rica, Cuba, Chile e Uruguai, em 2004, a porcentagem de gestações em adolescentes mantinha-se em torno de 16 a 18%. Em países desenvolvidos como Canadá, Suécia, Alemanha e França, este valor

chegava aos 3%, com exceção dos Estados Unidos, com 9% de partos em menores de 20 anos (DARROCH, 1999).

No estado do Ceará, esse número não foi muito diferente do Brasil, alcançando o patamar de 20,72% do total de partos (IBGE, 2009). Na cidade de Sobral, dos 3.169 partos ocorridos no ano de 2006, em mulheres residentes no município, 25,84% foram nessa mesma faixa etária (DATASUS, 2009). Realizando uma série histórica entre 1996 e 2006 constatamos uma tendência de aumento da proporção de partos em menores de 19 anos em Sobral (Gráfico 2), o que não ocorre nas outras faixas etárias.

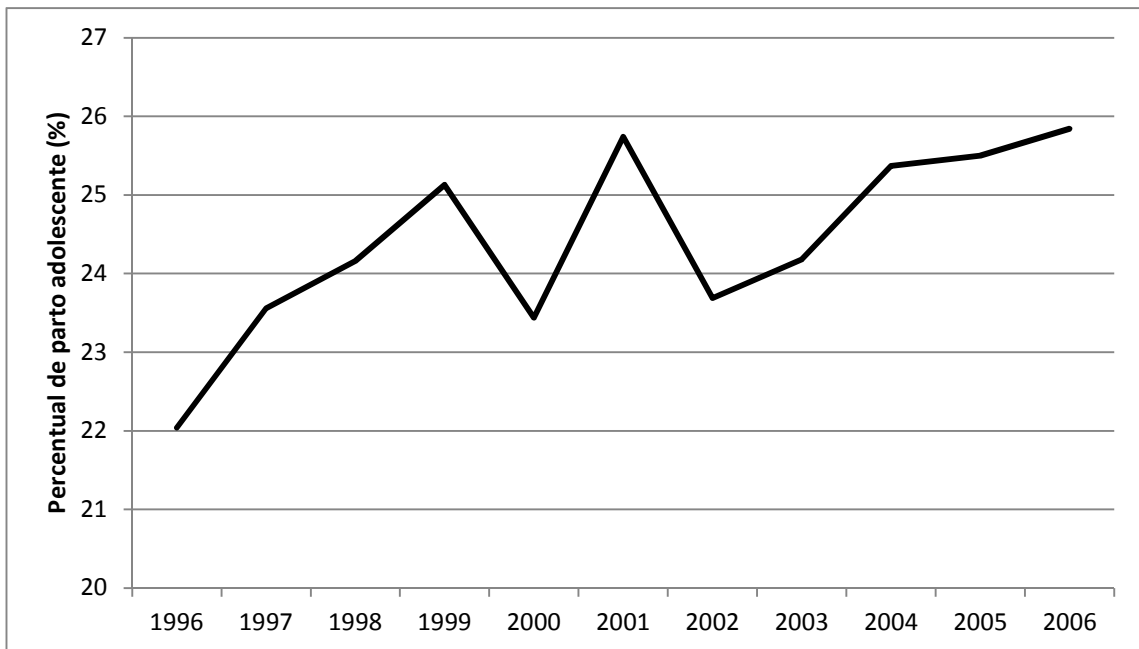


Gráfico 2 – Proporção de partos em menores de 19 anos em Sobral- CE, entre 1996 e 2006 (%)

Fonte: Construído pelo autor através do DATASUS, 2009

2.3.1 Macro-determinantes sociais da gravidez na adolescência

Desde quando se estuda a gravidez na adolescência, intenciona-se correlacioná-la às vulnerabilidades das condições socioeconômicas.

Guzmán, Contreras e Hakkert (2001) mostram que além da heterogeneidade entre os países, existem várias diferenças entre estados e municípios, dentro desses países. Eles apresentam em estudo ecológico algumas variáveis que evidenciam iniquidades relacionadas à maternidade adolescente. As adolescentes que moram na zona rural aparecem com taxas

maiores de fecundidade. Países como o Paraguai, Peru, Bolívia e Colômbia chegam a ter taxas duas vezes maiores nas áreas rurais que nas urbanas. Os dados ecológicos mostram também que a taxa de fecundidade entre as adolescentes varia significativamente quando se comparam diferentes níveis educacionais, faixas de renda e grupos étnicos

Con la excepción de Haití, todos los demás países muestran que sistemáticamente a medida que se mejora la situación del hogar, medida por la ubicación de éste en quintiles de pobreza, la fecundidad adolescente disminuye fuertemente. La pobreza es por tanto un factor de riesgo importante, lo que subraya la importancia del contexto socioeconómico en que vive la familia como un factor determinante tanto para una fecundidad adolescente temprana como posiblemente para una educación más baja. (GUZMÁN; CONTRERAS; HAKKERT, 2001, p. 405-407)

Num outro estudo, um híbrido de corte transversal e ecológico, realizado pelo Ministério da Saúde utilizando todos os registros do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) de 2004, buscou-se encontrar fatores associados a ser mãe com idade entre 10 e 14 anos. Após a análise multivariada, permaneceram no modelo variáveis individuais, como a raça/cor negra do bebê (extrapolado para a raça/cor da mãe, estas quando da raça negra, apresentaram risco 50% mais alto de tornar-se mãe antes dos 14 anos); e ecológicas, como residir em município de pequeno porte (menos de 100.000 habitantes), onde a proporção de pessoas com renda mensal abaixo de meio salário mínimo seja superior a 25%, ou esteja fora da região sudeste (BRASIL, 2006b).

É convergente a ideia de causa e consequência da baixa escolaridade na gravidez adolescente. Na pesquisa de Aquino *at al.* (2003), por exemplo, o nascimento de um filho antes dos vinte anos causou impacto no percurso escolar das mães adolescentes: 25% delas interromperam temporariamente e 17,3% definitivamente seus estudos no primeiro ano após o parto. No entanto, 42% delas já se encontravam fora da escola por outros motivos.

Em Sobral, de 819 mulheres entre 10 e 19 anos que pariram em 2006, 45 (5,5%) tinham de 0 a 4 anos de estudo formal, 390 (47,6%) tinham de 4 a 7 anos de estudo e 356 (43,4%) tinham de 8 a 11 anos de estudo (DATASUS, 2009).

Assim como os fatores individuais e comportamentais, tais como idade, desenvolvimento sexual, início da atividade sexual, número de parceiros e uso de métodos contraceptivos, fatores ainda mal-delimitados, das condições de vida, aspectos macro-estruturais e socioculturais são influenciadores da resultante filho na adolescência. De maneira geral negligenciados, os determinantes sociais devem retornar à pauta de discussões, não só nesse mas em todos os temas relacionados à saúde.

2.4 Justificativa e Relevância

Para inclusão de adolescentes e jovens nas políticas de saúde, principalmente nos aspectos da saúde sexual e reprodutiva, são necessárias novas perguntas sobre a realidade dessas pessoas, respeitando e considerando seus olhares, opiniões e propostas (BRASIL, 2006a). Quanto à características do fenômeno da gravidez adolescente ainda restam muitas dessas questões a serem elaboradas. Uma delas pode ser assim elaborada: “Porque a gravidez na adolescência deve ser considerada relevante para a saúde pública e por isso deve ser estudada?”

Ainda existe controvérsia no fato da gravidez adolescente aumentar os riscos de complicações obstétricas, perinatais e neonatais (YAZLLE, 2002). A taxa de mortalidade materna no Ceará, entre os anos de 2003 e 2007, e a taxa de mortalidade materna entre adolescentes e entre mulheres adultas, mostra que o risco de morte por causas relacionadas a gravidez, parto ou puerpério é menor quando a mulher está na faixa etária entre 10 e 19 anos (Gráfico 3). A mortalidade na adolescência sempre foi mais baixa e tende a diminuir no estado, se comparado com a mortalidade adulta.

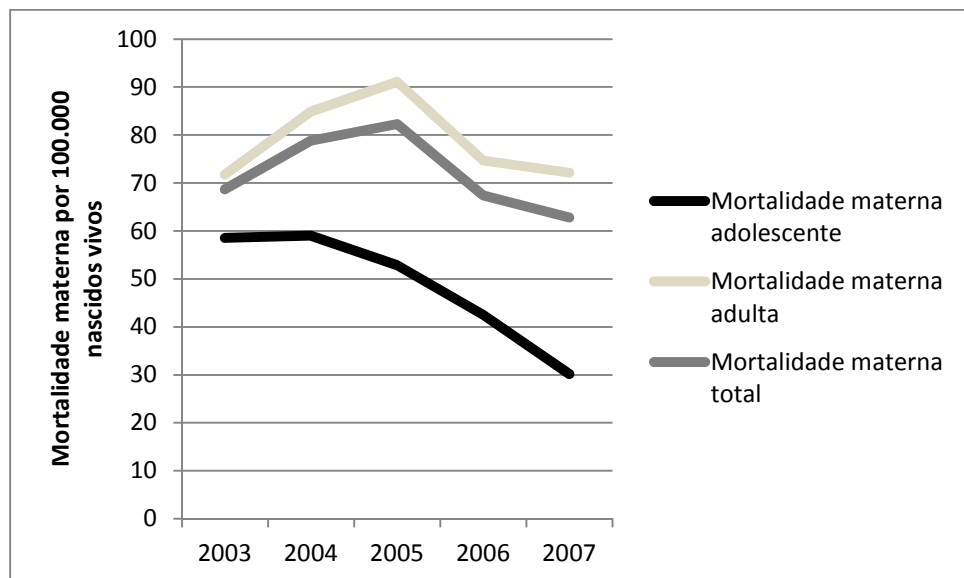


Gráfico 3 - Mortalidade materna por faixa etária (óbitos na faixa etária por 100.000 nascidos vivos na faixa etária) entre 2003 e 2007 no Ceará

Fonte: DATASUS

A taxa de mortalidade infantil é proporcionalmente maior dentre as mães adolescentes. No Ceará, nos anos 2003 e 2007, a taxa de mortalidade infantil foi

consideravelmente maior na faixa etária de 10 a 19 anos (Quadro 2). Esse aumento também é observado no outro extremo de idade, em mulheres acima de 40 anos.

Mesmo levando em conta a distorção do menor denominador, ou seja, menor número de nascidos vivos naquela faixa etária, é importante observarmos a importante diferença entre as taxas das mães adultas jovens e as adolescentes.

Quadro 2 - Taxa de mortalidade infantil proporcional, por faixa etária, entre 2003 e 2007, no estado do Ceará, Brasil (óbitos em < 1 ano, na faixa etária / 1.000 nascidos vivos, na faixa etária)

Ano	Idade da mãe				Total
	10 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 44 anos	
2003	23,9	10,2	12,8	24,0	25,0
2004	18,2	10,5	11,6	18,0	22,4
2005	16,6	9,5	10,4	20,7	18,3
2006	23,3	10,9	11,6	22,5	18,0
2007	25,4	10,5	12,2	24,6	16,1

Fonte: Construído pelo autor, DATASUS, 2010

Markovitz *et al.* (2005) encontraram um risco maior para mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal entre mães adolescentes de 12 a 17 anos do estado de Missouri, Estados Unidos, com OR=1.43 (IC95%: 0.98-2.08) e OR=1.73 (IC95%: 1.14-2.64), respectivamente. Eles mostraram também que quando ocorre algum serviço de proteção social a essas mães o risco de mortalidade neonatal diminui, mas o pós-neonatal permanece alto.

Alguns trabalhos não viram associação significativa entre o peso do recém-nascido e a idade da mãe (KASSAR, 2005). Por exemplo, das 246 crianças que nasceram com peso menor que 2.500g, em 2006, 81 (32,92%) eram de mães menores de 20 anos; sete crianças (2,84%) filhos de menores de 15 anos (DATASUS, 2009). O risco relativo para baixo peso ao nascimento em partos de adolescentes, em 2006, em Sobral, foi RR= 1,42.

Um agravante já aparece bem documentado na literatura: a associação de gravidez adolescente com a qualidade insatisfatória do pré-natal. A gravidez na adolescência diminui o número de consultas no pré-natal, o que interfere na efetividade do acompanhamento. Esse pré-natal insatisfatório é que poderia explicar a relação com o baixo peso ao nascer (KASSAR, 2005).

Em 2007, de todas as mulheres que tiveram filhos nascidos vivos no estado do Ceará, com idade entre 10 e 19 anos, 8,8% tiveram menos de 4 consultas no pré-natal (quantidade insuficiente de acordo com o Organização Mundial de Saúde), valor pouco maior que aquelas com idade entre 20 e 29 anos e 30 e 39 anos, respectivamente 7,18% e 6,97%. No mesmo período, compareceram a mais de 7 consultas 48% e 49% daquelas de 20 a 29 e 30 a 39 anos, respectivamente, enquanto que apenas 42,9% das adolescentes conseguiram tal assiduidade no pré-natal (DATASUS, 2010).

Esses números, na cidade de Sobral, refletem uma melhor organização nos serviços de saúde, com captação melhor de gestantes, aumentando o número de consultas. Porém, a diferença das gestantes adolescentes para as outras faixas etárias permanece. Em 2007, foram a mais de 7 consultas 78,1% das gestantes menores de 19 anos, enquanto que 81% e 82% daquelas entre 20-29 e 30-39, respectivamente, alcançaram esse número.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar associações entre a gravidez na adolescência e alguns determinantes sociais na saúde, relacionados às condições sócio-demográficas, escolaridade e trabalho em adolescentes na zona urbana de Sobral-CE.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil das adolescentes que haviam participado do estudo transversal realizado em 2000 em Sobral / CE e que engravidaram ou não durante a adolescência.
- Analisar associações entre variáveis selecionadas do estudo transversal de 2000 e a variável dicotômica “ter engravidado durante a adolescência” e “não ter engravidado durante a adolescência”.

