

ADRIANA LIPPI WAISSMAN

**Análise dos fatores associados à
recorrência de gravidez na
adolescência**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Obstetrícia e Ginecologia

Orientador: Prof. Dr. Soubhi Kahhale

São Paulo
2006

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Waissman, Adriana Lippi

Análise dos fatores associados à recorrência de gravidez na adolescência / Adriana Lippi Waissman. -- São Paulo, 2006.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Obstetrícia e Ginecologia.

Área de concentração: Obstetrícia e Ginecologia.

Orientador: Soubhi Kakhale.

Descritores: 1.Gravidez na adolescência/prevenção & controle 2.Recidiva
3.Resultado da gravidez 4.Equipe de assistência ao paciente 5.Fatores
socioeconômicos 6.Fatores de risco 7.Anticoncepção/utilização

USP/FM/SBD-279/06

“... Não há como antecipar o gosto, a intensidade e a duração de um voo. Às vezes, o inusitado leva as asas a revelarem um desenho muito diferente daquele que se havia imaginado esboçar, talvez mais bonito, talvez não. Depende...

Contudo, esse inusitado só nos atravessa quando damos a ele a permissão para acontecer; quando nossas asas, comprometidas com o desejo, abraçam a possibilidade de se aventurar pelo inesperado sobre o qual, a priori, nada se sabe, mas nos seduz exatamente pelo imprevisível que há em si....”

(Roberta Akemi Saito)

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, **Umberto** e **Maria Inês**, por estarem sempre ao meu lado me apoiando e incentivando na conquista de todos os meus sonhos. Especialmente ao meu pai pelo talento e exemplo na dedicação ao ensino médico e por ter colaborado na finalização desse trabalho.

Ao meu marido **Maurício** pelo amor e paciência nessa longa caminhada, me transmitindo paz e tranquilidade.
À minha adorável filha **Mariana** por suportar todos os obstáculos desse trabalho, desde os primórdios de sua existência, bem como a minha nova filha **Júlia** que logo chegará.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

Ao **Dr. Marco Aurélio Knippel Galletta**, parceiro de anos no atendimento às gestantes adolescentes, agradeço pela preciosa amizade, incentivos constantes no grupo de adolescentes, além da colaboração de fundamental importância na confecção dessa pesquisa que faz parte de nossas vidas. Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Marcelo Zugaib**, mestre exemplar e incentivador da pesquisa na área de Obstetrícia, agradeço por permitir a continuidade dessa pesquisa;

Ao **Prof. Dr. Soubhi Kahhale**, pelo apoio e amizade de longa data;

Aos **Drs. Nilton Hideto Takiuti, Mário Henrique Burlacchini de Carvalho, Silvio Martinelli e Abes Mahamed Amed** pelas valiosas sugestões, que contribuíram para aprimorar este trabalho a partir da qualificação;

À **Profa. Dra. Roseli Mieko Y. Nomura** pela paciência em ler esse trabalho e fazer preciosas sugestões em sua fase final;

À **Sra. Creusa Maria Roveri Dal Bó**, pela colaboração decisiva na elaboração da análise estatística desta pesquisa;

Às **Dras. Maria Rita de Figueiredo Lemos Bortolotto e Eliane Aparecida Alves** pela compreensão e amizade durante a confecção desse trabalho;

À **Dra. Gláucia Guerra Benute** e suas aprimorandas, psicólogas da Clínica Obstétrica do HC- FMUSP, pela amizade, colaboração e discussão das questões referentes às adolescentes;

Às enfermeiras **Cínara Maria Egeas, Ivanilde Aparecida Baião e Regina Célia Conessa** e a toda sua equipe de enfermagem do ambulatório da Clínica Obstétrica do HC- FMUSP que muito contribuem para a organização do atendimento e pela valiosa participação nas orientações multidisciplinares;

À **Eliener de S. Fazio** , nutricionista da clínica obstétrica do HC-FMUSP pelo atendimento especializado e participação nos grupos de orientações às pacientes adolescentes;

À **Paola Girelli**, fisioterapeuta colaboradora do SGACO-HC por participar de todos os grupos de orientações e por carinhosamente atender cada adolescente de forma individualizada;

À **Eunice M. do Prado**, atual assistente social da clínica obstétrica do HC-FMUSP pela contribuição na resolução das questões sociais das meninas atendidas;

À Sra. **Inês Muras Fuentes Jazra**, secretaria da Pós-Graduação do Departamento de Obstetrícia da FMUSP, pela valiosa contribuição nas informações práticas referentes a todo o processo de elaboração desse trabalho;

Às secretárias **Márcia Aparecida Batista e Soraia Cristina Ferreira da Silva**, secretárias da clínica Obstétrica do HC-FMUSP, pela grande ajuda nas questões administrativas;

Ao grupo de informática: **Dr. Eduardo Emmanuel, Allan Garcia da Silva, Ricardo Silva Tavares e Leandro Bertanha** pela boa vontade em colaborar no processo de informática e manipulação do banco de dados;

À **Profa. Nely Yasbeck Waissman**, pela colaboração na correção gramatical desse trabalho.

Esta tese está de acordo com:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Bibliotece e Documentação. Guia de apresentação de dissertação, tese e monografias. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas	xvi
Lista de Tabelas	xvii
Resumo	xx
<i>Summary</i>	xxii
1. Introdução	1
2. Revisão da literatura	8
3. Proposição	25
4. Material e métodos	27
4.1. Casuística	28
4.2. Critérios de inclusão	29
4.3. Critérios de exclusão	29
4.4. Tipo de estudo	30
4.5. Variáveis estudadas	30
Variáveis demográficas	30
Variáveis obstétricas	33
Variáveis psicossociais	36
4.5. Análise estatística	39
5. Resultados	41
5.1. Variáveis demográficas	42
5.2. Variáveis obstétricas	58
5.3. Variáveis psicossociais	78
6. Discussão	95
7. Conclusão	121
8. Referências	127
9. Anexos	139

LISTAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACO	Anticoncepcional hormonal oral
AIG	Adequado para a idade gestacional
DHEG	Doença hipertensiva específica da gravidez
DP	Desvio padrão
et al	et allia (e outros)
fr%	Frequência relativa percentual
g	gramas
GIG	Grande para a idade gestacional
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
IC95%	Intervalo de confiança a 95%
IG	Idade gestacional
ITU	Infecção do trato urinário
Kg/m ²	Quilograma por metro quadrado
n	Frequência absoluta
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OR	<i>Odds ratio</i> (Razão de probabilidades)
PIG	Pequeno para a idade gestacional
RCIU	Restrição de crescimento intra-uterino
RN	Recém-nascido, recém-nascidos
SUS	Sistema Único de Saúde
SGACO-HC	Setor de Gravidez na Adolescência da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
TPP	Trabalho de parto prematuro

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das gestantes adolescentes primigestas e multigestas de acordo com o estado civil ao iniciar o pré-natal da gravidez atual	44
Tabela 2 -	Distribuição das gestantes adolescentes primigestas e multigestas de acordo com a mudança de estado civil	45
Tabela 3 -	Comparação do estado civil de adolescentes primigestas no início do pré-natal e no puerpério ..	47
Tabela 4 -	Comparação do estado civil de adolescentes multigestas no início do pré-natal e no puerpério ...	47
Tabela 5 -	Distribuição das gestantes adolescentes primigestas e multigestas de acordo com os grupos de escolaridade	49
Tabela 6 -	Distribuição das gestantes adolescentes primigestas e multigestas de acordo com a frequência à escola durante a gestação	50
Tabela 7 -	Distribuição das gestantes adolescentes primigestas e multigestas de acordo com a renda familiar, em salários mínimos	51
Tabela 8 -	Distribuição das gestantes adolescentes primigestas e multigestas de acordo com a dependência financeira	52
Tabela 9 -	Núcleo familiar independente de adolescentes primigestas e multigestas	56
Tabela 10 -	Distribuição do tipo de moradia das gestantes adolescentes primigestas e multigestas	57
Tabela 11	Distribuição do intervalo intergestacional das adolescentes gestantes multigestas	60