4 METODOLOGIA

4.1 Contexto do estudo

Sobral é um município localizado na região noroeste do estado do Ceará, distante 224Km da capital, Fortaleza. Com clima sertanejo, quente e seco na maioria dos meses do ano, não apresenta solo propício para aproveitamento agrícola, sendo a indústria, o comércio e a prestação de serviços as grandes atividades econômicas.

De acordo com estimativas do IBGE, do Censo 2000, Sobral dispunha de 155.276 habitantes na virada do milênio, sendo 86,6% residentes na zona urbana e 13,4% na zona rural, distribuídos em 11 distritos (Figura 2). Com uma população predominantemente jovem, 48% dos habitantes estavam entre a faixa etária de 0 a 19 anos. A mortalidade infantil em Sobral, no final de 2002, estava em 18,9 óbitos por mil nascidos vivos (SUCUPIRA, 2003), pouco abaixo do índice nacional (19,2 por mil) e bem inferior ao valor do estado do Ceará (24,1 por mil).

Atualmente, Sobral possui 180.046 habitantes, segundo estimativa da população residente calculada pelo IBGE em 1º de Julho de 2008 (IBGE, 2009).

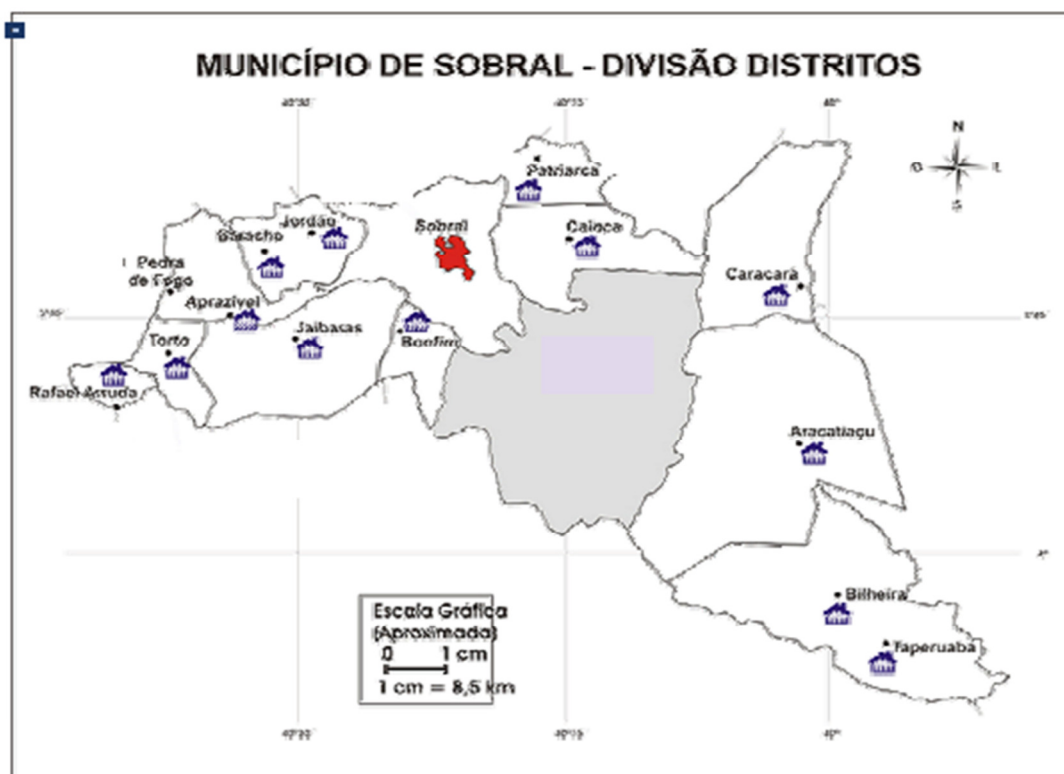


Figura 2 – Divisão geopolítica do município de Sobral -CE

4.2 Desenho do estudo

Na atual pesquisa, as variáveis independentes foram colhidas no passado, no estudo transversal de 2000 (SUCUPIRA, 2004; BARRETO, 2006). Foi feita uma abordagem posterior aos mesmos indivíduos, verificando a situação para o desfecho “ter (ou não) engravidado na adolescência”, em seguida sendo analisadas associações entre tais variáveis. Foram identificadas as jovens que chegaram a ter um ou mais filhos nascidos vivos e as que não levaram a cabo a gravidez, com abortamento ou morte fetal. A população da amostra foi pareada para o sexo, idade, município de residência, desde a pesquisa de 2000.

Trata-se, assim, de um estudo exploratório, analítico, de natureza quantitativa, individuado, observacional, prospectivo, do tipo coorte.

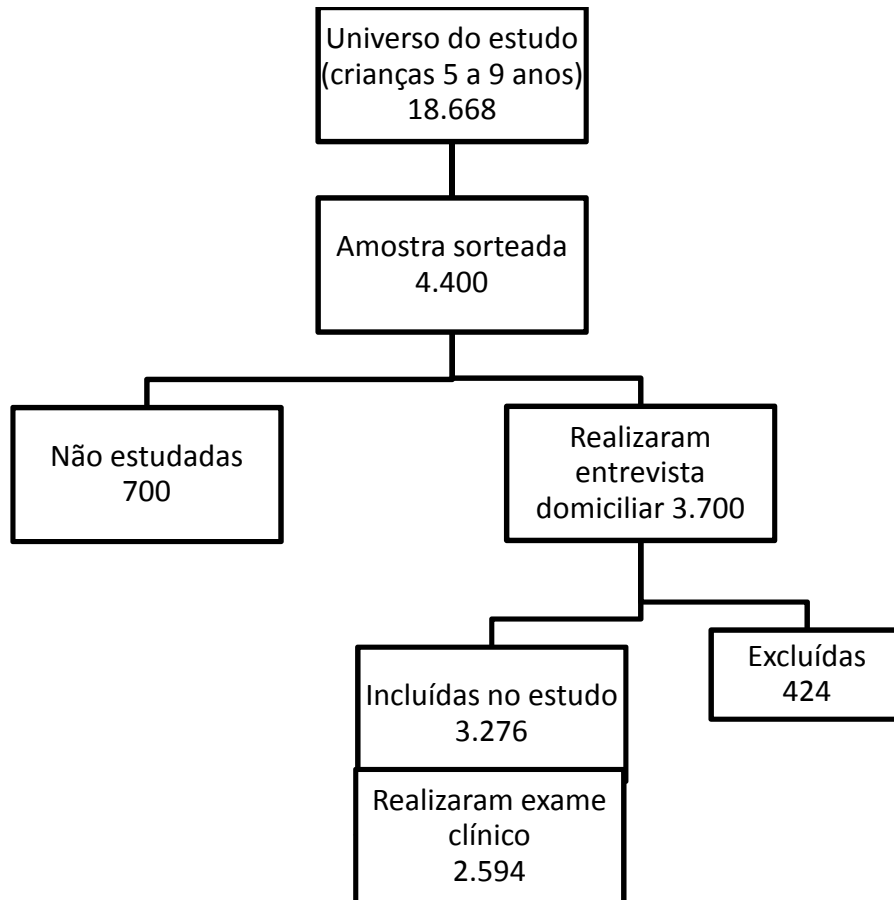
O propósito do estudo de coorte é classificar os indivíduos em dois ou mais grupos para ser medida a frequência da doença (ou alguma situação) nesses grupos (ROTHMAN, 1986). “Os grupos são formados por ‘observação’ das situações, na vida real” (PEREIRA, 1995, p. 273). Essa observação permite o cálculo da **incidência** do evento, bem como a razão e a diferença desse risco entre os expostos ou não ao fator.

4.3 População e amostra do estudo

A amostra original foi feita a partir de sorteio aleatório, estratificado por ano de nascimento, baseados nos cadastros elaborados pelas equipes de saúde da família. Foi incluída apenas uma criança por domicílio, nascida entre 1990 e 1994, à época, portanto, entre 5 e 9 anos de idade (BARRETO, 2006).

Em 2000 havia uma estimativa de 18.668 crianças entre 5 e 9 anos de idade. Foram sorteadas 4.400 crianças, das quais 700 foram excluídas por diversos motivos e 3.700 foram entrevistadas no domicílio. Durante a entrevista era agendada consulta posterior na unidade de saúde, quando foram examinadas 2.594 crianças. Durante a digitação, conferência e análise, foram excluídas mais 424 entrevistas, incompatíveis com os critérios de inclusão. A amostra final foi de 3.276 crianças, sendo exatamente a metade (1.638) do sexo feminino (Fluxograma 1).

A presente pesquisa utilizou essa amostra disponível de 1.638 meninas como ponto de partida para o estudo prospectivo.



Fluxograma 1 – Estudo sobre morbidade em crianças de 5 a 9 anos de idade da zona urbana do município de Sobral –CE

Fonte: Barreto (2006)

4.4 Procedimentos

A primeira atividade foi a localização das participantes do estudo transversal de 2000 para posterior identificação daquelas que haviam ou não engravidado nesse período de 10 anos. Para isso utilizou-se as equipes da Estratégia Saúde da Família do município, principalmente o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e toda sua capilaridade, fundamental para tal objetivo.

Foram confeccionados formulários individuais (Anexo A) e identificados com nome, nome da mãe, data de nascimento e endereço advindos do banco de dados do estudo transversal de 2000. Além disso, incluíram-se as perguntas: (1) “Com que **idade** você **menstruou** pela primeira vez?” e (2) “Você já **engravidou** na vida?”.

Foram entregues tais formulários em todas as unidades de saúde. Antes disso, houve um esforço de envolvimento dos profissionais com apresentação do projeto de pesquisa em reunião mensal das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e em reunião semanal dos gerentes de Centros de Saúde da Família do sistema, onde foram apresentados e discutidos os formulários e esclarecidas as dúvidas. Em algumas unidades estratégicas, mais populosas, foram realizadas visitas sequenciadas na intenção de reforçar a importância da pesquisa e efetiva coleta dos dados.

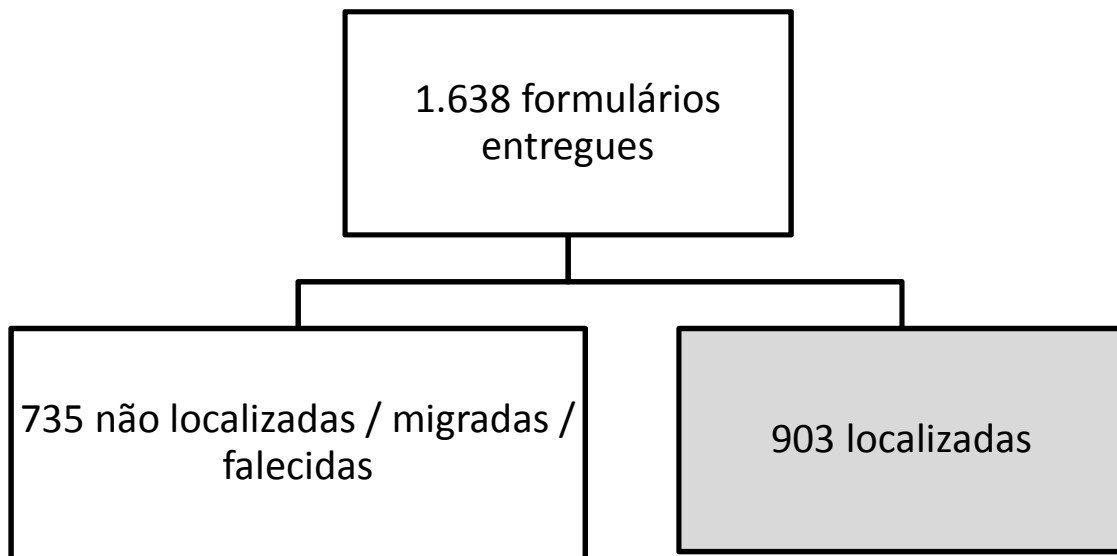
A coleta iniciou-se no dia 15 de abril e terminou no dia 25 de junho de 2010. Ao final foram localizadas e investigadas 903 adolescentes (Figura 2).

4.5 Variáveis e desfechos estudados

Do questionário original (Apêndice B), foram escolhidas as seguintes variáveis independentes para análise:

- **Identificação:** cor da pele da criança, religião, unidade do PSF, data de nascimento.
- **Familiares :** escolaridade da mãe, renda mensal (per capita), característica da família (multifamiliar / unifamiliar)
- **Condição de moradia:** localização do domicílio (urbano/rural/favela), existência de banheiro/ sanitário, escoadouro de dejetos (público/outros), existência de área peridomiciliar construída
- **Hábitos familiares:** frequência à igreja
- **Escolaridade da criança:** frequência à escola, repetência de séries
- **Trabalho infantil:** realização de atividade remunerada, tipo de atividade
- **Nutrição:** história de desnutrição, participação em programas para desnutridos
- **Consumo de serviço de saúde:** possuir plano de saúde, frequência ao PSF
- **Antecedentes da criança:** gravidez desejada, tentativa de abortamento, frequência da mãe ao pré-natal, uso de cigarro/álcool/drogas durante a gravidez
- **Exame físico:** exame das mamas, pilificação

Foram realizados cruzamentos dessas variáveis independentes, ao desfecho dicotômico de ter ou não engravidado.



Fluxograma 2 – Determinantes sociais da gravidez na adolescência em município de médio porte no nordeste do Brasil: um estudo prospectivo – Fluxograma da pesquisa

4.6 Métodos estatísticos

Inicialmente foi realizada análise descritiva das variáveis selecionadas no estudo com o intuito de fazer uma exploração da amostra estudada, apresentando seus valores absolutos e em percentuais, como observado das tabelas 03 até 14.

Para inferir causalidade, foi utilizada a medida de associação *Odds ratio* (razão de chances), na tentativa de quantificar a associação entre as variáveis categóricas (exposição) e a ocorrência de gravidez na adolescência. Apesar de ser um estudo prospectivo e, pelo método de amostragem, poder-se falar em **incidência**, não foi calculado o Risco Relativo das associações. A razão de chances pode ser utilizada nos estudos de caso-controle (única opção), bem como nos estudos de prevalência e coorte (LUIZ, 2009).

Para verificar a significância estatística, ou seja, a probabilidade de que os achados não foram atribuídos ao acaso, na análise bivariada, foram realizados testes de Qui-quadrado, já que as frequências observadas eram todas absolutas (CALLEGARI-JACQUES, 2003). As proporções foram consideradas significativamente diferentes quando a probabilidade delas serem semelhantes fosse menor que 5% (valor-p < 0,05). Esse valor foi uma escolha arbitrária.

Quando três ou mais proporções de uma variável dependente aumentavam ou diminuam ao longo de categorias ordenadas de uma variável independente (ex. idade atual,

renda familiar *per capita*), as proporções foram comparadas através do Qui-quadrado de tendência.

Por último, para conferir a inferência estatística, foi realizada a análise multivariada, utilizando todas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada, sendo que no modelo final ficaram apenas aquelas que apresentaram valor- $p < 0,05$.

Os dados foram analisados a partir dos programas EPI Info 6.04 e STATA11.

4.7 Aspectos Bioéticos

A pesquisa foi norteada pelas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, previstas na Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Foram observados os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Tanto o estudo original quanto o atual foram apreciados por Comitês de Ética em Pesquisa, sendo aprovados (CAAE: 0054.0.039.000-10).

A simples confirmação, atualização dos dados e certificação do histórico obstétrico da adolescente não demanda a autorização escrita, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo considerado parte do trabalho diário da agente comunitária de saúde, saber se alguém engravidou ou não na sua área, independente da faixa etária. Mesmo assim, todas as agentes de saúde foram orientadas a solicitar um consentimento verbal ao preenchimento do formulário, bem como esclarecer a voluntariedade na pesquisa, a possibilidade de desistência a qualquer momento e abstenção nas respostas quando assim lhe conviesse.

Pactuou-se que os resultados seriam apresentados às instituições abordadas na pesquisa, com ampla divulgação, resguardando o anonimato de cada um.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil da amostra

Foi produzido um formulário para cada indivíduo do banco de dados bruto, colhido em 2000, e entregue para suas respectivas unidades de saúde a que correspondiam seus endereços. Dos 1.638 formulários distribuídos, retornaram 1.198. Quarenta e sete estavam em branco; quatro formulários informavam o falecimento da participante entre 2000 e 2010; cento e vinte e um nomes não correspondiam ao endereço que constava no formulário; 80 meninas, segundo informações registradas, haviam mudado de endereço dentro da cidade e 43 para outras cidades ou estados.

Dessa maneira, foram considerados válidos 903 formulários, equivalente a 55,2% do estudo original. Rothman (1986) adverte que o *follow-up* deve girar em torno de 60% dos indivíduos para não haver dúvidas na validade do estudo.

As adolescentes estavam distribuídas entre a sede do município e as sedes dos distritos, sendo essas proporções 83,4% e 16,6%, respectivamente. Os bairros que mais contribuíram com representantes para a pesquisa, de acordo com a adscrição adotada pela Secretaria de Saúde e Ação Social do município, foram Terrenos Novos, Sumaré e Junco, juntos contribuindo com 32% do número total de participantes na pesquisa. Os distritos de Jaibaras, Taperuaba e Rafael Arruda foram responsáveis por 10% da amostra, sendo as localidades rurais que responderam por mais participantes (Tabela 1).

Durante a atual pesquisa, as jovens se apresentavam com idades entre 15 e 20 anos. Com 15 anos havia 14,4%, com 16 ou 17 anos havia 18% para cada e com 18 ou 19 anos havia 21% para cada (Tabela 2). Cinquenta e três participantes (5,9%) estavam com 20 anos durante a pesquisa, e foram incluídas como adolescentes, segundo a definição da OMS (WHO, 1965). Setenta e um por cento da amostra havia se declarado de cor negra, mulata ou morena, enquanto aproximadamente um quarto das meninas (ou mães) havia afirmado ser de cor branca (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo área adscrita da Estratégia Saúde da Família no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2010.

Variáveis	Total	
	N	%
Terrenos Novos	117	12,9
Sumaré	87	9,6
Junco	85	9,4
Expectativa	70	7,7
Sinhá Sabóia	68	7,5
Alto da Brasília	62	7,0
Dom Expedito	51	5,6
Padre Palhano	51	5,6
Alto do Cristo	42	4,6
Vila União	40	4,4
Jaibaras	39	4,3
Santa Casa	35	3,9
Taperuaba	33	3,7
Rafael Arruda	18	2,0
Aracatiaçu	17	1,9
Alto Novo	15	1,7
Tamarindo	14	1,5
Pedrinhas	12	1,3
Torto	11	1,2
Aprazível	10	1,1
Jordão	9	1,0
Bonfim	7	0,8
Patriarca	6	0,7
Centro	4	0,4

Fonte: Pesquisa

Tabela 2 - Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo determinantes individuais de saúde, zona urbana de Sobral - CE, 2010.

Variáveis	Total	
	N	%
Idade atual		
15 anos	130	14,4
16 anos	163	18,0
17 anos	168	18,6
18 anos	196	21,7
19 anos	194	21,5
20 anos	52	5,7
Raça/Cor		
Negra/Mulata/Morena	649	71,8
Branca	252	27,9
Indígena	1	0,1
Não informou	1	1,1
Idade da Menarca		
9 - 11 anos	166	18,3
12 - 14 anos	688	73,9
15 - 17 anos	47	5,2
Não lembra	22	2,4

Fonte: Pesquisa

Na pesquisa atual, havia no formulário a pergunta sobre a idade da menarca, marco bem delimitado da puberdade, de importância biológica e social. Das 881 meninas que lembravam a data da primeira menstruação, 166 (18,3%) afirmaram ter ocorrido entre 9 e 11 anos de idade. A grande maioria (73,9%) ocorreu entre 12 e 14 anos e uma pequena proporção de 5,2% só veio a menstruar dos 15 aos 17 anos (Tabela 2).

Da amostra de 903 adolescentes, a pesquisa encontrou 176 que haviam engravidado pelo menos uma vez na vida, enquanto 727 afirmavam não ter engravidado

ainda. Isso daria uma proporção de 19,5% de ocorrência de gravidez na amostra pesquisada. Das 176 adolescentes que engravidaram, 12 declararam ter abortado, sem definir, porém, se fora um aborto espontâneo ou provocado, o que não era objeto da pesquisa. Seis participantes não lembravam a data do parto. Dezesesseis meninas ainda estavam grávidas até a conclusão da coleta dos dados, em maio de 2010, sendo considerado parto ocorrido neste mesmo ano, para efeito de cálculo da idade por ocasião do parto (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da idade aproximada por ocasião do parto entre as adolescentes que engravidaram. 2010

Idade aproximada (anos) no parto	Número Absoluto	Percentual das gestações (%)
13	03	1,6
14	02	1,1
15	17	9,6
16	28	15,8
17	38	21,4
18	32	18,0
19	26	14,6
20	12	7,3
Abortou	12	6,7
Não lembra data do parto	06	3,3
Total	176	100

Fonte: Pesquisa

A média de idade daquelas que engravidaram, levaram a gravidez ao termo e lembravam a data do parto (N=159) foi de 17,2 anos. Três adolescentes da pesquisa engravidaram aos 13 anos de idade, duas aos 14. Das meninas que engravidaram e tiveram filhos, 25% estavam entre a idade de 15 e 16 anos. Quase 40% estavam com 17 ou 18 anos ao parir e 22% tinham entre 19 e 20 anos (Tabela 3).

Tabela 4 - Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo determinantes ambientais da saúde prevalentes no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, em 2000.

Variáveis	Total	
	N	%
Zona de residência		
Sede do município	753	83,4
Sede dos distritos	150	16,6
Localização do domicílio		
Bairro urbanizado	633	70,1
Bairro não urbanizado	249	27,5
Moradia isolada	15	1,7
Outros	6	0,6
Existência de Banheiro/sanitário		
Sim	697	77,2
Não	206	22,8
Escoadouro de dejetos		
Rede pública ou esgoto	477	52,8
Fossa séptica	95	10,5
Fossa rudimentar	103	11,4
Vala ou céu aberto	134	14,8
Rio/córrego	12	1,3
Outro / Não informou	82	9,0
Área peridomiciliar não construída		
Sim	517	57,2
Não	386	42,7

Fonte: Pesquisa

Em 2000, 16,6% das adolescentes estudadas moravam na sede dos distritos, considerados zona rural do município. Quinze meninas (1,7%) localizavam-se em moradia isolada, enquanto que 27,5% moravam em bairro não urbanizado. Em 22,8% das casas não havia banheiro ou sanitário, 36,6% não possuíam saneamento básico (rede pública, esgoto ou fossa séptica) e 42,8% não possuíam área peridomiciliar não construída, como jardim ou quintal (Tabela 4).

A Tabela 5 nos mostra determinantes sócio-econômicos, como religião, renda e escolaridade da mãe. A maioria das mães das crianças afirmou seguir a religião católica

(89,3%), e 8,1% eram de outra religião, provavelmente de linha cristã evangélica. Na época 96,1% frequentavam a igreja com certa assiduidade.

Tabela 5 – Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo determinantes sócio-econômicos (intermediários) prevalentes no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, em 2000.

Variáveis	Total (continua)	
	N	%
Religião		
Católica	806	89,3
Outra	73	8,1
Nenhuma	24	2,7
Frequência à igreja		
Sempre/às vezes	868	96,1
Nunca	35	3,9
Composição do domicílio		
Unifamiliar	712	78,9
Multifamiliar	191	21,1
Renda Familiar <i>per capita</i>		
0,00 SM	40	4,4
0,01 a 0,25 SM	315	34,8
0,26 a 0,50 SM	288	31,9
0,51 a 0,75 SM	126	14,0
0,76 a 1,00 SM	51	5,6
> 1,00 SM	63	7,0
Não informou	20	2,2
Escolaridade da mãe		
Não estudou	125	13,8
Primário incompleto ou completo (Ensino Fundamental)	563	62,3
Ginasial completo (Ensino Médio)	97	10,8
Colegial ou superior	82	9,1
Não tem mãe	36	4,0

Fonte: Pesquisa
SM: Salário Mínimo

Ainda na tabela 5 vê-se que em 21,1% dos domicílios morava mais de uma família, indicador de condições de vida mais desfavoráveis. 71% das crianças tinham renda familiar *per capita* menor que meio salário mínimo e para apenas 7% da amostra esse valor era maior que um salário mínimo. Importante citar que 40 famílias (4,4%) não tinham uma renda mínima sequer, nenhuma fonte provedora.

Quando se analisa a escolaridade das mães entrevistadas, observa-se 125 mulheres (13,8%) nunca haviam estudado na vida. A grande maioria (62,3%) tinha freqüentado apenas o então ensino primário (completo ou não). Somente 82 mulheres (9,1%) haviam cursado o colegial (ensino médio) ou alguma universidade. Esse foi considerado um indicador de determinantes distais de saúde, no caso cultural, que interferiria nas condições de vida e trabalho das adolescentes (Tabela 5).

Tabela 6 - Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo frequência à escola e repetência no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.

Variáveis	Total	
	N	%
Frequenta ou frequentou a escola		
Sim	871	96,5
Não	32	3,5
Repetência de série (n=872)		
Sim	132	15,1
Não	739	84,9

Fonte: Pesquisa

Observando a tabela 6, vê-se que 32 meninas (3,5%), na época entre 5 e 9 anos, por algum motivo não freqüentavam a escola. Das que freqüentavam (N = 871), 15% haviam repetido pelo menos um ano letivo.

Quando se analisa a exposição ao trabalho infantil (Tabela 7), encontra-se um valor de 30,9% para meninas que exerciam alguma atividade. Das 279 crianças que trabalhavam, 95% o faziam nas atividades domésticas no próprio lar. Apenas 5 (1,8%) realizavam atividades domésticas fora de casa e 7 (2%) exerciam outras atividades que não as domésticas. Pelos critérios utilizados na pesquisa, todas foram consideradas atividades de

trabalho infantil, inclusive atividades domésticas no próprio domicílio, devido ao grau de comprometimento com outros aspectos da vida como educação e lazer.

Tabela 7- Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo exposição ao trabalho infantil no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.

Variáveis	Total (continua)	
	N	%
Trabalho realizado pela criança		
Sim	279	30,9
Não	624	69,1
Tipo de atividade (N=279)		
Trabalho doméstico (dentro de casa)	265	95,0
Trabalho doméstico (fora de casa)	5	1,8
Outros	7	2,5
Não informou	2	0,7

Fonte: Pesquisa

Das 903 adolescentes, 239 (26,4%) haviam afirmado em 2000 alguma ocorrência de desnutrição anterior e dessas, 40 (16,7%) haviam participado de algum programa oficial para desnutridos (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo história prévia de desnutrição no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.