Tabela 12 - Distribuição da classificação segundo o gráfico de Rosso	63
Tabela 13 - Frequência de complicações obstétricas em gestantes adolescentes primigestas e multigestas ...	65
Tabela 14 - Distribuição do tipo de parto nas gestantes adolescentes primigestas e multigestas	67
Tabela 15 - Distribuição das indicações das cesáreas em adolescentes gestantes primigestas e multigestas ...	68
Tabela 16 - Distribuição das indicações dos fórceps em adolescentes gestantes primigestas e multigestas ...	69
Tabela 17 - Distribuição dos tipos de anestesia em adolescentes primigestas e multigestas por ocasião do parto	70
Tabela 18 - Distribuição das condições de nascimento dos recém-nascidos de mães adolescentes primigestas e multigestas	72
Tabela 19 - Distribuição da classificação dos recém-nascidos de mães adolescentes primigestas e multigestas segundo a curva de Ramos	74
Tabela 20 - Distribuição do índice de Apgar de primeiro minuto dos recém-nascidos de mães adolescentes primigestas e multigestas	75
Tabela 21 - Distribuição do índice de Apgar de quinto minuto dos recém-nascidos de mães adolescentes primigestas e multigestas	76
Tabela 22 - Distribuição das complicações dos recém-nascidos de mães adolescentes primigestas e multigestas	77
Tabela 23 - Distribuição da programação da gestação em adolescentes primigestas e multigestas	80
Tabela 24 - Distribuição do desejo de gestação em adolescentes primigestas e multigestas	81

Tabela 25 - Distribuição da aceitação da gestação em adolescentes primigestas e multigestas	82
Tabela 26 - Distribuição do número de métodos contraceptivos conhecidos pelas gestantes adolescentes primigestas e multigestas	84
Tabela 27 - Distribuição do relacionamento das gestantes adolescentes primigestas e multigestas com suas mães	88
Tabela 28 - Distribuição do relacionamento das gestantes adolescentes primigestas e multigestas com seus pais	89
Tabela 29 - Distribuição do relacionamento das gestantes adolescentes primigestas e multigestas com o companheiro	90
Tabela 30 - Distribuição da reação materna frente à gestação nas adolescentes primigestas e multigestas	91
Tabela 31 - Distribuição da reação paterna frente à gestação nas adolescentes primigestas e multigestas.....	92
Tabela 32 - Distribuição da reação do companheiro das adolescentes primigestas e multigestas, frente à gestação	93

RESUMO

Waissman AL. *Análise dos fatores associados à recorrência de gravidez na adolescência* [tese]. São Paulo, 2006. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006. 143p.

O objetivo desta pesquisa foi estudar um grupo de 106 gestantes adolescentes multigestas, comparando-as com 510 adolescentes primigestas quanto a variáveis demográficas, obstétricas e psicossociais. As pacientes foram recrutadas no ambulatório de obstetria no setor de gravidez na adolescência da clínica obstétrica do HC-FMUSP entre janeiro de 2000 a janeiro de 2006. As pacientes tinham até 18 anos e tiveram acompanhamento multiprofissional. Os dados foram coletados de prontuário eletrônico (Access-Microsoft 98), apresentados de forma descritiva e analisados por teste do χ^2 , exato de Fisher, t de Student, Mann-Whitney e índice de Kappa, de acordo com a indicação do uso de cada um. Concluiu-se que não ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre multigestas e primigestas quanto a cor, naturalidade, renda familiar, exercício de alguma atividade remunerada, a idade das mães das adolescentes grávidas, a idade gestacional ao iniciar as consultas de Pré-Natal, número de consultas, estatura, peso no início e término do Pré-Natal, índice de massa corpórea, ganho ponderal durante a gravidez, classificação do ganho de peso pelo gráfico de Rosso, presença de doença hipertensiva específica da gravidez, presença de oligoâmnio, complicação por infecção urinária e amniorrexe prematura. O mesmo foi observado em relação à instituição onde o parto ocorreu, condição dos recém-nascidos, peso dos recém-nascidos, adequação peso para idade gestacional dos recém-nascidos, índice de Apgar de primeiro e de quinto minutos não foram diferentes. Também não houve diferença significativa quanto ao desejo e aceitação da atual gravidez, intenção e tentativas de interrompê-la, tempo de uso de métodos anticoncepcionais, serem filhas de mulheres que foram mães adolescentes, tipo de relacionamento com as mães, com os pais e com os companheiros, reação do companheiro à notícia da gravidez, manutenção de grupo de amigos e de atividade esportiva. Diferenças com significância estatística foram observadas entre as multigestas e primigestas no que se refere à idade que foi maior no primeiro grupo. Em relação à escolaridade algumas multigestas atingem níveis mais altos, porém com menos probabilidade de continuarem os estudos durante a gestação sendo que mais da metade não concluí o ensino fundamental. As multigestas vivem em união estável mais frequentemente e dependem financeiramente mais de seus companheiros e formam núcleo familiar independente da família de origem. Também seus companheiros são mais velhos que os das primigestas. Em relação às variáveis obstétricas a média da idade gestacional na última consulta foi menor e o trabalho de parto prematuro mais freqüente. Também a idade gestacional ao parto foi menor assim como a freqüência de recém-nascidos de pré-termo. No parto a aplicação de fórceps foi menos freqüente nas multigestas. Das variáveis psicossociais detectou-se que as multigestas planejaram mais suas gestações, iniciaram mais precocemente suas atividades sexuais, no entanto conheciam e se utilizavam com maior freqüência de métodos contraceptivos. Os pais e mães das adolescentes multigestas apresentaram melhor reação frente a notícia da gestação que os das primigestas.

DESCRITORES: 1.Gravidez na adolescência/prevenção & controle 2.Recidiva 3.Resultado da gravidez 4.Equipe de assistência ao paciente 5.Fatores socioeconômicos 6.Fatores de risco 7.Anticoncepção/utilização

SUMMARY

Weissman AL. *Analysis of factors associated to recurrence in adolescent pregnancy* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006. 143 p.

This research studied a group of 106 adolescents patients with more than pregnancies and compared them to 510 with first pregnancy considering the demographics, obstetrics and psychosocial variables. The patients were recruited in the ambulatory service of obstetrics in the clinic of adolescent pregnancy of the HC-FMUSP from January 2000 to January 2006. The oldest patients were 18 and assisted in comprehensive prenatal care. The data were collected from their electronic records (Access-Microsoft 98) presented in a descriptive form and analyzed through the χ^2 test, exact of Fisher, t of Student, Mann-Whytney and Kappa index, according to the indication of each one. It was concluded that no statistical differences occurred between both groups regarding color, place of birth, family income, practice of any paid activity, maternal age of the teenagers, gestational age at the beginning of the pre-natal care, number of consultations, stature, initial and final weight in the pre-natal care, index of corporal mass, weight gain during pregnancy, classification of weight gain through the Rosso graphic, presence of pregnancy specific hypertension, presence of oligohydramnios, urinary infection complication, and preterm ruptured membranes. It was also the same in relation to the institution, condition and weight of the babies, balance of weight and gestational age, Apgar index at the first and fifth minutes were not different. Also, it was included the wish and acceptance of the present pregnancy, intention and tentative of abortion, length of use of contraceptive methods, daughter of adolescent mothers, type of relationship with mothers, with parents and with partner, reaction of the partner when the pregnancy was notified, maintenance of friends and athletic activities were not different. Significant statistical differences were observed between the patients with more pregnancies that are older than the primigravidas. Yet, considering their education, the patients with more pregnancies presented lower possibilities of continuing their studies during pregnancy. These patients presented a more stable union and financial dependence on their partners and formed a familiar nucleus independent of the original family. Their partners were also older than the ones of the patients with first pregnancy. The obstetric variables showed a lower gestational visit age in the last doctor visit with a more frequent premature labor. It was noticed that the smaller gestational age in labor had a higher frequency of pre-term births. During labor the use of forceps was lesser in adolescents patients with more pregnancies. The psychosocial variables stated that this patients planned better their gestations, began their sexual activities earlier, knew and used contraceptive methods. The parents of the adolescents with more pregnancies had better reaction when compared with the parents of the adolescents in their first pregnancy.

KEYWORDS: 1.Pregnancy in adolescence/prevention & control, 2. Recurrence,3. Pregnancy outcome, 4. Patient care team, 5. Socioeconomic factors 6. Risk factors 7. Contraception/utilization

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo em vista as conseqüências do número crescente de gestações em adolescentes caracteriza a gravidez nessa faixa etária como de alto risco. Há relatos de associação com a assistência pré-natal deficiente e conseqüentemente com maior incidência de afecções durante e após a gestação. Também cresce o risco de morbidade e de mortalidade do produto da concepção. Indicadores psicossociais agravam e são agravados pela puerperalidade nessa fase da vida. (Mathias et al., 1985; Alegria et al., 1989; Monteiro et al., 1994; Fraser et al., 1995; Olausson et al., 1997; Lippi et al., 2001; Santos, Schor 2003; Simões et al., 2003; Conde-Agudelo et al., 2005).

A adolescência, segundo a OMS estende-se dos 10 aos 20 anos incompletos de idade (Monterrosa, Bello, 1996; Saito, 2001). Trata-se de um grupo especial de pessoas que passam por profundas modificações biológicas, psicológicas e sociais (Galletta et al., 1997; Castro, 1998; Yazlle et al., 2002).

Há estimativas, segundo o Censo do IBGE de 2000 que 20,8% da população brasileira seja composta por adolescentes, dos quais 49,6% do sexo feminino.

Para ressaltar a importância da atenção às meninas adolescentes é possível encontrar denso fundamento nos dados divulgados pelo Ministério da Saúde no ano de 2000. Estes revelam a ocorrência de 681.290 partos em jovens entre os 10 e 19 anos, o que representa 27,1% de todos os partos desse ano. Mas, é importante chamar a atenção para o aumento do número de partos dos 10 aos 14 anos (32.489 no ano de 2000), que representa aumento de 22% na última década. Uma pesquisa realizada na cidade de Ribeirão Preto (Michelazzo et al., 2004) entre 1992 e 1996 revela um aumento na ocorrência de nascimentos em adolescentes no período citado, ao se comparar com o que ocorre entre as mulheres adultas. Para as meninas, na faixa etária dos 14 anos, a elevação é de 104,2%, entre as de 15 anos, 48,8%, aos 16 anos 36,1% , 14% aos 17 anos e 52,8% aos 18. Não se registra aumento entre as mães com 19 anos de idade. Essa frequência elevada de partos nas idades mais baixas tem importância especial pois, quanto mais jovem a menina engravidar pela primeira vez maiores são as probabilidades de novas gestações ainda na adolescência.

Não são desprezíveis as conseqüências econômicas decorrentes dessas constatações. Estima-se um gasto de R\$ 107,9 milhões/ano com complicações referentes à gravidez e ao parto de adolescentes. Ou seja, no Brasil, 53% do total de 203,3 milhões de reais que o SUS gastou com internações, nessa faixa etária foram com problemas relativos à gravidez na adolescência (Falcão, 1998).

Outro dado que não deve ser esquecido é a razão de mortalidade materna em gestantes adolescentes. Siqueira e Tanaka (1986) constatam que as complicações da gravidez, parto e puerpério figuram entre as 10 principais causas de mortalidade entre adolescentes, representando 4% dos óbitos de mulheres entre 10 a 19 anos. Restringindo a faixa etária dos 15 aos 19 anos esses óbitos correspondem a 6,14% do total, ou seja, as complicações da gravidez, parto e puerpério são, nessa faixa, a sexta causa de morte. Uma enquete realizada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher sobre mortes de adolescentes em 1989 aponta um aumento na mortalidade decorrente de abortamentos, chegando, segundo esse levantamento, a 20% do total de mortes de adolescentes naquele ano, comparado com 8% no ano de 1980 (Oliveira, 1998). No estudo anteriormente citado, Siqueira e Tanaka mostram que a quarta principal causa de morte entre 15 e 19 anos é o abortamento. No ano de 2000 em

estudo com 433 adolescentes internadas em uma maternidade em Salvador, Lima et al. constataram que um terço delas ali estavam em decorrência de abortamentos. Ainda há referências de que muitos dados relativos à interrupção precoce da gravidez em adolescentes são subestimados.

Outro fato a ser lembrado é que os filhos de mães adolescentes, de acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), têm maior probabilidade de morte do que os filhos de mães acima dos 20 anos ou mais (Oliveira, 1998). Dados publicados pela Sempreviva Organização Feminista (SOF), em 1997, mostram que em São Paulo, de cada mil crianças nascidas de mães adolescentes, 70 morrem antes de completar um mês. Simões et al. (2003) concluem que os filhos de mães adolescentes, abaixo de 18 anos, apresentam risco 4,23 vezes maior de mortalidade infantil quando comparados com os de mulheres entre 25 e 29 anos. Estudo realizado em Missouri (EUA) revela que o risco de morte neonatal e morte pós-neonatal em filhos de adolescentes na faixa de 12 a 17 anos é significativamente maior do que entre as mulheres entre 20 a 34 anos com OR=1,69 (CI95%: 1,24-2,31) para mortalidade neonatal e OR= 2,47 (CI95%: 1,70-3,59) para mortalidade pós-neonatal (Reading, 2005).

A preocupação com a gravidez na adolescência, que vem de longa data, não caminhou, até uma certa época, paralelamente à preocupação com a repetição de gestações. Assim Gispert et al. relatam, em 1984, que em mais de 200 artigos sobre o tema somente cinco referem-se à reincidência. Com o passar do tempo esse foco mudou. Segundo Ventura et al. (1999) 30% das adolescentes engravidam no ano subsequente ao primeiro parto e até 50% no segundo ano. Pfitzner et al. (2003) também citam 30% no primeiro ano pós-parto e entre 25 e 50% no segundo.

Sweeney em 1989 mostra, em estudo realizado com 407 pacientes adolescentes, taxas de mortalidade infantil e perinatal duas vezes maiores entre os filhos daquelas que engravidam pela primeira vez quando comparadas com as adolescentes que estão na segunda gravidez. Observa ainda que a incidência de baixo peso é significativamente maior nas primeiras gestações do que nas gestações subsequentes ($p=0,0001$). Já Santelli et al. em 1990, estudando adolescentes reincidentes e primigestas, observam que a taxa de recém-nascidos de baixo peso é semelhante nas diferentes gestações e o intervalo interpartal não influencia no peso dos RN.

Adicionalmente há evidências de que adolescentes que apresentam uma nova gestação têm acentuado prejuízo na sua formação escolar e

profissional e tendem a ficar desempregadas e, em países desenvolvidos, dependentes de seguros sociais (Polit et al., 1986; Furstenberg et al., 1987; Combs-Orme, 1993; Pfitzner et al., 2003).

Enquanto as pesquisas referentes à primeira gestação em adolescentes se multiplicaram nos últimos anos, ainda pouco se conhece acerca dos fatores associados à recorrência da gravidez nessa faixa etária. O estímulo para empreender este estudo decorre do fato de que o cuidadoso diagnóstico de situação representa o caminho para orientar intervenções apropriadas capazes de surtir um desejado efeito preventivo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Para Ford, 1983, a gravidez na adolescência acarreta conseqüências negativas para as perspectivas educacionais futuras, de bem estar econômico e estabilidade matrimonial. Seu estudo refere-se a adolescentes americanas brancas e negras após o primeiro parto. Entre elas 17% repetiram a gravidez. Relatam que as brancas utilizaram mais contraceptivos no primeiro ano pós-parto (85%) do que as outras (68%). A maioria se valeu de ACO. As que casaram durante a gestação usaram mais métodos contraceptivos (89%) do que as que permaneceram solteiras (74%). As mulheres da raça negra ficaram majoritariamente solteiras. Somente 20% das adolescentes tiveram novas gestações planejadas. Das que não planejaram, 70% não usaram métodos contraceptivos.

Gispert et al. (1984) buscaram fatores associados à repetição da gravidez entrevistando e acompanhando adolescentes pobres, negras em sua maioria, na Universidade de Cleveland, Ohio. Estudaram 58 adolescentes com uma gestação e 58 com mais de uma. Concluem que três fatores têm importância para a repetição ou não da gravidez entre as

adolescentes: o uso de contraceptivos de forma consciente, o bom relacionamento com as mães e a presença da figura paterna na casa. Com o acompanhamento de dois anos, observaram que do grupo com mais de uma gestação 17% casaram, enquanto isso não ocorreu em nenhuma daquelas com uma só gravidez. Consideram o casamento como um bom preditor da repetição da gravidez nas adolescentes.

Elster (1984) pressupõe que gestantes adolescentes evoluem com resultados perinatais piores que mulheres adultas e que na repetição das gestações os resultados são ainda piores. Buscou, então, no registro de nascidos vivos de Utah alguns resultados perinatais em mulheres entre 12 e 19 anos e entre aquelas com 20 a 25. Dividiu-as em primíparas e multíparas e pesquisou os resultados dessas gestações. Para o autor a idade materna guarda uma associação significativa com intervalo interpartal menor que seis meses. Isso é observado em 78,5% das mulheres entre 15 e 16 anos, 58% daquelas com 17 e 18 anos, 47% das com 19, enquanto entre as que estão na faixa de 20 a 25 anos esse reduzido intervalo ocorre em 21%. Sua observação revela que entre as multíparas a idade materna muito baixa tem por si mesma uma associação muito forte com a frequência de RNPIG, maior mesmo que o início tardio do pré-natal.