Variáveis	Total	
	N	%
Ocorrência de desnutrição anterior		
Sim	239	26,4
Não	643	71,2
Não sabe/não informou	21	2,3
Participou de algum programa para desnutridos (N=239)		
Sim	40	16,7
Não	198	82,9
Não informou	1	0,4

Avaliando o consumo de serviços de saúde, a tabela 9 mostra que a grande maioria das crianças (94%) não utilizava saúde suplementar, sendo usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Na época, 92% das entrevistadas estavam cadastradas pelas equipes da atenção primária, no Programa Saúde da Família (PSF), evidenciando a ampla cobertura dessa estratégia na cidade.

Tabela 9 - Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo consumo de serviços de saúde no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.

Variáveis	Total (continua)	
	N	%
Direito ao plano de saúde ou convênio		
Sim	48	5,3
Não	850	94,1
Não informou	5	0,6
Cadastro da família no PSF		
Sim	831	92,0
Não	72	8,0

No estudo transversal de 2000 foram pesquisados também os antecedentes do período fetal das crianças, quanto aos sentimentos e comportamentos de suas mães durante a gravidez. Em nossa amostra, 758 crianças foram examinadas e, na ocasião suas mães responderam a tais perguntas (Tabela 10).

Em 31,9% das vezes a gravidez não fora desejada. O termo utilizado na pesquisa original foi “desejada”, não fazendo distinção do termo “planejada”, de significado diferente do primeiro. É grande a possibilidade de uma gravidez não planejada tornar-se, em um segundo momento, desejada. Pela forma como foi perguntada, não poderemos afirmar se o caso refere-se ao desejo ou o planejamento da gravidez. Mesmo assim, observa-se na mesma tabela que 59 mães (7,8%) tentaram abortar a filha que, anos depois, seria pesquisada.

A tabela 10 mostra ainda que das 758 mulheres que responderam a pergunta, um número importante de 70 mulheres (9,2%) não realizara consultas de pré-natal, percentual

impensável para os dias de hoje. 148 mães (19,5%) afirmaram ter feito uso de cigarro em algum momento da gravidez, 85,8% delas durante toda a gravidez (dados não mostrados). E quando perguntadas sobre uso de drogas ilícitas, 37 delas (4,9%) responderam afirmativamente.

Tabela 10 - Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo sentimentos e comportamentos durante a gestação de suas mães, identificados no momento da avaliação médica, zona urbana de Sobral - CE, 2000.

Variáveis	Total (continua)	
	N	%
Realizou avaliação médica		
Sim	757	83,8
Não	146	16,2
Gravidez da mãe foi desejada (N=757)		
Sim	479	63,3
Não	242	31,9
Não informou	36	4,7
Houve tentativa de aborto (N=757)		
Sim	59	7,8
Não	657	86,7
Não informou	42	5,5
A mãe realizou pré-natal (N=757)		
Sim	650	85,9
Não	70	9,2
Não informou	37	4,9
A mãe fumou durante a gravidez (N=757)		
Sim	148	19,5
Não	578	76,4
Não informou	31	4,1
A mãe usou drogas durante a gravidez (N=757)		
Sim	37	4,9
Não	687	90,6
Não informou	34	4,5

Fonte: Pesquisa

No estudo de 2000, as crianças foram examinadas por médicos treinados para a pesquisa quanto ao estágio de desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários (Tabela 11). Das 757 meninas que foram examinadas, 98 (12,9%) já apresentavam pelo menos o broto mamário, primeira manifestação pubertária nas moças. Em 57 meninas (7,5%) foi verificada a

presença de pelos pubianos. Importante observar que em 49 participantes do estudo não foi possível o exame dos pelos pubianos, provavelmente por não autorização das crianças ou responsáveis, tendo sido respeitado o princípio bioético da autonomia. O mesmo aconteceu em 10 crianças quanto ao exame das mamas.

Tabela 11 - Distribuição de uma amostra de 757 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, examinadas durante infância, para sinais de puberdade, identificados no momento da avaliação médica, zona urbana de Sobral - CE, 2000.

Variáveis	Total	
	N	%
Presença de mamas (N=757)		
Sim	98	12,9
Não	649	85,8
Não verificado	10	1,3
Presença de pilificação (N=757)		
Sim	57	7,5
Não	651	85,9
Não verificado	49	6,6

Fonte: Pesquisa

5.2 Análise Bivariada

Para a análise bivariada expõem-se os resultados respeitando uma classificação didática, de acordo com o nível de determinante social em que a variável se inclui, ou seja:

- 1) **Determinantes individuais:** a idade atual, a cor da pele, a idade da menarca, a presença de mamas ou pêlos pubianos, a ocorrência de desnutrição anterior.
- 2) **Determinantes intermediários** (condições de vida e trabalho): localização da residência e condições de moradia, frequência à escola e realização de atividade remunerada, hábitos da mãe durante a gravidez, consumo de serviços de saúde.
- 3) **Determinantes distais** (condições sócio-econômicas, culturais e ambientais gerais): religião, renda *per capita*, escolaridade da mãe.

5.2.1 Determinantes individuais

Após o cálculo da *Odds ratio*, encontrou-se resultado estatisticamente significativo na variável **idade atual** (OR 1,6; IC95% 1,3-1,8). Quanto mais velhas, maior a chance de engravidar na adolescência, tendo as de maior idade 1,6 vezes mais chance de engravidar. As variáveis cor da pele e idade da menarca não apresentaram associação estatística após a análise (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo determinantes individuais (determinantes proximais) da saúde, zona urbana de Sobral - CE, 2010.

Variáveis	Engravidou		Não engravidou		Teste Qui-quadrado		
	N	%	N	%	p	OR	IC 95%
Idade atual ¹					<0,01	1,6	1,3-1,8
15 anos	5	3,8	125	96,2			
16 anos	18	11,0	145	89,0			
17 anos	22	13,1	146	86,9			
18 anos	56	28,6	140	71,4			
19 anos	59	30,4	135	69,6			
20 anos	16	30,8	36	69,2			
Cor da pele ²					0,16		
Negra/Morena	134	20,6	515	79,4			
Branca	41	16,3	211	83,7			
Indígena	0	0,0	1	100,0			
Idade da Menarca ¹					0,62		
9 – 11 anos	33	19,8	133	80,1			
12-14 anos	128	19,1	540	80,8			
15- 17 anos	7	14,8	40	85,1			

1. Qui-quadrado de tendência linear.

2. Excluindo da análise, os indígenas.

Tabela 13 - Distribuição de uma amostra de 758 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo sinais de puberdade identificados no momento da avaliação médica, zona urbana de Sobral - CE, 2000.

Variáveis	Engravidou		Não engravidou		Teste Qui-quadrado		
	N	%	N	%	p	OR	IC 95%
Presença de mamas					0,01		
Sim	29	29,6	69	70,4		1,9	1,2-3,0
Não	118	18,2	531	81,8			
Presença de pilificação					0,73		
Sim	12	21,1	45	78,9			
Não	126	19,4	525	80,6			

Fonte: Pesquisa

Corroborando com a associação da idade, a **presença de caracteres sexuais secundários** (mamas), também teve significado estatístico. Meninas com mamas presentes (provavelmente as mais velhas, na época) apresentaram chance 1,9 vezes maior (IC95%:1,2-3,0) de engravidar (Tabela 13). O mesmo não ocorreu com a pilificação.

Ainda avaliando determinantes individuais na saúde, a história prévia de desnutrição e participação em programas para desnutridos não apresentou associação estatística (dados não mostrados).

5.2.2 Determinantes intermediários

Dentre os determinantes intermediários em saúde, a variável ambiental de **residir na zona urbana da sede** do município (contra a zona urbana do distrito) foi estatisticamente influente na gravidez das adolescentes (OR= 1,7).

Deve-se lembrar da possibilidade de algumas participantes terem se mudado da zona rural para urbana (e vice versa), trazendo alguma diferença nos valores finais. Observou-se, porém, que o número de mudanças de endereço, em que se mudava de zona, foi desprezível, prevalecendo a mobilidade entre os bairros da própria sede do município.

A tabela 15 mostra que houve pertinência estatística na variável **repetência de série**, com chance duas vezes maior de engravidar na adolescência (OR=2,0; IC95%: 1,4-3,1). Já o fato da criança frequentar ou não a escola, nessa pesquisa, não teve importância estatística.

Tabela 14 - Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo determinantes ambientais da saúde prevalentes no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.

Variáveis	Engravidou		Não engravidou		Teste Qui-quadrado		
	N	%	N	%	p	OR	IC 95%
Zona de residência					0,04		
Sede do município	156	20,7	597	79,3		1,7	1,1-2,8
Sede dos distritos	20	13,3	130	86,7		1,0	
Localização do domicílio					0,48		
Bairro urbanizado	117	18,5	516	81,5			
Bairro não urbanizado	55	22,1	194	77,9			
Outros	4	19,0	17	81,0			
Existência Banheiro/sanitário							
Sim	134	19,2	563	80,8	0,69		
Não	42	20,4	164	79,6			
Escoadouro de dejetos					0,26		
Rede pública ou esgoto	88	18,4	389	81,6			
Fossa séptica	23	24,2	72	75,8			
Fossa rudimentar	17	16,5	86	83,5			
Vala ou céu aberto	25	18,7	109	81,3			
Rio/córrego	5	41,7	7	58,3			
Outro	18	22,5	62	77,5			
Área peridomiciliar não construída					0,87		
Sim	102	19,7	415	80,3			
Não	74	19,2	312	80,8			

Tabela 15 - Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo frequência à escola e repetência no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.

Variáveis	Engravidou		Não engravidou		Teste Qui-quadrado		
	N	%	N	%	p	OR	IC 95%
Frequenta/frequentou escola					0,17		
Sim	173	19,9	698	80,1			
Não	3	9,4	29	90,6			
Repetência de série					<0,01		
Sim	41	31,1	91	68,9		2,0	1,4 -3,1
Não	132	18,0	603	82,0		1,0	

Fonte: Pesquisa

Tabela 16 - Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo exposição ao trabalho infantil no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.

Variáveis	Engravidou		Não engravidou		Teste Qui-quadrado		
	N	%	N	%	p	OR/RR	IC 95%
Trabalho realizado pela criança					<0,01		
Sim	83	29,7	196	70,3		2,4	1,7-3,4
Não	93	14,9	531	85,1		1,0	
Tipo de atividade					0,04		
Trabalho doméstico (própria casa)	79	29,8	186	70,2		1,0	
Trabalho doméstico (fora de casa)	4	80,0	1	20,0		9,4	1,0-85,6

Fonte: Pesquisa

Tabela 17 - Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo consumo dos serviços de saúde no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.

Variáveis	Engravidou		Não engravidou		Teste Qui-quadrado		
	N	%	N	%	p	OR/RR	IC 95%
Direito ao plano de saúde ou convênio					0,26		
Sim	6	12,5	42	87,5			
Não	169	19,9	681	80,1			
Cadastro da família no PSF					0,16		
Sim	167	20,1	664	79,9			
Não	9	12,5	63	87,5			
Consulta médica no último mês anterior à pesquisa					0,82		
Sim	31	20,3	122	79,7			
Não	145	19,3	605	80,7			

Fonte: Pesquisa

Sobre a análise da exposição ao trabalho infantil, observa-se na tabela 16 o **exercício de atividade** (mesmo não remunerada) aumenta para 2,4 vezes a chance de gravidez na adolescência (OR= 2,4; IC95%: 1,7-3,4). Quando o trabalho doméstico é fora de casa, essa chance é de mais de 9 vezes. No entanto, devido a amostra de meninas que

trabalhavam fora ter sido mínima (N=5), o Intervalo de Confiança de 95% é muito amplo, inclusive passando pelo valor 1,0, o que retira o significado estatístico.

De acordo com a tabela 17, não houve associação de gravidez na adolescência e consumo de serviços de saúde. Vê-se também na tabela 18 que não se encontra associação estatística com o fato da mãe não desejar a gravidez, tentar realizar aborto, fumar ou usar drogas na gravidez, bem como a frequência dela ao pré-natal e o desfecho gravidez na adolescência da filha.

Tabela 18 - Distribuição de uma amostra de 757 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo sentimentos e comportamentos durante a gestação de suas mães, identificados no momento da avaliação médica, zona urbana de Sobral - CE, 2000.

Variáveis	Engravidou		Não engravidou		Teste Qui-quadrado		
	N	%	N	%	p	OR/RR	IC 95%
Gravidez da mãe foi desejada					0,84		
Sim	91	19,0	388	81,0			
Não	48	19,8	194	80,2			
Houve tentativa de aborto					0,39		
Sim	14	23,7	45	76,3			
Não	125	19,1	531	80,9			
A mãe realizou pré-natal					0,63		
Sim	125	19,2	525	80,8			
Não	15	21,4	55	78,6			
A mãe fumou durante a gravidez					0,25		
Sim	34	23,0	114	77,0			
Não	108	18,7	470	81,3			
A mãe usou drogas durante a gravidez					0,13		
Sim	11	29,7	26	70,3			
Não	131	19,1	555	80,9			

Fonte: Pesquisa

5.2.3 Determinantes Distais

Considerou-se como determinante distal da saúde, ou seja, condições sócio-econômicas, culturais e ambientais gerais, nesta pesquisa, a religião e frequência a igreja, a composição do domicílio (com uma ou mais famílias), a renda familiar *per capita* e a escolaridade da mãe (influência cultural na educação da filha). Dessas variáveis, a religião, a frequência à igreja e a composição familiar não apresentaram qualquer significado estatístico.