Pinto e Silva e Nogueira (1988) realizaram um estudo sobre a multigravidez na adolescência com dados coletados no Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Medicina de Campinas - UNICAMP. Foram incluídas 157 gestantes adolescentes com uma ou mais gestações anteriores abaixo dos 20 anos. Outro grupo com o mesmo número de pacientes, porém com somente uma gravidez, foi usado como controle. Encontraram que 31,85% das multigestas tinham 17 anos ou menos. Viviam em união instável (solteiras) 29,3% delas contra 70,7% no grupo das primigestas. Em ambos os grupos mais de 60% da amostra tinha menos de 4 anos de estudo. O número de analfabetas era semelhante nos dois grupos. Entre as multigestas a perda foi de 25,19% das primeiras gestações com abortos, natimortos e filhos mortos. Essas usaram significativamente mais métodos contraceptivos que as primigestas (28,8% da amostra) e planejaram 1,6 vezes menos a gravidez atual que o grupo controle. A frequência ao pré-natal foi significativamente menor nas múltiparas, porém ambas iniciaram tardiamente o pré-natal. Quanto ao tipo de parto a taxa de cesariana foi menor entre as multigestas (16,6%) que entre as primigestas (25%), diferença que, no entanto, não tem significância estatística. Quanto à indicação, entre as multigestas, a iteratividade foi a mais freqüente seguida pelo sofrimento fetal e DHEG enquanto no grupo controle foram o sofrimento fetal, a desproporção

céfalo- pélvica e a DHEG. Assinalaram ainda o uso do fórcepe em 32,4% das primigestas (56,7% com a indicação de alívio materno-fetal) e em 9,6% das multigestas. A DHEG se constituiu na principal afecção anotada nos dois grupos (38,2% das múltiparas e 78,8% das primigestas). Entre as múltiparas as complicações puerperais como retenção de restos e atonia uterina foram duas vezes mais freqüentes que no grupo controle. Em relação aos recém nascidos não ocorreram diferenças em ambos os grupos quanto às médias de peso ao nascer, à presença de baixo peso e de prematuridade.

Matsushashi et al. 1989 pesquisaram na Califórnia (San Diego-EUA), as razões pelas quais as adolescentes engravidavam. Analisaram 150 jovens de 12 a 19 anos das quais 69% primigestas (Grupo 1 - G1) e 31% com pelo menos uma gravidez prévia (Grupo 2 - G2) todas provenientes de classe sócio-econômica baixa. As do grupo G1 eram significativamente mais jovens que as do G2 ($p= 0,0002$). As do primeiro grupo tiveram o início do pré-natal em média com 20,4 semanas enquanto as do segundo grupo com 17,1 semanas. Eram casadas 11% do G1 e 15% do G2. No G1 55% eram estudantes contra 35% do G2 ($p= 0,01$). Praticamente metade das adolescentes do G2 estavam em casa, sem emprego e fora da escola. No G1 14% das

adolescentes moravam com os pais e 2% do G2. No G1 60,6% referiam não ter planejado a gestação. No outro grupo 37% faziam essa referência ($p=0,01$). No G2 60% das jovens já tinham um filho em casa e nenhuma cogitou a hipótese de ceder seus filhos para adoção. Já 8% das primigestas tinham essa intenção ($p=0,025$). Planejavam criar seus filhos com os companheiros 41% das do G1 e 46% do G2, enquanto 26% do G2 e 7% do G1 tinham a intenção de fazê-lo sozinhas. Em média os companheiros eram de 4 a 5 anos mais velhos do que as meninas em ambos os grupos. Os autores confirmam a alta frequência de repetição de gravidez na adolescência, referem que somente o uso de contraceptivos no pós-parto não é suficiente para prevenção de novas gestações nessa faixa etária. Ainda reconhecem que uma limitação para o estudo está no fato de não se saber o porquê adolescentes, com um ou mais de um filho, querem outra gestação. Questionam a possibilidade de melhoria de auto-estima, da falta de outros objetivos, de um certo tédio na vida. Sugerem ainda a possibilidade de uma opção por constituir uma família precocemente ao contrário do que a sociedade usualmente admite como correto.

Santelli et al. em 1990 investigaram alguns resultados referentes ao peso de recém-nascidos de mães adolescentes com uma ou mais

gestações. Selecionaram, retrospectivamente, um grupo de mulheres com uma ou mais gestações abaixo dos 20 anos, outro de mulheres que tiveram o primeiro filho abaixo dos 20 e os demais entre 20 e 25 anos. No primeiro grupo a taxa de baixo peso ao nascimento foi alta (17,5%), porém não ocorreram diferenças entre a primeira gestação e as demais em relação ao peso dos RN. Também não houve influência do intervalo interpartal. É interessante notar que 46% das mães desse grupo tiveram o início do acompanhamento pré-natal na segunda gravidez já no primeiro trimestre enquanto 59% haviam começado o pré-natal da primeira no primeiro trimestre. De modo geral, os resultados das gestações das mulheres do segundo grupo são melhores tanto na primeira gravidez quanto na segunda quando comparadas com as do primeiro grupo.

Blackson et al. (1993) na Universidade do Alabama verificam o início mais tardio do acompanhamento pré-natal em uma segunda gravidez ao procederem à análise dos resultados das primeiras gestações em relação às segundas em 737 adolescentes. Assinalam idade gestacional média de início de pré-natal na primeira gestação de 17,3 semanas e de 20,1 na segunda ($p= 0,0001$). As pacientes reincidentes tinham situação marital diferente em uma e em outra gestação: na primeira 84,2% eram solteiras enquanto na segunda 15,1% encontravam-

se sem companheiro. Na segunda gravidez as adolescentes apresentaram peso pré-gravídico e peso na primeira visita médica maiores que na gestação anterior e conseqüentemente maior índice da massa corpórea. Em relação aos resultados perinatais houve um aumento de 91g de peso ao nascer da primeira para a segunda gestação. Também foi significativa a diminuição da taxa de RCIU de uma para a outra ($p < 0,05$). O aumento do peso dos RN estaria relacionado com o maior peso materno. O escore de Apgar ao primeiro minuto foi significativamente menor no primeiro parto. Esse estudo também separa as pacientes em relação às raças branca e negra e revela que se trata de um fator importante associado à prematuridade. Nos dois grupos houve uma diminuição significativa da idade gestacional de um parto para o outro, principalmente na raça negra. Ou seja, 15,4% das negras têm partos de pré-termo na primeira gestação e 20,5% na segunda ($p < 0,05$). A taxa de recorrência de prematuridade é de 31,6% para as brancas e 48,9 % para as negras. Para a RCIU observam taxa de recorrência de 12,5% para negras e 18,2% para brancas.

Stevens-Simon et al. (1996) em Denver (Colorado - EUA) estudaram 200 adolescentes pobres entre 13 e 18 anos com o intuito de verificar se atitudes positivas em relação a uma primeira gravidez seria

um fator para que nova gestação ocorresse rapidamente. A comparação do grupo em que essas atitudes positivas estão presentes com aquele no qual não estão mostra um OR=2,38 (IC95%: 0,96-5,90). Embora sem significância estatística pelos parâmetros usuais os autores afirmam que a repetição rápida da gravidez ocorre com maior frequência naquele grupo. Observam ainda que a falta de suporte familiar na primeira gravidez é o fator mais fortemente associado à repetição: OR=3,75 (IC95%: 1,10-12,80). A seguir está o abandono da escola antes de completar o segundo grau: OR=3,02 (IC95%: 1,08-8,47). Não encontram associação significativa entre nova gestação e uso de drogas ilícitas ou não morar com os pais. Notam também que o relato de abortamento na gravidez anterior e o não planejamento contraceptivo relacionam-se significativamente com novas gestações

Em 1998 Rigsby et al. publicaram revisão, realizada na Universidade de Pensylvania, com artigos abrangendo o período de 1966 a 1997 tendo por objetivo identificar os fatores de risco para repetição de gravidez na adolescência. Concluem pela existência de alguns preditores importantes para a recorrência tais como idade precoce, ou seja, quanto mais jovem a adolescente maior a probabilidade de novas gestações. Também associam-se o baixo nível sócio-econômico, a baixa

escolaridade de suas mães e o fato de serem elas as chefes de família. A união marital representa outro fator de risco bem como o planejamento e desejo da primeira gravidez e a utilização de um método anticoncepcional, que não o implante de progestágeno no pós-parto. Segundo os autores a repetição da gravidez na adolescência não é um problema exclusivo de pediatras e obstetras. Há necessidade de programas abrangentes que visem os vários aspectos das vidas das mães adolescentes.

Coard et al. (2000) estudaram 80 adolescentes recrutadas entre a primeira e décima sexta semana pós parto. A maioria das meninas era de origem afro-americana, vindas de zonas urbanas de baixa renda. Tinham de 13 a 17 anos e haviam estudado, em média, 9,15 anos. Estavam normalmente matriculadas na escola. Recebiam assistência médica no início da entrevista, 80%. Referiam morar em casas com 5 pessoas em média. Os autores objetivaram avaliar a relação dos fatores sócio econômicos e médicos com a repetição de uma nova gestação em 12 e 24 meses pós-parto. Todas receberam assistência multidisciplinar para seus filhos e para si próprias. Apontam que 34% das adolescentes que têm seus filhos antes de 16 anos engravidam novamente em dois anos. Nos mesmos dois anos 76% das que usam corretamente contraceptivos entre

1 e 16 semanas de pós-parto, não repetem a gravidez. Naquelas que se valem da medroxiprogesterona, ou de implantes de progesterona logo após o parto, 4,9% engravidam novamente em um ano. Entre as que usam contraceptivos orais e condom a repetição, também em um ano, é de 25% e 46% respectivamente. Em dois anos, no entanto, cresce para 67% as usuárias de condom que apresentam nova gestação. Entre as usuárias de ACO a incidência se mantém constante em 25%. Ainda, 21% das pacientes que tiveram abortamentos espontâneos acabam engravidando em dois anos. O uso de medroxiprogesterona, ou implantes de progesterona no pós-parto imediato, é pois, importante para prevenir novas gestações. No entanto, nesse estudo não há relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas e a repetição da gravidez.

Olausson et al. (2001) estudaram mulheres suecas que tinham entre 13 e 24 anos de idade na ocasião do primeiro parto e que tiveram dois ou mais nascimentos de crianças vivas e únicas, com o segundo parto após a adolescência, no período de 1973 a 1993. Compararam o risco de prematuridade durante a adolescência e após esse período. Avaliaram o risco para o nascimento de prematuros abaixo de 32 semanas, no primeiro parto, portanto na adolescência. Esse é maior

quanto mais jovem a adolescente tendo como referência o grupo de 20 a 24 anos Assim, entre 13 e 15 anos encontram $OR= 4,8$ (IC95%: 3,3-6,9); entre 16 e 17 anos $OR=2,3$ (IC95%: 2,0-2,7) e entre 18 e 19 anos $OR= 1,5$ (IC95%: 1,4-1,6). Isso é menor na segunda gravidez ($OR=1,6$; IC95%: 0,9-3,0). Já para os nascimentos de pré-termo entre 33 e 36 semanas esses riscos distribuem-se da seguinte maneira: entre 13 e 15 semanas, $OR=2,2$ (IC95%: 1,6-2,9); entre 16 e 17 semanas, $OR=1,7$ (IC95%: 1,6-1,9); entre 18 e 19 anos, $OR= 1,3$ (IC95%: 1,2-1,4). Os riscos, na segunda gravidez (portanto após a adolescência) para partos de pré-termo até 32 semanas são: com primeiro parto entre 13 e 15 anos, $OR=1,6$ (IC95%: 0,9-3,0); primeiro parto entre 16 e 17 anos, $OR=1,3$ (IC95%: 1,1-1,6) e primeiro parto entre 18 e 19 anos, $OR=1,2$ (IC95%: 1,1-1,4). No que se refere a partos de pré-termo de 33 a 36 semanas assinalam: com primeiro parto entre 13 e 15 anos, $OR=1,2$ (IC95%: 0,9-1,8); primeiro parto entre 16 e 17 anos, $OR=1,1$ (IC95%: 1,0 - 1,3) e primeiro parto entre 18 e 19 anos, $OR=1,1$ (IC95%: 1,1 - 1,2). De maneira geral há uma diminuição do risco de prematuridade da primeira para a segunda gravidez.

Smith et al. (2001) estudaram os resultados perinatais adversos nas gestantes adolescentes na primeira e na segunda gestação, através do

levantamento dos nascidos vivos da Escócia entre 1992 e 1998. Segundo eles, em mulheres entre 15 a 19 anos os resultados do primeiro e do segundo nascimentos não mostram diferenças quanto à frequência de RNPIG e em relação ao número de cesáreas de emergência. No entanto, ocorrem diferenças significativas quanto à prematuridade extrema (abaixo de 32 semanas) e prematuridade entre 33 a 36 semanas. Ou seja, as adolescentes têm maior probabilidade desses resultados adversos na segunda gravidez quando comparadas com mulheres entre 20-29 anos.

Pfitzner et al. (2003) avaliaram a reincidência de gestações em adolescentes que participaram de um programa espacial para elas em Salt Lake City, EUA. A proposta era que se mantivessem ligada ao projeto até os 19 anos ou até quando seus filhos completassem 2 anos. O tempo médio de inclusão foi de 1,9 anos. De 1838 adolescentes matriculadas no decorrer de 15 anos a taxa de reincidência foi de 10,6% (194 adolescentes). As que repetiram a gestação mantiveram-se mais tempo matriculadas no programa. Tiveram uma idade significativamente menor no primeiro parto (16,3 anos) do que aquelas que não repetiram a gestação (17 anos). A escolaridade das reincidentes é mais baixa bem como apresentam significativamente mais problemas psiquiátricos e histórias relacionadas a suicídio. No entanto não há diferenças em

relação à idade gestacional de início do pré-natal e no peso médio dos RN em ambos os grupos.

Maia et al. 2004 analisaram a sucessão das vias de partos da primeira até a quarta gestação de 714 parturientes adolescentes em Recife com média etária de $17,2 \pm 1,5$ anos. Observaram que 527 (73,8%) adolescentes tiveram uma única parturição, 149 (20,9%) duas, 35 (4,9%) três e 3 (0,4%) quatro partos. Independente do número de partos a via vaginal predomina. Dentre as primíparas assinalam 5,9% de partos a fórcepe e nas secundíparas 2,7%. Dentre as 273 gestantes submetidas à cesárea, 75,8% são primíparas, 23,8% secundíparas e 0,4% múltiparas. As parturientes estão expostas a risco aproximadamente 22 vezes maior de repetição da via do primeiro parto (OR=21,8; IC95%: 8,4-57,8). Também há associação estatisticamente significativa entre as vias de parto da segunda e terceira parturições. As com segundo parto cesárea estão expostas a risco 230 vezes maior dessa via no terceiro evento (RR= 230; IC95%: 10,1-10353,3).

Em 2004 Gomes fez um estudo transversal com coleta de dados retrospectiva com o objetivo de descrever e analisar a gestação e sua recorrência no período da adolescência. Coletou dados nas consultas de pré-natal de 394 adolescentes entre 12 e 19 anos na cidade de São Paulo.

Do total, 120 tinham histórias de mais de uma gravidez no período de adolescência. Portanto, 30,5% da amostra eram gestantes recorrentes entre as quais 78,3% secundigestas. Registra intervalo médio interpartal de 22 meses mesmo entre a terceira e quarta gestações. O início do pré-natal no segundo trimestre da gravidez é visto em 64,2% das estudadas. No aspecto social, além da idade significativamente mais avançada do grupo de pacientes com recorrência da gravidez também registram tempo maior de união com seus parceiros quando comparadas com as não recorrentes ($p < 0,001$), em média 27,3 contra 11,5 meses. No grupo das recorrentes 45,9% das pacientes são solteiras, condição observada em 66,2% do outro grupo ($p < 0,001$). Com relação à escolaridade a média de anos de estudo no grupo de adolescentes recorrentes é de 6,8 anos contra 7,8 das que não engravidaram novamente ($p = 0,0001$). Do grupo das recorrentes 35,2% têm algum tipo de ocupação remunerada, em sua maioria trabalhos manuais não qualificados. Nesse grupo a menarca ocorre, em média, com 12 anos e o início da atividade sexual com 14,3. Referem, em média, 3 parceiros enquanto as não recorrentes 2. Naquelas o autor detecta que 42,1% desejam a segunda gravidez. Entre as primigestas 46,3% têm esse sentimento. No final 88% das múltiparas aceitam a gestação vigente bem como 95,9% das primigestas. Quanto à anticoncepção, 35,9% das recorrentes não referem uso de qualquer tipo

de contraceptivo. Entre as que se valem de algum método o mais utilizado é o ACO seguido do condom.