Tabela 19 – Distribuição de uma amostra de 903 adolescentes nascidas entre 1990 e 1994, segundo determinantes sócio-econômicos e culturais prevalentes no momento da entrevista, zona urbana de Sobral - CE, 2000.

Variáveis	Engravidou		Não engravidou		Teste Qui-quadrado		
	N	%	N	%	p	OR	IC 95%
Religião					0,35		
Católica	160	19,9	646	80,1			
Outra	10	13,7	63	86,3			
Nenhuma	6	25,0	18	75,0			
Frequência à igreja					0,99		
Sempre/às vezes	169	19,5	699	80,5			
Nunca	7	20,0	28	80,0			
Composição do domicílio					0,99		
Unifamiliar	139	19,5	573	80,5			
Multifamiliar	37	19,4	154	80,6			
Renda familiar <i>per capita</i> ¹					<0,01	0,6	0,5-0,8
0,00 SM	11	27,5	29	72,5			
0,01 a 0,25 SM	89	28,3	226	71,7			
0,26 a 0,50 SM	46	16,0	242	84,0			
0,51 a 0,75 SM	19	15,1	107	84,9			
0,76 a 1,00 SM	5	9,8	46	90,2			
> 1,00 SM	3	4,8	60	95,2			
Escolaridade da mãe ^{1,2}					<0,01	0,5	0,4 -0,7
Não estudou	30	24,0	95	76,0			
Primário completo ou não (ensino fundamental)	129	22,9	434	77,1			
Ginasial completo (ensino fundamental)	8	8,2	89	91,8			
Colegial (ensino médio) ou superior	3	3,7	79	96,3			

1. Qui-quadrado de tendência linear.

2. Excluindo da análise, os indivíduos que não tinham mãe.

De acordo com o cruzamento das variáveis **renda familiar per capita** e a variável dicotômica “engravidou/ não engravidou”, apresentada na tabela 19, as adolescentes com maior renda familiar per capita teriam chances até 40% menor de engravidar durante a adolescência (OR= 0,6; IC95%: 0,5-0,8). De fato, observa-se na Tabela 19, que a medida em que aumentou a **renda familiar per capita**, houve redução na proporção de adolescentes grávidas na amostra, ou seja, uma maior renda familiar per capita aparece como fator protetor da gravidez adolescente.

Vê-se na mesma tabela que a **escolaridade da mãe** da criança, principalmente aquelas que estudaram até o ensino médio ou graduação universitária, também é fator protetor, com significância estatística (OR= 0,5; IC95%: 0,4-0,7).

5.3 Análise Multivariada

Para compor o modelo de regressão logística multivariada foram utilizadas as variáveis que apresentaram nível de significância até 20%, ou seja, $p \leq 0,20$. O primeiro modelo foi composto pelas seguintes variáveis:

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Idade atual | 7. Trabalho realizado pela criança |
| 2. Renda familiar per capita | 8. Tipo de atividade |
| 3. Escolaridade da mãe | 9. Cadastro no PSF |
| 4. Zona de residência | 10. Uso de drogas pela mãe |
| 5. Frequenta ou frequentou a escola | 11. Presença de mamas |
| 6. Repetência de série | |

No entanto, algumas das variáveis dependiam de respostas de variáveis anteriores, como por exemplo, só havia respondido o quesito sobre “repetência” aqueles que haviam frequentado a escola. Nesse caso, tal variável apresentava um número de casos menor que a amostra total de 903. Como a técnica só permite realizar a análise nos indivíduos que tenham **todas as respostas completas**, indivíduos com dados incompletos eram eliminados da análise. Assim, o primeiro modelo foi finalizado com apenas 54 indivíduos, número muito inferior a amostra total. Optou-se, então, por eliminar variáveis com mais dados em branco.

O modelo final, com um N de 815, utilizou as oito variáveis abaixo, cujo resultado (apenas com as cinco estatisticamente significantes) encontra-se na tabela 20, disposto por grau de importância da variável. Aquelas variáveis que saíram do modelo ajustado, mesmo com $p < 0,20$, seriam explicadas por aquelas significativas no modelo final.

1. Idade atual
2. Renda familiar per capita
3. Escolaridade da mãe
4. Frequência à escola
5. Repetência na escola
6. Zona de residência
7. Trabalho realizado pela criança
8. Cadastro no PSF

A variável **idade atual**, única dentre os determinantes proximais de saúde, evidenciou que o aumento na idade da adolescente, aumenta em 50% a chance de engravidar (OR= 1,5; IC95%: 1,3-1,8).

A **zona de residência na sede** do município aumentaria em 90% a chance de engravidar, segundo a análise multivariada (OR= 1,9; IC95%: 1,1-3,4). E o fato de realizar algum **trabalho** aumenta essa chance em 80% (OR=1,8; IC95%: 1,2-2,6). Esses foram os determinantes intermediários em saúde.

Como fatores protetores, representantes dos determinantes macro-econômicos da pesquisa, aparecem a **renda familiar per capita**, com diminuição de 30% de chance de gravidez precoce naqueles com maior renda (OR= 0,7; IC95%: 0,6-0,8) e a **escolaridade da mãe** da adolescente, que diminui em 40% essa chance (OR= 0,6; IC95%: 0,5-0,9).

A diferença entre a análise bruta e ajustada nas cinco variáveis encontra-se resumida na tabela 21.

Tabela 20 – Modelo de regressão logística (por grau de importância) com 815 adolescentes, nascidas entre 1990 e 1994, na zona urbana de Sobral-CE, 2010

Variáveis	Engravidou		Não engravidou		Teste Qui-quadrado		
	N	%	N	%	p	OR	IC 95%
Idade atual					<0,01	1,5	1,3-1,8
15 anos	5	3,8	125	96,2			
16 anos	18	11,0	145	89,0			
17 anos	22	13,1	146	86,9			
18 anos	56	28,6	140	71,4			
19 anos	59	30,4	135	69,6			
20 anos	16	30,8	36	69,2			
Renda familiar <i>per capita</i>					<0,01	0,7	0,6-0,8
0,00 SM	11	27,5	29	72,5			
0,01 a 0,25 SM	89	28,3	226	71,7			
0,26 a 0,50 SM	46	16,0	242	84,0			
0,51 a 0,75 SM	19	15,1	107	84,9			
0,76 a 1,00 SM	5	9,8	46	90,2			
> 1,00 SM	3	4,8	60	95,2			
Trabalho realizado pela criança					<0,01		
Sim	83	29,7	196	70,3		1,8	1,2-2,6
Não	93	14,9	531	85,1		1,0	
Escolaridade da mãe					<0,01	0,6	0,5-0,9
Não estudou	30	24,0	95	76,0			
Primário (completo ou não)	129	22,9	434	77,1			
Ginasial completo	8	8,2	89	91,8			
Colegial ou superior	3	3,7	79	96,3			
Zona de residência					0,01		
Sede do município	156	20,7	597	79,3		1,9	1,1-3,4
Sede dos distritos	20	13,3	130	86,7		1,0	

Fonte: Pesquisa

Tabela 21 – Modelo de regressão logística multivariado (análise bruta e análise ajustada)

Variáveis	Análise bruta (não-ajustada)			Análise ajustada		
	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%
Idade atual	<0,01	1,6	1,3-1,8	<0,01	1,5	1,3-1,8
Renda familiar <i>per capita</i>	<0,01	0,6	0,5-0,8	<0,01	0,7	0,6-0,8
Trabalho realizado pela criança						
Sim	<0,01	2,4	1,7-3,4	<0,01	1,8	1,2-2,6
Não		1,0			1,0	
Escolaridade da mãe	<0,01	0,5	0,4 -0,7	<0,01	0,6	0,5-0,9
Zona de residência						
Sede do município	0,04	1,7	1,0-2,8	0,01	1,9	1,1-3,4
Sede dos distritos		1,0			1,0	

Fonte: Pesquisa

6 DISCUSSÃO

6.1 Perfil das adolescentes

O presente estudo envolveu 903 adolescentes, entre 15 e 20 anos, com média de idade de 17,3 anos. 83,4% das participantes de nossa amostra, em 2000, estavam residindo na sede do município, quase todas em bairros populosos da zona urbana. O restante da amostra, mesmo localizado na zona rural, residia nas vilas urbanas dos distritos. Na pesquisa de Goicolea *et al.* (2009), no Equador, 49,6% de sua amostra advinha da zona rural, assim como no trabalho de Lion, Prata e Stewart (2009), na Nicarágua, 38% das jovens pesquisadas vinham de localidades rurais. Esse caráter urbano das pesquisadas pode ter interferência nas atitudes frente às questões de sexualidade e gravidez.

Em 2000 apenas 12,9% das crianças haviam iniciado a puberdade, com a evidência de broto mamário (telarca). Em 7,5% delas já havia pelos pubianos (pubarca), mostrando um desenvolvimento sexual mais avançado nesse grupo. Mesmo assim, observa-se prevalência de uma imaturidade quanto aos caracteres sexuais secundários na amostra.

A idade em que as jovens menstruaram pela primeira vez, em sua maioria (73,9%), esteve entre os 12 e 14 anos. Não foi estabelecida relação estatisticamente significativa com a idade da menarca e a gravidez precoce, o que aparece também no trabalho de Gigante *et al.* (2004).

A amostra de 903 adolescentes apresentou uma taxa de incidência de gravidez igual a 19,4%. No seguimento da coorte de nascimentos de Pelotas (RS), iniciada em 1982, foi encontrada entre as participantes aos 19 anos uma taxa de incidência de gravidez de 16,2% (GONÇALVES; GIGANTE, 2006). No inquérito domiciliar de Aquino *et al.* (2003), dos 4.634 jovens entre 18 e 24 anos, entrevistados em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, 21,4% dos homens e 29,5% das mulheres já haviam tido filhos antes dos 20 anos.

Como maior valor, Goicolea *et al.* (2009) encontrou que na província de Orellana, no Equador, 39,6% das adolescentes entre 15 e 19 anos ou estavam grávidas ou já haviam engravidado (isso era quase o dobro da média do país, 19,2%).

A média de idade do parto das adolescentes que tiveram filhos em nossa pesquisa foi de 17,2 anos, bem abaixo do que encontraram Lion, Prata e Stewart (2009), na Nicarágua, 19,6 anos.

A predominância da religião católica, dentre as crenças religiosas assumidas pelas mães em 2000, não surpreende, já que é a religião mais praticada no Brasil, principalmente no nordeste, de tradição católica (IBGE, 2000). Não foi encontrada associação estatística entre a religião, ou a frequência a igrejas, com a gravidez adolescente. Na literatura, sobre religião, apenas foi documentada breve relação com as mães que freqüentavam a Umbanda com o maior risco de ter filhas grávidas na adolescência (GIGANTE *et al.*, 2004).

Pode-se observar também o nível sócio-econômico predominante na amostra, quando a grande maioria tinha renda familiar *per capita* menor que 01 salário mínimo (90,7%). No trabalho de Aquino *et al.* (2003) os percentuais de jovens que declararam renda *per capita* menor ou igual a 01 salário mínimo foi 56,3% em Salvador, 27,9% no Rio de Janeiro e 25,5% em Porto Alegre, evidenciando a disparidade dos nossos achados. Da nossa amostra, boa parte também não possuía planos privados de saúde (94%) e morava em bairro não urbanizado (27,5%), em casa sem banheiro ou sanitário (22,8%) e sem saneamento básico (36,6%). Chama a atenção também que 26% relatavam alguma história de desnutrição anterior e 30% estavam de alguma maneira exposta ao trabalho infantil.

Importante destacar o percentual de mães que assumiu ter tentado realizar o aborto (7,8%), bem como aquelas que durante a gravidez utilizaram drogas lícitas (19,5%) e ilícitas (4,9%). Essas informações abrem caminho para investigação aprofundada desses eventos, de grande impacto na saúde pública.

De algum modo, o fato da cobertura do cadastro na Estratégia Saúde da Família ter alcançado 92% da amostra, evidencia algum reconhecimento do Estado da dimensão demográfica e social que desafia suas ações na tentativa de oferecer serviços primários de saúde.

6.2 Associação de fatores

Foram selecionados os cinco principais fatores encontrados após análise multivariada para os comentários. Na tabela 25 encontra-se uma breve compilação dos trabalhos citados relacionando seus resultados encontrados com os desta pesquisa (última linha da tabela).

6.2.1 Idade

A pesquisa que se apresenta, após a análise multivariada, encontrou associação entre a idade atual das jovens e uma maior chance de gravidez (OR= 1,5; IC95%: 1,3-1,8). Também foi encontrado, na análise bivariada, associação com a presença de mamas (OR=1,9; IC95%: 1,2-3,0) e a gravidez, corroborando com a hipótese da maior idade influenciar no desfecho final.

Essa relação com a idade cronológica também foi vista em outro estudo, com OR= 1,2 (LION; PRATA; STEWART, 2009). Parece ser uma tendência natural, com o aumento da exposição ao risco, à medida que a adolescente fica mais velha.

Vários trabalhos mostram também associação da gravidez adolescente com a iniciação sexual (sexarca) precoce, antes dos 15 anos. Em pesquisa realizada na Paraíba, Amorim *et al.* (2009) encontrou que início da atividade sexual antes dos 15 anos levaria a uma chance três vezes maior de gravidez entre adolescentes (OR= 3,6). Goicolea *et al.* (2009), no Equador, encontrou um risco ainda maior, de 8,5 vezes (IC95% 1,12-64,9) quando a sexarca acontecia antes dos 15 anos. Aquino *et al.* (2003), além da associação com a idade da sexarca, mostrou que a idade do primeiro namoro estaria inversamente proporcional à ocorrência de gravidez. No trabalho de Lion, Prata e Stewart (2009) chega-se a afirmar: “*Our findings suggest that age at sexual debut was the most important contributor to early initiation of childbearing among adolescent Nicaraguan females.*” Eles encontraram associação positiva entre a idade da sexarca e local de residência, nível de educação e quintil de renda.