Persona et al. (2004), analisaram o perfil biopsicossocial de 18 adolescentes com repetição da gravidez atendidas no ambulatório de pré-natal do CAISM em Campinas. Observaram que a primeira gestação ocorre, em média, aos 15 anos de idade e a segunda, em média, aos 17 anos. Somente 16,6% das meninas não interrompem os estudos com a gravidez. Apesar disso a escola é apontada como o maior veículo de educação sexual (50%), seguida pela família e amigos (16,67% cada). Referem somente um parceiro sexual 55,56% das estudadas e a média etária do parceiro é de 23 anos. Na segunda gestação 27,78% das adolescentes estão solteiras enquanto nas primeiras gestações 66,67% têm essa condição. Portanto o fato de ter um companheiro fixo aparece como um fator de risco para repetição da gravidez. No momento da segunda gestação 77,78% das adolescentes não têm ocupação remunerada e a renda familiar em média é de 5 salários mínimos. No intervalo interpartal, que variou de 6 a 12 meses, 11,11% das adolescentes não utilizam qualquer método contraceptivo. Nessa pesquisa 66,67% referem não ter planejado a primeira gestação e 77,78% não planejaram a segunda. Ainda o conceito apontado pelas adolescentes

quanto ao relacionamento com suas mães é excelente na maioria dos casos, mas em compensação o relacionamento com a figura paterna é apontado como péssimo. A reação familiar à primeira gravidez e à atual é de amparo. A própria adolescente aparece como principal cuidadora de seus filhos. Foi observado que 5,56% delas não amamentam os primeiros filhos.

3. PROPOSIÇÃO

A presente pesquisa tem como objetivos, investigar:

- 1- Variáveis demográficas associadas à recorrência da gravidez na adolescência

- 2- Variáveis obstétricas associadas à recorrência de gravidez na adolescência

- 3- Variáveis psicossociais associadas à recorrência de gravidez na adolescência

4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1. Casuística

Este estudo inclui 510 adolescentes primigestas e 106 com mais de uma gestação matriculadas e acompanhadas no Setor de Gravidez na Adolescência da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SGACO-HC) entre janeiro de 2000 a janeiro de 2006. Levando em conta a extensão temporal da pesquisa, em um certo momento foram incluídas novas variáveis na abordagem inicial dessas jovens. Por isso, ao se apresentar os resultados referentes a essas variáveis o grupo de trabalho é menor.

Todas as gestantes tinham até 18 anos. Receberam esclarecimentos acerca da maneira de atendimento no Setor e tiveram ciência de que os dados de suas entrevistas e resultados gestacionais seriam utilizados para pesquisa. Assinaram, com seus representantes legais, o termo de consentimento livre e informado (Anexo 1). Foram atendidas por uma equipe multiprofissional e os dados armazenados em prontuário eletrônico (Access-Microsoft 98).

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas sob protocolo de número 367/05 (Anexo 2).

4.2. Critérios de Inclusão

- Gestante primigesta até 18 anos na primeira consulta
- Gestante com mais de uma gravidez também, até 18 anos na primeira consulta
- Gravidez de feto único
- Acompanhamento no pré-natal multiprofissional do SGACO-HC

4.3. Critérios de Exclusão

- Gestantes que abandonaram o pré-natal após a primeira consulta
- Gravidez múltipla

4.4. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo analítico e transversal para as variáveis psicossociais. É também um estudo longitudinal descritivo e analítico quando se avalia as particularidades do atendimento pré-natal às adolescentes grávidas.

4.5. Variáveis estudadas

Variáveis Demográficas

- Idade: expressa em anos;
- Cor: caracterizada como branca, preta, parda e amarela;
- Naturalidade: local de nascimento, subdividido entre estado de São Paulo e outros;
- Estado civil: união estável para aquelas casadas ou em união consensual, solteira com companheiro para as solteiras que têm parceiro, porém, não vivem juntos, solteira sem companheiro aquelas que estão efetivamente sozinhas sem qualquer apoio do

responsável pela gestação incluindo as viúvas e separadas pelas leis vigentes no país;

- Mudança de estado civil durante a gestação: considerada a mudança do estado conjugal entre o início do acompanhamento pré-natal e o retorno para consulta de puerpério;
- Escolaridade: agrupadas em analfabetas (AN) e primeiro grau incompleto (IGI) denominadas grupo 1; primeiro grau completo (IGC) e segundo grau incompleto (IIGI) chamado grupo 2; segundo grau completo (IIGC) e curso superior (CS), grupo 3. Registrou-se também o número de anos que as adolescentes passaram na escola;
- Frequência à escola durante a gestação: considerou-se aquelas que continuam freqüentando a escola no início do acompanhamento pré-natal, as que já haviam parado antes da gestação e as que abandonam a escola na vigência da gestação atual;
- Renda familiar das grávidas: considerada aquela referida pela paciente na primeira consulta e mensurada em salários mínimos, maior ou menor que cinco;

-
- Dependência financeira: subdividida em dependência em relação ao companheiro, familiares (pai, mãe e outros) e um grupo considerando o companheiro e familiares conjuntamente;
 - Trabalho: caracterizado como presença de atividade remunerada no início da gestação vigente e ainda considerados os casos em que a adolescente referia já ter exercido alguma atividade antes da gravidez;
 - Idade do companheiro: expressa em anos. Registrou-se também a diferença de idade entre o companheiro e a paciente;
 - Idade das mães das gestantes adolescentes: expressa em anos;
 - Núcleo familiar independente: morar com a família dela quando convivem na mesma casa; anexo à casa quando se trata do mesmo núcleo familiar porém em construção anexa à casa original, sozinhos quando foi criado um núcleo familiar novo, independente da família de origem (ela e o companheiro);
 - Tipo de moradia: considerado o tipo de moradia em alugada, cedida ou própria e ainda o número de moradores que habitam a mesma casa que a adolescente;

Variáveis Obstétricas

- Idade gestacional ao iniciar o Pré-Natal: mensurado em semanas, a partir do primeiro dia da última menstruação e/ou calculada por ultra-sonografia precoce realizada até 12^a semanas e confirmada pela ultra-sonografia até a 24^a semana;
- Gestações prévias: expressas em números;
- Paridade: presença ou não de partos anteriores;
- Abortamentos anteriores: para o grupo de multigestas, a presença ou não de algum episódio de abortamento prévio;
- Idade gestacional na última consulta de pré-natal: expressa em semanas;
- Intervalo intergestacional: tempo decorrido entre um parto e o início da gestação seguinte, expresso em meses;
- Estatura: aferida em centímetros
- Peso no início do Pré-Natal: em gramas;
- Peso na última consulta de Pré-Natal: em gramas;
- Índice de massa corpórea: em kg/m^2
- Ganho de peso durante o pré-natal: medido em gramas;

-
- Classificação segundo o gráfico de Rosso: subdividido em A- baixo peso, B- peso adequado e C- sobrepeso;
 - Número de consultas de Pré-Natal;
 - Antecedentes obstétricos: para um grupo de multigestas considerou-se a presença de cesárea anterior, malformações fetais, DHEG e outros tais como natimortos, neomortos, baixo peso e prematuros;
 - Frequência de complicações obstétricas: DHEG, TPP, ITU, oligoâmnio e amniorrexe prematura;
 - Tipo de parto: cesárea, fórcepe e normal;
 - Local do parto: refere-se aos partos realizados ou não no HC-FMUSP;
 - Indicações dos partos operatórios: consideradas as indicações das cesáreas e dos fórcepes;
 - Complicações no parto e no puerpério: presença ou não de alguma complicação;
 - Tipo de anestesia no parto: raquianestesia, peridural, duplo-bloqueio, anestesia geral, local e nenhuma;
 - Idade gestacional ao parto: em semanas;

-
- Frequência de prematuridade: considerados os nascimentos com idade gestacional (IG) menor que 37 semanas completas;
 - Condição dos recém-nascidos: nativos (para aqueles nascidos vivos), natimortos (para os nascidos mortos) e neomortos (para os que nasceram vivos e evoluíram para o óbito em até 28 dias);
 - Peso dos recém-nascidos: em gramas;
 - Classificação dos recém-nascidos segundo a adequação do peso para a idade gestacional com o uso da curva de Ramos. Subdivisão em: PIG – peso ao nascer abaixo do percentil 10 para a idade gestacional; GIG – acima do percentil 90 e AIG – entre os percentis 10 e 90;
 - Índice de Apgar de primeiro e de quinto minutos: considerado menor de 7, maior ou igual a 7;
 - Complicações dos RN: asfixia, desconforto respiratório, malformações, outras e nenhuma complicação;

Variáveis psicossociais

- Idade à primeira relação sexual: expressa em anos;
- Tempo de atividade sexual no início da gravidez atual: expressa em anos;
- Número de parceiros sexuais: expresso em números e para um grupo de multigestas a troca ou não de parceiros, de uma gravidez para outra;
- Gestação programada: número de adolescentes que explicitamente declararam ter programado a gestação ou de não tê-lo feito;
- Desejo de gestação: considerada não programada, mas que trouxe felicidade à adolescente ao receber a notícia da gravidez;
- Aceitação da gestação: refere-se à conformidade com a gravidez sendo ela desejada ou não;
- Intenção e tentativa de interrupção da gestação: considerada quando a adolescente pensou em interromper a gestação e quando usou algum método efetivo ou supostamente efetivo para tal finalidade;

-
- Conhecimento de métodos contraceptivos: refere-se ao conhecimento ou não de algum método contraceptivo quando questionadas na primeira consulta de pré-natal, quantificados em menor ou igual a dois e três ou mais métodos;
 - Uso de algum método contraceptivo e tempo de uso: uso ou não de um método contraceptivo e o tempo de utilização expresso em meses;
 - Frequência a médicos ginecologistas: visita ou não ao médico ginecologista antes da gestação vigente e para um grupo de multigestas a frequências ou não a grupos de planejamento familiar. Ainda para essas, se as orientações foram ou não seguidas;
 - Relacionamento das gestantes adolescentes com suas mães: classificado em bom, razoável, ruim e inexistente, segundo avaliação da própria adolescente;
 - Antecedente familiar para gestação na adolescência: refere-se ao fato da mãe da adolescente ter sido ou não gestante adolescente. Considerou-se também a existência de qualquer outra familiar que tenha sido gestante adolescente;

-
- Relacionamento das gestantes adolescentes com suas mães: classificado em bom, razoável, ruim e inexistente, segundo avaliação da própria adolescente;
 - Relacionamento das gestantes adolescentes com seus pais: classificado em bom, razoável, ruim e inexistente, segundo avaliação da própria adolescente;
 - Relacionamento das gestantes adolescentes com o companheiro: classificado em bom, razoável, ruim e inexistente, segundo avaliação da própria adolescente;
 - Reação materna: classificada em boa, ruim e indiferente, quanto ao conhecimento da gravidez da filha, segundo avaliação da própria adolescente;
 - Reação paterna: classificada em boa, ruim e indiferente, quanto ao conhecimento da gravidez da filha, segundo avaliação da própria adolescente;
 - Reação do companheiro: classificada em boa, ruim e indiferente quanto ao conhecimento da gravidez da adolescente, segundo sua própria avaliação;
 - Contato com grupo de amigos: refere-se ao contato prévio à gestação de grupo de amigos

- Atividade esportiva: prática ou não de algum esporte antes da gestação;

4.6. Análise estatística

Inicialmente todas as variáveis foram apresentadas de forma descritiva. Para as variáveis quantitativas fez-se o relato dos valores mínimos e máximos, dos cálculos de média e desvio-padrão. Para as variáveis qualitativas foram assinaladas as freqüências absolutas e relativas.

Para a análise da hipótese de igualdade entre os dois grupos utilizou-se o teste t de Student. Quando a normalidade dos dados foi rejeitada utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Para se testar a homogeneidade dos grupos em relação às proporções foi utilizado o teste do χ^2 ou o teste exato de Fisher (para freqüências esperadas abaixo de 5).

Para se avaliar a concordância entre duas classificações foi utilizado o índice de Kappa. Esse índice varia de zero a 1 sendo que:

Kappa $< 0,45$ apresenta concordância marginal; entre $0,45$ e $0,75$ significa boa concordância e $\geq 0,75$ concordância ótima.

O nível de significância utilizado para os testes foi de 5% (Rosner, 1986).

5. RESULTADOS

5.1. Variáveis Demográficas

Idade das gestantes

A média de idade das adolescentes primigestas foi de 15,6 anos (mínima de 11 e máxima de 18; DP=1,2 anos), enquanto das multigestas a idade média foi de 16,3 anos (mínima de 14 e máxima de 18; DP=0,97 anos). Essa diferença, pelo teste *t* de Student, é estatisticamente significativa com $p < 0,001$, revelando que a média de idade das adolescentes primigestas é menor que a das multigestas.

Cor

No grupo das primigestas 258 (53,9%) eram da raça branca, 53 (11,0%) eram da preta, 166 (34,7%) parda e 2 (0,4%) da raça amarela. Das multigestas 57 (55,3%) foram categorizadas como brancas, 14 (13,6%) como pretas, 32 (31,1%) pardas e nenhuma amarela. Pelo teste

exato de Fisher não há diferenças estatisticamente significantes entre os grupos ($p= 0,762$).

Naturalidade

Eram naturais do Estado de São Paulo 373 (77,9%) primigestas e 106 (22,1%) haviam nascido em outros locais. Já entre as multigestas 75 (72,8%) eram originárias de São Paulo e 28 (27,2%) não. Segundo o teste do χ^2 não há diferença estatística significativa quanto a essa variável ($p= 0,269$).

Estado civil

A tabela 1 mostra as proporções de gestantes primigestas e multigestas de acordo com o vínculo conjugal no início do pré-natal. Percebe-se uma proporção maior de multigestas (75,5%) em união estável quando comparadas com as primigestas (32,3%). Essa análise, pelo teste de χ^2 , mostrou que as diferenças são estatisticamente significantes ($p < 0,001$).

Tabela 1 – Distribuição das gestantes adolescentes primigestas e multigestas de acordo com o estado civil ao iniciar o pré-natal da gravidez atual

Estado civil	Primigestas	Multigestas
	n (fr%)	n (fr%)
União estável	165 (32,3)	80 (75,5)
Solteira com companheiro	274 (53,7)	19 (17,9)
Solteira sem companheiro	71 (13,9)	7 (6,6)
Total	510 (100,0)	106 (100,0)

$p < 0,001$ (teste do χ^2)

Mudança de estado civil durante a gestação

No retorno de puerpério evidenciou-se que muito mais primigestas (56,3%) estavam em união estável. Já as multigestas permaneciam nessa situação conjugal (75,1%). O teste de χ^2 mostrou diferença estatisticamente significativa ($p=0,003$) com visualizado na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das gestantes adolescentes primigestas e multigestas de acordo com a mudança de estado civil

Mudança de estado civil	Primigestas	Multigestas
	n (fr%)	n (fr%)
União estável	193 (56,3%)	53 (75,7%)
Solteira com companheiro	99 (28,9%)	7 (10,0%)
Solteira sem companheiro	51 (14,9%)	10 (14,3%)
Total	343 (100,0%)	70 (100,0%)

$p=0,003$ (teste de χ^2)

Quando se comparou o estado civil no início do pré-natal com o estado civil no retorno de puerpério e analisou-se o índice de concordância de Kappa detectou-se que do grupo de primigestas de um

total de 200 adolescentes que estavam solteiras com companheiro 88 (44%) permaneceram nesse status conjugal, sendo que 94 (47%) tornaram-se em união estável e 18 (9%) continuaram solteiras sem companheiro. De 43 primigestas que eram solteiras sem companheiro 9 (20,9%) passaram a ser solteiras porém com companheiro, 3 (7%) delas tornara-se em união estável e 31 (72%) continuaram sem companheiro. Ainda de 100 primigestas que estavam em união estável a mesma proporção, ou seja, 2 (2%) ficaram sem companheiro e 2 solteiras com companheiro com 96 (96%) mantendo-se em união estável. Para essa análise o Índice de Kappa foi de 0,425 demonstrando que nesse grupo há mudança significativa de estado conjugal no sentido de unir-se a um companheiro. Na análise desse mesmo índice no grupo de multigestas notou-se que de 17 adolescentes que inicialmente encontravam-se solteiras com companheiro 7 (41,2%) permaneceram dessa forma, 4 (23,5%) tornaram-se solteiras sem companheiro e 6 (35,3%) passaram para um status de união estável. Ainda em relação as multigestas das 3 pacientes que eram solteiras sem companheiro todas permaneceram na mesma situação e de 50 que tinham uma união estável 3 (6%) tornaram-se solteiras sem companheiro e nenhuma solteira com companheiro. Para essa análise o índice de Kappa foi de 0,567 mostrando uma adequada concordância com o estado civil inicial e final sem muitas alterações de

estado civil para esse grupo. Esses dados estão melhor exemplificados nas tabelas 3 e 4 para as adolescentes primigestas e multigestas respectivamente.