Existem associações com o fato de estar casada ou com união estável, também com maior prevalência entre as mais velhas. Dois trabalhos da América Central, um cubano (MARTÍNEZ *et al.*, 2004) e um jamaicano (BAUMGARTNER *et al.*, 2009), mostram a união estável precedendo a gravidez precoce. Na pesquisa de Sharma *et al.* (2002), no Nepal, onde o casamento pode se dar por conveniência dos pais ou por amor entre os cônjuges, encontrou-se que esta última modalidade seria fator de risco para gravidez durante a adolescência, talvez porque o advento do filho seja uma maneira de evitar um união negociada, sem sentimentos entre o casal. Por fim, Bruno *et al.* (2009), pesquisando sobre reincidência de gravidez em menores de 20 anos, encontraram também associação significativa com a união estável da adolescente.

Há, por fim, documentação de associações com idade do parceiro sexual, sendo maior a chance de engravidar quando eles são mais velhos (AQUINO *et al.*, 2003), de modo

particular na primeira relação sexual da jovem (BAUMGARTNER *et al.*, 2009). Estas amplas diferenças de idade entre a jovem e seu companheiro cria uma situação de vulnerabilidade, com uma relação de poder desigual, fator de risco na saúde sexual da adolescente, como por exemplo, a exigência do uso do preservativo (GUZMÁN; CONTRERAS; HAKKERT, 2001).

6.2.2 Renda familiar *per capita*

A baixa renda familiar parece ser um indicador óbvio de risco para gravidez. A atual pesquisa encontrou essa associação, apresentando a melhor renda familiar *per capita* como fator protetor de gravidez precoce (OR= 0,7; IC95%: 0,6-0,8). Achado semelhante foi encontrado em outro caso-controle aninhado em coorte de nascimento em Pelotas (RS) (GIGANTE *et al.*, 2004), mostrando que as adolescentes que apresentavam pior renda (< 1 salário mínimo) tinham 10 vezes mais chance de ter um filho (OR= 10,2; IC95%: 2,6-40,2), comparadas com aquelas com maiores níveis de renda (> 10 salários mínimos).

No Equador existe uma incidência de 28% de gravidez entre as adolescentes mais pobres, contra 11% daquelas com melhores condições sócio-econômicas. Em estudo caso-controle na cidade de Orellana, região amazônica do Equador (GOICOLEA *et al.*, 2009), viver em lares muito pobres foi estatisticamente significativo para gravidez precoce tanto na análise bivariada como multivariada (OR= 15,23; IC 1,43-162,45).

A American Academy of Pediatrics (2005) diz que, nos Estados Unidos, pobreza é significativamente associada com gravidez adolescente. Lá 83% dos adolescentes que têm filhos e 61% dos que praticam aborto moram em lugares pobres ou com baixa estrutura familiar.

Têm-se observado que a gestação na adolescência leva à interrupção precoce da escolaridade, o que dificulta a entrada no mercado de trabalho e a obtenção de emprego com melhor remuneração, gerando um processo de reprodução da pobreza (POPULATION REFERENCE BUREAU, 1992 *apud* GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002).

Alguns pesquisadores (AMORIM *et al.*, 2009), talvez por insuficiência na metodologia, não encontraram qualquer associação entre renda e gravidez adolescente.

O professor Milton Santos (2009) chama a atenção para a dificuldade em definir, e principalmente, aferir a pobreza nas sociedades. Ele critica o limiar estatístico exato da pobreza, usando salários ou horas de trabalho como ponto de referência. Segundo ele, essa noção de “linha de pobreza”, estimulada por órgãos internacionais e planejadores com

preocupações contábeis, não constituiria parâmetro válido nem permitiria comparações. A definição de pobreza deveria ir além da pesquisa estatística e situar o homem na sociedade global à qual pertence, já que a pobreza não é apenas uma categoria econômica, mas acima de tudo, política, posto que é um problema social.

Nessa pesquisa consideramos a renda familiar uma maneira (ainda que rudimentar) de verificar a influência de determinantes distais (macro-determinantes) em saúde.

6.2.3 Trabalho infantil

De acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA, 1990), no capítulo V, Art. 60, “é proibido qualquer trabalho a menores de quatorze anos de idade, salvo na condição de aprendiz”. Essa “aprendizagem” deve garantir o acesso e a frequência obrigatória ao ensino regular, ter atividades compatíveis com o desenvolvimento do adolescente e horário especial para o exercício dessas atividades. Nesse período até os 14 anos a única opção da criança deve ser o estudo, o que ainda não é a realidade para uma parte delas em nosso país.

Segundo o anuário do IBGE (2008), foram encontradas 2,5 milhões de crianças de 5 a 15 anos de idade trabalhando, número menor que de 2002, quando eram 3 milhões. A maioria delas (44,2%) está no Nordeste, principalmente nas atividades agrícolas. Cento e cinquenta e sete mil crianças trabalhadoras tinham idade entre 5 e 9 anos na época da pesquisa, equivalente a 0,9% dos 16,6 milhões de pessoas nessa faixa etária. A grande maioria (2,3 milhões) estava entre 10 e 15 anos. Boa parte dos adolescentes que trabalhavam (19,1%) havia entrado no mercado de trabalho bem cedo, antes dos 9 anos de idade.

Das crianças entre 5 a 9 anos, o percentual de atividade agrícola é 74,1%, bem maior que aquelas entre 10 e 15 anos (49,2%). As fazendas, sítios e granjas são os estabelecimentos que mais utilizam essas crianças (36,5%), principalmente no Nordeste (46,5%). Em segundo lugar vêm as lojas, oficinas e fábricas que ocupam 24,5% delas. Em seguida está a dedicação ao trabalho doméstico no próprio domicílio, com um aumento de 5,4% em 1997 para 8% das crianças que trabalhavam em 2007. A proporção daquelas que trabalhavam no domicílio do empregador também aumentou nesses 10 anos, de 8% para 9,1%. Em via pública estavam trabalhando, em 2007, 134 mil crianças (5,7%), número menor que as 184 mil em 1997.

A taxa de frequência escolar das crianças de 5 a 15 anos ocupadas era de 89,6%, enquanto que as que não trabalhavam era de 95,4% (IBGE, 2008). Em pesquisa sobre fracasso

escolar em Sobral (CE), Sucupira (2003) encontrou que as crianças repetentes tinham uma chance de 1,27 vezes de estarem exercendo algum tipo de trabalho que as não repetentes (OR=1,27 e IC95%: 1,01 a 1,59), indicando que o trabalho infantil, mesmo que doméstico, representava fator de risco para o desempenho escolar.

Sobre a associação com a gravidez na adolescência, o presente estudo encontrou uma relação significativa com o trabalho infantil, aumentando mais de duas vezes a chance de engravidar precocemente (OR= 2,4; IC95%: 1,7-3,4). Na pesquisa de Pelotas (RS), ter trabalhado na vida aumentou a chance de gravidez em 60% (OR=1,6; IC95%: 1,2-2,2), principalmente se iniciado antes dos 15 anos (OR=1,9; IC95%: 1,2-3,0) (GONÇALVES; GIGANTE, 2006).

O inquérito domiciliar em jovens de 18 a 24 anos no Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador, feito por Aquino *et al.* (2003), relaciona o fenômeno com encargo das tarefas domésticas por parte das meninas (14,9% das pesquisadas eram as principais responsáveis por essa atividade). Em outro estudo transversal em Ribeirão Preto, São Paulo, de 7.134 mulheres entre 12 e 19 anos que haviam parido na cidade entre 1992 e 1996, apenas 482 (6,8%) eram estudantes, 1.005 (14,1%) já tinham inserção na população economicamente ativa (PEA) e 5.637 (79%) eram “do lar”, sem ocupação remunerada (YAZLLE *et al.*, 2002). Num caso-controle cubano foi encontrada uma proporção ainda maior de “donas de casa” adolescentes, 87,1% dos 132 casos estudados, contra 55,3% dos 132 controles (OR=4,7) (DACAL, 2002). Outra pesquisa cubana (MARTINÉZ *et al.*, 2004) mostra forte associação com o trabalho doméstico e a gravidez durante a adolescência (OR 6,13; IC95%: 2,05-14,23).

Associação contrária foi mostrada no trabalho de Carniel *et al.* (2006), em Campinas, São Paulo, em que aquelas adolescentes que não exerciam atividade remunerada fora de casa apresentavam um risco maior de gravidez. Resultado semelhante encontrou McCulloch (2001) na Grã Bretanha, quando constatou que as mulheres economicamente ativas tinham uma chance menor de gravidez na adolescência que aquelas inativas. A princípio tais achados aparentam mais uma consequência do fato de ter um filho durante a adolescência e a dificuldade de inserção no mercado de trabalho após isso.

No estudo transversal de 2000 (BARRETO, 2006) a análise sobre a interferência do trabalho infantil foi limitada, posto que quando as famílias reconheciam o exercício de alguma atividade pelas crianças, este acontecia no próprio domicílio, sem jornada fixa. Além disso, os efeitos do trabalho eram minimizados pelos pais e até lhes eram conferidos valores positivos, melhorando a saúde e disposição da criança, seus estudos, o gosto de ir à escola e desenvolvimento da responsabilidade (SUCUPIRA, 2003).

A pesquisadora Dulce Whitaker (2002), realizando uma análise sociológica em redações³ escritas por meninas moradoras das regiões canavieiras de São Paulo, no início dos anos 80, chama a atenção para a diferenciação das atividades para cada gênero, pesando desde cedo as obrigações domésticas para as meninas.

Até nove ou dez anos, as crianças descrevem seu cotidiano sem grandes diferenças no que se refere a horários, brincadeiras e até auxílio às mães no trabalho doméstico. A partir dessa idade, o lazer dos meninos se amplia extraordinariamente: andar de bicicleta, trocar figurinhas, correr atrás do homem das figurinhas, jogar futebol, nadar na cachoeira etc. Nesses mesmos momentos, as meninas dedicam-se aos trabalhos domésticos ou cuidam dos irmãos menores. (WHITAKER, 1989 *apud* WHITAKER, 2002)

E ainda:

Mas há casos de pais e mães que saem juntos para o corte da cana. Aparecida de Fátima, 10 anos, conta que a mãe levantava às 5 horas, chamava o pai e ambos saíam para o trabalho. Às 5 da tarde, todos em casa novamente. Após o banho, os irmãos iam estudar, a mãe fazer o jantar e o pai (pasmem!) assistia à novela das 7. A menina, obviamente, ajudava a mãe a fazer o jantar ao passo que os meninos faziam suas lições (WHITAKER, 2002).

O trabalho infantil foi considerado na presente pesquisa como um importante determinante social intermediário na saúde, reflexo da situação macro-econômica e sócio-cultural nas condições de vida das crianças, influenciando na maternidade das futuras adolescentes.

6.2.4 Escolaridade da mãe

Se entre as adolescentes ainda não é consenso se a baixa escolaridade representa causa ou consequência da gravidez precoce (AMORIM *et al.*, 2009), entre os progenitores parece ficar claro a influência que a baixa escolaridade pode trazer na maternidade de suas filhas (GIGANTE *et al.*, 2004; LION; PRATA; STEWART, 2009; DEHLENDORF *et al.*, 2010).

A insuficiente educação dos pais explicou o aumento de 23% de gravidez entre adolescentes de cultura latina que nasceram nos Estados Unidos e 55% do aumento entre aquelas latinas que imigraram para o estado da Califórnia, local da pesquisa (DEHLENDORF *et al.*, 2010).

O nível de escolaridade paterna aparece particularmente relacionado à gravidez precoce no estudo de caso-controle realizado em Marília, São Paulo, com 408 jovens

³ A pesquisadora aplicou redações em escolas e comunidades locais com o tema: “Descreva sua casa e um dia na sua família”. (WHITAKER, 2002)

(CAPUTO; BORDIN, 2008). Nessa mesma pesquisa, observou-se que a escolaridade da mãe, associada à expectativa da filha de cursar universidade estavam estatisticamente relacionados. Quando a mãe tinha escolaridade igual ou superior ao ensino fundamental completo não interferia no risco de engravidar; mas no grupo de jovens cujas mães não haviam completado o ensino fundamental, o risco foi três vezes maior para aquelas que não pretendiam cursar a faculdade.

Na análise crua da pesquisa de Pelotas (GIGANTE *et al.*, 2004), a escolaridade do pai (OR= 2,2; IC95%: 1,1-4,6) também foi estatisticamente associada à gravidez, o que não ocorreu com a escolaridade da mãe (OR= 1,2; IC95%:0,6-2,4). Após a análise ajustada a associação não se manteve, com valor-p de 0,01 e 0,06, respectivamente.

A escolaridade insuficiente reflete inclusive no nível de educação sexual que esses pais podem oferecer aos filhos. Pais que conversam sobre temas de sexualidade (como menstruação e primeira relação sexual) apresentam menor prevalência de filhas grávidas durante a adolescência (AQUINO *et al.*, 2003). Essa mesma pesquisa mostrou que a interferência familiar na tentativa de impedir a convivência dos jovens com amigos e namorados aos quinze anos mostrou-se associada a uma maior frequência de gravidez durante a adolescência, tanto para homens quanto para mulheres.

Apesar da controvérsia entre causa ou consequência, a baixa escolaridade da própria adolescente foi associada à gravidez em muitos trabalhos. Em nossa pesquisa, as crianças que repetiram de série, um dos indicadores de fracasso escolar, na análise bivariada, tiveram duas vezes mais chance de engravidar quando na adolescência (OR=2,0; IC95%: 1,4-3,1). O mesmo risco foi encontrado nos trabalhos de Pereira *et al.* (2005), em Portugal, quando cada série repetida aumentaria sensivelmente a chance de gravidez (OR= 7,4; IC95%: 2,18-25,1), e de Amorim *et al.* (2009), que associou àquelas com menos de oito anos de estudo formal. Essa baixa escolaridade da adolescente também se relaciona com risco de repetição da gravidez num período de cinco anos (BRUNO *et al.*, 2009).

6.2.5 Zona de residência

Na presente pesquisa encontrou-se que o fato de residir em zona urbana da sede aumentaria em 90% a chance de ter uma gravidez precoce (OR= 1,9; IC95%: 1,1-3,4). A pesquisa original englobou as crianças que moravam na sede do município e aquelas que moravam nas vilas urbanizadas dos distritos, considerados, pelas características sócio-ambientais zona rural da cidade. Mesmo com grau de urbanização mínima, existe o

pressuposto de que as pessoas dessas áreas mantêm características das localidades rurais, com predominância da atividade agrícola (de subsistência), distância para os grandes centros comerciais e alguma dificuldade de acesso a serviços especializados. A estrutura familiar tradicional também propicia a manutenção de hábitos e conjunto de ideias tipicamente rurais, mesmo sobre sexualidade e gravidez na adolescência.

Porém, Whitaker (2002) chama a atenção que essa dicotomia rural e urbana está a cada dia mais matizada, com o processo da globalização e suas consequências, transformando as localidades em espaço denominados por ela de “franjas do rural-urbano”.

Assim, um caleidoscópio de infinitas miríades de espaços socioculturais é criado e re-criado pelo industrialismo, o qual avança sobre múltiplas e diferenciadas estruturas tradicionais, deixando-se ao mesmo tempo “invadir” por “subculturas exóticas”, desarticulando e recriando a seu bel-prazer os novos espaços e os novos atores sociais da chamada pós-modernidade. Tal recriação articula maquiavelicamente o arcaico e o moderno, mantendo certas estruturas, no sentido de propiciar os melhores resultados para o processo de acumulação mundial (WHITAKER, 2002).

Poucos trabalhos sobre gravidez na adolescência mostram a influência de morar na zona rural ou urbana. As análises tendem a considerar menos as diferenças entre normas culturais e valores que as diferenças entre nível educacional e *status* econômico (LION; PRATA; STEWART, 2009). Por exemplo, no trabalho de Carniel *et al* (2006), pesquisando 14.444 partos na cidade de Campinas, encontrou-se associação estatística entre residir nos dois distritos com pior Índice de Condições de Vida (ICV) e uma maior prevalência de gravidez adolescente.

Em pesquisa na Grã-Bretanha, McCulloch (2001), evidenciou a associação entre algumas áreas geográficas e a distribuição de gravidez em adolescentes não casadas. Regiões de centros metropolitanos, com declínio industrial apresentaram probabilidade mais elevada de gravidez precoce, se comparadas com áreas rurais ou suburbanas. Esse resultado corrobora com o encontrado na presente pesquisa.

Num estudo com 3.142 adolescentes da Nicarágua, com 69% residindo em áreas urbanas, observou-se um risco menor de início precoce da atividade sexual (antes dos 15 anos) entre aquelas estabelecidas na zona rural (RR=0,8). Porém, segundo o trabalho, o risco de ter filhos durante a adolescência aumentava entre aquelas da zona rural, o que foi associado a um desejo consciente de engravidar e, por isso, uma menor utilização dos métodos contraceptivos modernos entre essas adolescentes (LION; PRATA; STEWART, 2009).

Quadro 3 – Principais achados relacionados com a gravidez na adolescência observados nos artigos de referência (compilação do autor).

Referências (continua)	Local	Tipo de estudo	Características da amostra	Achados sobre				
				Idade / Sexarca Sit. conjugal	Baixa Renda	Trabalho infantil	Baixa Escolaridade	Zona urbana/rural
AMORIM <i>et al</i> , 2009	Brasil (PB)	Caso-controle	168 casos (10 a 19 anos) e 337 controles (20 a 35 anos)	(Sexarca precoce)	Sem associação	-	Associação positiva (adolescente)	-
AQUINO <i>et al</i> , 2003	Brasil (RJ,BA,RS)	Transversal	3.634 jovens de 18 a 24 anos	Sexarca/namoro precoce/ idade (parceiro)	-	Encargo das tarefas domésticas	Conversa com as mães / interferência	-
KASSAR <i>et al</i> , 2005	Brasil (AL)	Coorte retrospectiva	250 puérperas < 20 anos e 250 puérperas de 20 a 30 anos	-	Associação positiva	-	Associação positiva (adolescente)	-
CAPUTO; BORDIN, 2008	Brasil (SP)	Caso-controle	100 adolec. grávidas e 308 adolec. sexualmente ativas sem gravidez	-	Sem associação	Sem associação	Associação positiva (Paterna)/expectativa de cursar faculdade	-
GOICOLEA <i>et al</i> , 2009	Equador	Caso-controle	140 casos (adolec. que engravidaram) e 262 controles (adolec. que não engravidaram)	(Sexarca precoce)	Associação positiva	-	Sem associação (pais)	49,6% zona rural
GIGANTE <i>et al</i> , 2004	Brasil (RS)	Caso-controle (aninhado)	420 adolec. com filhos e 480 adoelc. Sem filhos	(Sexarca precoce)	Associação positiva	-	Associação positiva (materna e paterna)	-
BRUNO <i>et al</i> , 2009	Brasil (CE)	Coorte	187 adolescentes que pariram na Maternidade- Escola	União estável / novo parceiro	-	-	Associação positiva com reincidência de gravidez (Adolescente)	-
CARNIEL <i>et al</i> , 2006	Brasil (SP)	Transversal	14.444 partos em Campinas de 1992-96	Sem companheiro	-	Associação negativa (risco > quem não tinha ocupação fora do lar)	-	Positivo (distritos com baixas condições de vida)
DEHLENDORF <i>et al</i> , 2010	Estados Unidos	Transversal	2.119 adolescentes latinas e brancas não-latinas nos EUA	-	-	-	Associação positiva (pais)	-

Quadro 3(cont.) – Principais achados relacionados com a gravidez na adolescência observados nos artigos de referência (compilação do autor).

Referências (conclusão)	Local	Tipo de estudo	Características da amostra	Achados sobre				
				Idade /Sexarca / Sit. conjugal	Baixa Renda	Trabalho infantil	Baixa Escolaridade	Zona urbana/rural
LION; PRATA; STEWART, 2009	Nicarágua	Transversal	3.142 adolescentes de 15 a 19 anos	Associação Positiva (idade/sexarca)	Sem associação	-	Associação positiva (adolescente)	Associação positiva (rural)
McCULLOCH, 2001	Gran-Bretanha	Transversal	Distribuição de adolescentes com filhos, não-casadas, em mapas do país	-	Associação positiva	Associação negativa (risco> quem não trabalhava)	-	Associação positiva (urbana precária)
SHARMA <i>et al</i> , 2002	Nepal	Caso-controle	70 adolescentes grávidas e 70 gestantes 20 a 29 anos	Associação positiva (união por amor)	-	-	Menor nível educacional (adolescentes)	-
MARTÍNEZ <i>et al</i> , 2004	Cuba	Caso-controle	37 adolescente grávidas e 37 adolescente que nunca engravidaram	Associação positiva (união estável)	-	Associação positiva (trabalho doméstico)	-	-
BAUMGARTNER <i>et al</i> , 2009	Jamaica	Caso-controle	250 adolescentes grávidas (15 a 17anos) e 500 adolescentes que nunca engravidaram	Associação positiva (união estável, idade 1º do parceiro)	-	-	-	-
GONÇALVES; GIGANTE, 2006	Brasil (RS)	Caso-controle / Qualitativo	420 adolesc. com filhos (da coorte) e 480 adolec. sem filhos	-	-	-	Associação positiva (adolescente)	-
PEREIRA <i>et al</i> , 2005	Portugal	Caso-controle	57 gestantes (14-18anos) e 81 adolescentes que nunca engravidaram	-	-	-	Repetência escolar	-
Presente pesquisa	Brasil (CE)	Coorte	903 adolescentes (15-19anos) : 176 engravidaram e 727 não engravidaram	Associação positiva (idade atual da adolescente)	Associação positiva (renda familiar <i>per capita</i>)	Associação positiva	Associação positiva (materna)	Associação positiva (zona urbana da sede)

6.3 Limitações do estudo

Deve-se reconhecer a dificuldade de estudar o evento “gravidez” e a impossibilidade de descartar com certeza a sua existência. De forma consciente ou não as participantes do estudo podem ter negado a ocorrência de uma gravidez, após abortamento espontâneo ou provocado, ou mesmo não percebido como tal, por todo o estigma social que a prática ainda acarreta. Para isso muitos trabalhos usam variáveis mais concretas como “filhos nascidos vivos” ou “parto”, o que não foi o meio aqui utilizado, na tentativa de chegar o mais próximo do número de gestações nessa amostra.

Outro limitante são os dados perdidos pelas falhas de memória. Nesta pesquisa alguns valores (idade da menarca e data do parto) foram perdidos por esse viés.

Há que se frisar a necessidade imperiosa da complementação desta pesquisa com questões atuais das adolescentes, como características do comportamento de risco sexual, o uso de métodos contraceptivos, a prevalência de DST, a exposição a situações de violência psicológica, física ou sexual. Também é indispensável uma abordagem aprofundada, qualitativa, de todo o conjunto imaginário que a gravidez (ou o risco dela) cria entre as adolescentes, seus parceiros e seus familiares.

Por fim deve ser dito que produzir pesquisa no interior do estado ainda restringe possibilidades que na capital seriam facilmente realizáveis. Por exemplo, apesar da capilaridade das equipes da atenção primária na coleta dos dados, valer-se de seus serviços exigiu dos pesquisadores energia e capacidade de sensibilização para o sucesso dos resultados. Isso poderia ser amenizado se houvesse um financiamento externo da pesquisa (não ocorrido) em que fossem contratados e treinados entrevistadores. Mesmo assim, a conquista de 55% da amostra original foi considerada bem sucedida, dentro da mobilidade da população, mostrando o empenho dos agentes comunitários de saúde e dos gerentes de unidades, bem como dos pesquisadores.

7 CONCLUSÃO

A gravidez antes dos 20 anos de idade, entre adolescentes da zona urbana de Sobral (CE), esteve associada a fatores determinantes individuais, como a idade; intermediários, como o trabalho infantil e a zona de residência; e estruturais, como a renda familiar *per capita* e a escolaridade de suas mães.

Mais do que simplesmente a educação sexual ou o acesso a métodos contraceptivos, o fenômeno da gravidez adolescente deve ser compreendido no seu aspecto macro-determinante, em que as questões sociopolíticas e econômicas e culturais exercem grande influência.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. **Juventudes e sexualidade**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy: current trends and issues. **Pediatrics**, v. 116, n. 1, jul. 2005.

AMORIM, M. M. R.; LIMA, L. A.; LOPES, C. V.; ARAÚJO, D. K. L.; SILVA, J. G. G.; CÉSAR, L. C.; MELO, A. S. O. Fatores de risco para gravidez na adolescência em uma maternidade-escola na Paraíba: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, v. 31, n. 8, p. 404-410, 2009.

AQUINO, E. M. L.; HEILBORN, M. L.; KNAUTH, D.; BOZON, M.; ALMEIDA, M. C.; ARAÚJO, J.; MENEZES, G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 377-388, 2003.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SILVA, C. M. F. P.; MALAQUIAS, J. V.; SANTOS, N. C.; OLIVEIRA, R. V. C. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 669-680, 2003

BARBOSA, A. M. Análise sociodemográfica da fecundidade de adolescentes e jovens no Brasil: 1970/2006. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16., 2008, Caxambu, MG. **Anais...Caxambu**, 2008.

BARRETO, I. C. H. C. **Mortalidade referida e seus condicionantes em crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral-CE**. 177p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-18042007-095522/>>. Acesso em: 15 set. 2009.

BAUMGARTNER, J.; GEARY, C. W.; TUCKER, H.; WEDDERBURN, M. The influence of early sexual debut and sexual violence on adolescent pregnancy: a matched case-control study in Jamaica. **Int. Perspect. Sex. Reprod. Health**, v. 35, n.1, p. 21-28, 2009.

BENACH, J.; MUNTANER, C. **Aprender a mirar la salud: ¿cómo la desigualdad social daña nuestra salud?** Maracay, Venezuela: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública Dr. Arnoldo Gabaldon, 2005.

BORGES, A. L. V.; LATORRE, M. R. D. O.; SCHOR, N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p. 1583-1594, jul. 2007.

BRASIL. ESTATUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE (ECA). Lei nº8.069, 13 de Julho de 1990, p11.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e conceitual: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRUNO, Z. V.; FEITOSA, F. E. L.; SILVEIRA, K. P.; MORAIS, I. Q.; BEZERRA, M. F. Reincidência de gravidez em adolescentes. *Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.*, v. 31, n. 10, p. 480-484, 2009.

BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003

CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. Gravidez na adolescência e uso freqüente de álcool e drogas no contexto familiar. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 3, p. 402-410, 2008.

CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; ALMEIDA, C. A. A.; MORCILLO, A. M. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 6, n. 4, p. 419-426, out./dez. 2006.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 4. p. 141-166.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais da iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da CNDSS**. 2008.

DACAL, S. V.; ESSIEN, J.; MITAC, J. B.; MOREDO, D. S.; MITAC, E. B. Embarazo en la adolescência: incidencia, riesgos y complicaciones. **Rev. Cuba. Obstet. Ginecol.**, v. 28, n. 2, p. 84-88, 2002.

DARROCH, J. E. **Why is teenage pregnancy declining?** The roles of abstinence, sexual activity and contraceptive use. [S.l.]: The Allan Guttmacher Institute, 1999.

DEHLENDORF, C.; MARCHI, K.; VITTINGHOFF, E.; BRAVEMAN, P. Sociocultural determinants of teenage childbearing among latinias in California. **Matern. Child Health J.**, v. 14, p. 194-201, 2010.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 153-161, jan./fev. 2002.

GIGANTE, D. P.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H.; LIMA, R. C.; BARROS, F. C.; RASMUSSEN, K. M. 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, 2004.

GOICOLEA, I.; WULFF, M.; ÖHMAN, A.; SAN SEBASTIAN, M. Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 26, n.3, p. 221-228, 2009.

GONÇALVES, H.; BÉHAGUE, D. P.; GIGANTE, D. P.; MINTEN, G. C.; HORTA, B. L.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, supl. 2, p. 34-41, 2008

GONÇALVES, H.; GIGANTE, D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma coorte de nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1459-1469, jul. 2006.

GUZMÁN, J. M.; CONTRERAS, J. M.; HAKKERT, R. La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescência en América Latina y el Caribe. In: BURAK, S. D. (Comp.). **Adolescencia y juventud en América Latina**. Cartago, Libro Universitario Regional, 2001. cap. 21, p. 391 – 424.

HEILBORN, M. L.; SALEM, T.; ROHDEN, F.; BRANDÃO, E.; KNAUTH, D.; VÍCTORA, C.; AQUINO, E.; MCCALLUM, C.; BOZON, M. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, v. 17, p. 13-45, jun. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Crianças, adolescentes e jovens. In: _____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2008.

KASSAR, S. B.; GURGEL, R. Q.; ALBUQUERQUE, M. F. M.; BARBIERI, M. A.; LIMA, M. C. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, n. 3, p. 293-299, jul./set. 2005.

LEÓN, P. *et al.* Embarazo adolescente. **Rev. Pediatría Electrónica**, Santiago, v. 5, n. 1, p. 42-51, 2008.

LION, K. C.; PRATA, N.; STEWART, C. Adolescent childbearing in Nicaragua: a quantitative assessment of associated factors. **Int. Perspect. Sex. Reprod. Health**, v. 35, n. 2, p. 91-6, jun. 2009

LUIZ, R. R. Associação estatística em epidemiologia: análise bivariada. In: MEDRONHO, R.A. *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 24, p. 429-456.

MARKOVITZ, B. P.; COOK, R.; FLICK, L. H.; LEET, T. L. Socioeconomic factors and adolescent pregnancy outcomes: distinctions between neonatal and post-neonatal deaths? **BMC Public Health**, v. 5, n. 79, 2005.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **Lancet**, v. 365, p. 1099-1104, 2005.

McCULLOCH, A. Teenage childbearing in Great Britain and the spatial concentration of poverty households. **J. Epidemiol. Commun. Health**, v. 55, p. 16-23, 2001.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento físico e cognitivo na adolescência. In: _____. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 11, p. 436-469.

PEREIRA, A. I. F.; CANAVARRO, M. C.; CARDOSO, M. F.; MENDONÇA, D. Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: a cross-sectional comparative study of Portuguese and non-pregnant adolescents of low socioeconomic status. **Adolescence**, v. 40, n. 159, p. 655-671, 2005.

PEREIRA, M. G. Métodos empregados em epidemiologia. In: _____. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. cap 12, p. 269-288.

RANGEL, L. H. Da infância ao amadurecimento: uma reflexão sobre rituais de iniciação. **Interface Comum. Saúde Educ.**, v. 5, ago. 1999.

ROTHMAN, K. J. Types of epidemiologic study. In: _____. **Modern epidemiology**. Boston: Little, Brown and Company, 1986. cap. 6, p. 51-76.

RUZANY, M. H. Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, 2008.

SANTOS, M. Pode-se definir a “pobreza”? In: _____. **Pobreza urbana**. 3. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009. cap. 1, p. 13-22.

SHARMA, A. K.; VERMA, K.; KHATRI, S.; KANNAN, A. T. Determinants of pregnancy in adolescents in Nepal. *Indian J. Pediatrics*, v. 69, p. 19-22, 2002.

SOTO MARTÍNEZ, O.; FRANCO BONAL, A.; FRANCO BONAL, A.; SILVA VALIDO, J.; MACHADO TEMES, J. R. Embarazo en la adolescencia y factores sociodemográficos en Guantánamo en 1998. **Rev. Cuba. Med. Gen. Integr.**, v. 20, n. 1, 2004.

SUCUPIRA, A. C. S. L. **Fracasso escolar e condições de vida em crianças de 7 a 10 anos de idade, Sobral, Ceará**. 2003. 235 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=409031&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 de set. 2009.

TAQUETTE, S. R. Sexualidade na adolescência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, 2008.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. **Psicol. Estud.**, v. 13, n.1, p. 105-114, 2008.

VILELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, nov. 2006.

VILLAR, E. Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad em salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. **Saúde Sociedade**, v. 16, n. 3, p. 7-13, 2007.

WHITAKER, D. C. A. Nas franjas do rural-urbano: meninas entre a tradição e a modernidade. **Cadernos Cedes**, ano 22, n. 56, p. 7-23, abr. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Geneva, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research. **Promoting and safeguarding the sexual and reproductive health of adolescents**. Geneva, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health problems of adolescence: report of a WHO expert committee**. Geneva, 1965. (WHO Technical report series, n. 308).

YAZLLE, M. E. H. D.; MENDES, M. C.; PATTA, M. C.; ROCHA, J. S. Y.; AZEVEDO, G. D.; MARCOLIN, A. C. A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, v. 24, n. 9, p. 609-614, 2002.

Apêndice A – Formulário

PESQUISA SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ESTUDO DE COORTE

Verifique se os dados da etiqueta conferem com as informações da entrevistada.

CONFERE:

Etiqueta

Nome Completo: sim () não ()

Nome da mãe: sim () não ()

Data de nascimento: sim () não ()

Endereço: sim () não ()

Se mudou de endereço, escreva o novo endereço abaixo:

1. Com que **idade** você **menstruou** pela primeira vez? _____ ANOS
2. Você já **engravidou** na vida? SIM () DATA DO PARTO: ____/____/____
 SIM, mas abortei ()
 NÃO, NUNCA engravidei ()

Apêndice B – Entrevista domiciliar do estudo transversal de 2000⁴.

ENTREVISTA DOMICILIAR

Código do entrevistador:	Data da entrevista / /
--------------------------	--------------------------------

Parte A - Identificação (colar etiqueta)

A₁. Identificador numérico: _____ A₂. Sexo: (1) F (2) M

A₃. Data de nascimento: ____/____/____

A₄. Nome da criança:

A₅. Nome da mãe:

A₆. Endereço:

A₇. Unidade do PSF:

Como a Sra. classifica o pai da criança, a criança e a Sra. própria? (*Marque com um X*)

GRUPO	A ₉ . Criança	A ₁₀ . Mãe	A ₁₁ . Pai
1. Branco			
2. Índio			
3. Negro/Mulato/Moreno			
4. Oriental			

A₁₂. Qual a sua religião?

(1) Católica	(2) Nenhuma	(3) Outra, especifique:
----------------	---------------	---------------------------

Parte B – Características Demográficas

Qual o nome, data de nascimento, etc. dos moradores desta casa? (*Não anotar os dados da criança pesquisada*)

B ₁ . Nome	B ₂ . Data de nascimento	B ₃ . Sexo	B ₄ . Relação Parentesco	B ₅ . Grau de Ensino	B ₆ . Ocupação	B ₇ . Renda Mensal
1.						
2.						
3.						
4.						

Quem é o chefe da família? Colocar um asterisco () em frente ao nome do chefe.*

⁴ Apenas com as principais perguntas, com variáveis utilizadas na pesquisa atual

B₈. O domicílio é:

(1) Unifamiliar	(2) Multifamiliar
-------------------	---------------------

Parte D - Condições de Moradia

D₁. Tipo do domicílio:

(1) Casa	(2) Apartamento	(3) Cômodo	D₂ . (4)	Outro, especifique: _____
------------	-------------------	--------------	------------------------------	------------------------------

D₃. Localização do domicílio:

(1) Bairro urbanizado	(2) Bairro não urbanizado	(3) Condomínio privado	(4) Loteamento informal
(5) Favela	(6) Moradia isolada	(7) Cortiço	D₄ . (8) Outro, especifique:

D₁₃. Este domicílio tem o abastecimento de água proveniente de:

(1) Rede pública com canalização interna	(2) Rede pública sem canalização interna
(3) Água de poço com canalização interna	(4) Água de poço sem canalização interna
D₁₄ . (5) Outras fontes, especifique:	

D₁₅ Neste domicílio existe banheiro ou sanitário?

(1) Sim	(2) Não (Passa para D₁₈)
-----------	------------------------------------------------

D₁₈. De que forma é feito o escoadouro dos dejetos?

(1) Rede pública de esgoto	(2) Fossa séptica	(3) Fossa rudimentar	(4) Vala/céu aberto
(5) Direto para o rio/córrego	D₁₉ . (6) Outro, especifique:		

D₂₂. Este domicílio tem área externa peridomiciliar não construída?

(1) Sim	D₂₃ . As crianças usam para lazer?	(1) Sim (2) Não
	D₂₄ . Esta área oferece risco para doença ou acidente?	(1) Sim (2) Não
(2) Não		

20. Sua família freqüenta:

Local	1. Sempre	2. Às vezes	3. Nunca
D ₄₁ . Igreja ou templo			

Parte E - Escolaridade da criança

E₂. A criança está na escola?

(1) Sim. E ₃ . Em qual série? _____ série. Passe para E₄	(2) Não. Passe para E₅ .
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

(Passe para E₁₆).

E₂₄. Já repetiu de ano alguma vez?

(1) Sim. Em que séries:	E ₂₅ . () alfabetização	Quantas vezes? _____ vezes
	E ₂₆ . () 1ª série.	Quantas vezes? _____ vezes
	E ₂₇ . () 2ª série.	Quantas vezes? _____ vezes
	E ₂₈ . () 3ª série.	Quantas vezes? _____ vezes
(2) Não		

Parte F - Trabalho Infantil

F₁. A criança faz algum trabalho dentro ou fora de casa?

(1) Sim. Passe para F₂ .	(2) Não. Passe para 18
----------------------------------------------	---------------------------------

F₃. Por que a criança trabalha?

(1) Para ajudar no orçamento familiar	(2) Para ajudar no trabalho de casa	(3) Para ganhar casa
(4) Para ganhar comida	(5) Porque ele quer	F ₄ . (6) Outro, especifique: _____

F₅. Qual o tipo de trabalho?

(1) Trabalhador doméstico	(2) Trabalhador doméstico na própria casa	(3) Trabalhador na construção para o próprio consumo
(4) Empregador	(5) Pedinte	(6) Trabalhador na produção para o próprio consumo

(7) Conta própria	(8) Trabalhador na rua	(9) Trabalhador membro da unidade domiciliar
F ₆ . (0) Outro, especifique:		

F₉. Este trabalho é remunerado?

(1) Sim. Passe para F₁₀	(2) Não. Passe para F
---------------------------------------------	--------------------------------

F₁₂. Este trabalho tem horário fixo?

(1) Sim	F ₁₃ . Horário de início da jornada: _____ h	F ₁₄ . Horário de fim da jornada: _____ h
(2) Não		

Este trabalho faz a criança:

F ₁₅ . Ter saúde:	(1) Melhor	(2) Pior
F ₁₆ . Se sentir:	(1) Cansada	(2) Mais disposta
F ₁₇ . Na escola:	(1) Gostar de ir à escola	(2) Faltar muito
F ₁₈ . No estudo:	(1) Ficar mais estudiosa	(2) Não ter tempo para estudar
F ₁₉ . Nas brincadeiras:	(1) Não ter tempo de brincar	(2) Não atrapalha para brincar
F ₂₀ . No dia-dia:	(1) Ficar revoltada	(2) Ficar mais responsável

Parte G - Nutrição

G₁. A criança já teve desnutrição?

(1) Sim. G ₂ . Com que idade? _____ meses _____ anos	(9) Não Sabe	(2) Não. Passe para G₁₀
-------------------------------------------------------------------	----------------	---------------------------------------------

G₃. Fez parte de algum programa para desnutridos?

(1) Sim. G ₄ . Por quanto tempo? _____ meses _____ anos	(2) Não. Passe para G₁₀ .
----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

Parte J - Consumo de serviços de saúde

Acesso:

J₁. A criança tem direito a algum convênio ou plano de saúde?

(1) Sim. J ₂ . Qual?	(2) Não
-----------------------------------	-----------

Acolhimento:

J₁₆. No último mês, a Sra. levou seu filho para algum atendimento de saúde?

(1) Sim	J₁₇ . Quantas vezes? vezes				
	J₁₈ . Onde levou?	(1) PSF	(2) Convênio com SUS Santa Casa	(3) Convênio com SUS Dr. Estevão	(4) Convênio
		(5) Particular	J₁₉ . (6) Outro, especifique:		
(2) Não. Encerre a entrevista					