Tabela 3 - Comparação do estado civil de adolescentes primigestas no início do pré-natal e no puerpério

Estado civil ao iniciar o Pré-natal	Estado civil no puerpério			Total
	União estável	Solt com companheiro	Solt sem companheiro	
União estável	96	2	2	100
Solteira com companheiro	94	88	18	200
Solteira sem companheiro	3	9	31	43
Total	193	99	51	343

Índice de Kappa=0,425

Tabela 4 - Comparação do estado civil de adolescentes multigestas no início do pré-natal e no puerpério

Estado civil ao iniciar o Pré-natal	Estado civil no puerpério			Total
	União estável	Solt com companheiro	Solt sem companheiro	
União estável	47	0	3	50
Solteira com companheiro	6	7	4	17
Solteira sem companheiro	0	0	3	3
Total	53	7	10	70

Índice Kappa=0,567

Escolaridade

Na análise da escolaridade agrupou-se as analfabetas (AN) com as que tinham o primeiro grau incompleto (IGI) denominado grupo 1; as com primeiro grau completo (IGC) com as de segundo grau incompleto (IIGI) chamado grupo 2 e as com segundo grau completo (IIGC) e as com curso superior (CS), grupo 3. Na tabela 5 estão demonstrados os dados referentes à distribuição de acordo com a escolaridade e percebe-se que mais adolescentes multigestas atingem níveis maiores de escolaridade, apesar de 54,7% permanecerem no grupo 1. Aplicando-se o teste exato de Fisher nota-se que há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

No entanto, quando se analisa o número de anos que as adolescentes passaram na escola, pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney, não se observa diferença significativa quanto ao número de anos já cursado ($p=0,026$). Ou seja, as primigestas passaram em média 8,3 anos na escola (mínimo de zero e máximo de 12 anos; DP=1,9) e as multigestas 7,9 anos (mínimo de 3 e máximo de 11 anos; DP=2,0).

Tabela 5 - Distribuição das gestantes adolescentes primigestas e multigestas de acordo com os grupos de escolaridade

Grupos de escolaridade	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Grupo1 (AN + IGI)	229 (44,9)	58 (54,7)
Grupo 2 (IGC + IIGI)	280 (54,9)	43 (40,6)
Grupo3 (IIGC + CS)	1 (0,2)	5 (4,7)
Total	510 (100,0)	106 (100,0)

p < 0,001 (teste exato de Fisher)

Frequência à escola durante a gestação

Os dados referentes à frequência à escola durante o período gestacional estão representados na tabela 6. Entre as multigestas percebeu-se que 35,9% mantinham alguma atividade educacional na gravidez atual. A aplicação do teste do χ^2 à totalidade dos dados da tabela revelou que essa proporção é significativamente inferior à observada no grupo de primigestas (72,9%) que se mantinham na escola mesmo grávidas (p=0,001). Quando se comparou o grupo das que continuam estudando, com o grupo das que abandonaram a escola

durante a gravidez observou-se, pelo teste do χ^2 , não haver diferença estatisticamente significativa entre primigestas e multigestas ($p=0,07$). Porém, ao se fazer a comparação entre todas as que estavam estudando ao engravidar, quer tenham continuado ou abandonado na gravidez, com as que já haviam deixado a escola antes da gestação a diferença entre primigestas e multigestas é significativa ($p<0,0001$) pelo teste do χ^2

Tabela 6 - Distribuição das gestantes adolescentes primigestas e multigestas de acordo com a frequência à escola durante a gestação

Frequência à escola	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Continua estudando	366 (72,9)	37 (35,9)
Abandono antes da gestação	86 (17,1)	56 (54,4)
Abandono na gestação	50 (10,0)	10 (9,7)
Total	502 (100,0)	103 (100,0)

$p=0,001$ (Teste de χ^2)

Renda familiar

A distribuição das adolescentes primigestas e multigestas de acordo com a renda familiar, em salários- mínimos, está representada na tabela 7. Não se observou diferença significativa com o teste de χ^2 entre os grupos.

Tabela 7 - Distribuição das gestantes adolescentes primigestas e multigestas de acordo com a renda familiar, em salários mínimos

Renda	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
< 5	219 (54,5)	54 (59,3)
≥ 5	183 (45,2)	37 (40,7)
Total	402 (100,0)	91 (100,0)

p=0,399 (teste de χ^2)

Dependência financeira

Em relação à dependência financeira observou-se que as primigestas são mais freqüentemente dependentes da ajuda financeira de seus companheiros juntamente com algum familiar enquanto as multigestas são, em geral, dependentes financeiramente somente de seus companheiros. Os resultados estão apresentados na tabela 8 e segundo o teste exato de Fisher, há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Tabela 8 - Distribuição das gestantes adolescentes primigestas e multigestas de acordo com a dependência financeira

Dependência financeira	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Companheiros	134 (26,4)	63 (60,0)
Familiares	36 (7,1)	8 (7,6)
Companheiros +familiares	337 (66,5)	34 (32,4)
Total	507 (100,0)	105 (100,0)

$p < 0,001$ (teste exato de Fisher)

Trabalho

Do grupo das gestantes primigestas 463 (90,8%) não trabalhavam quando iniciaram o pré-natal e 47 (9,2%) tinham alguma atividade remunerada. Das multigestas 91 (85,8%) não trabalhavam enquanto 15 (14,1%) executavam algum trabalho. Não há diferença estatisticamente significativa com a aplicação do teste de χ^2 ($p= 0,124$).

Quando questionadas se já haviam trabalhado em algum momento de suas vidas, antes da gestação, detectou-se que 318 (62,3%) das primigestas referiam nunca ter trabalhado e 192 (37,6%) afirmavam já ter trabalhado. Do grupo de multigestas 70 (66,0%) nunca haviam trabalhado e 36 (33,7%) tiveram atividade remunerada antes da atual gestação. Não há diferença estatisticamente significante entre os grupos quando usado o teste de χ^2 ($p= 0,475$).

Idade do companheiro

A média de idade dos companheiros das adolescentes primigestas foi de 19,8 anos (mínimo de 15 e máximo de 28 anos; DP=2,7 anos) enquanto a dos companheiros das adolescentes multigestas foi de 22,9 anos (mínimo de 17 e máximo de 36 anos; DP=4,6 anos). Análise feita pelo teste *t* de Student mostra uma diferença estatisticamente significativa em relação à média de idade dos companheiros das primigestas que é mais baixa em relação àquela dos parceiros das multigestas. ($p < 0,001$).

Quando avaliada a diferença de idade entre a adolescente gestante e seu companheiro, observou-se que nas primigestas a média da diferença de idade foi de 4,2 anos (mínimo de menos um ano e máximo de 12 anos; DP=2,9 anos). Nas multigestas essa diferença foi em média de 6,3 anos (mínimo de zero e máximo de 19 anos; DP=4,5 anos). O teste não paramétrico de Mann-Whitney mostra que há diferença estatisticamente significativa, ou seja, no grupo de primigestas essas diferenças de idade são significativamente menores que no grupo de multigestas ($p=0,047$).

Idade das mães das gestantes adolescentes

A idade das mães das adolescentes primigestas foi em média de 40,2 anos (mínimo de 32 e máximo de 55 anos; DP=6,5 anos). A média etária materna no grupo de multigestas foi de 40 anos (mínimo de 32 e máximo de 51 anos; DP=4,9 anos). O teste *t* de Student não mostra diferença significativa entre os grupos ($p=0,865$).

Núcleo familiar independente

A análise das informações quanto ao núcleo familiar das adolescentes gestantes foi possível em 122 pacientes. Na tabela 9 encontra-se a distribuição nas primigestas e multigestas, onde destacam-se que 84,8% das primigestas residem com as próprias famílias. Pela análise realizada com o teste do χ^2 aplicado a todos os dados da tabela essa diferença é estatisticamente significativa ($p<0,001$). Quando se compara o grupo das pacientes que moram com a família com todas as outras observa-se diferença estatisticamente significativa com a aplicação do teste do χ^2 ($p<0,0001$). Isto mostra que as primigestas moram, mais freqüentemente, com suas famílias. Quando se compara o

grupo das que moram sozinhas com todas as outras obtém-se também diferença estatisticamente significativa pelo teste do χ^2 ($p=0,01$), ou seja as multigestas moram sozinhas mais frequentemente que as primigestas.

Tabela 9 - Núcleo familiar independente de adolescentes primigestas e multigestas

Núcleo familiar independente	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Família dela	78 (84,8)	14 (46,7)
Anexo à casa da família	2 (2,2)	5 (16,7)
Sozinhos	12 (13,0)	11 (36,7)
Total	92 (100,0)	30 (100,0)

$p < 0,001$ (teste do χ^2)

Tipo de Moradia

Em relação ao tipo de moradia das pacientes pertencentes aos dois grupos as características estão apresentadas na tabela 10, onde se percebe que as primigestas moram, muito mais frequentemente, em casas próprias do que as multigestas ($p=0,004$).

Estudou-se também o número de pessoas que habitam a casa das gestantes e detectou-se que a média de moradores das residências das primigestas foi de 4,4 pessoas (mínimo de 1 e máximo de 60; DP=3,2). Das multigestas a média foi de 3,8 (mínimo de 2 e máximo de 13; DP=1,9). O teste não paramétrico de Mann-Whitney demonstra diferenças significantes quanto a essa variável, isto é, moram mais pessoas nas casas das primigestas que das multigestas ($p=0,006$).

Tabela 10 - Distribuição do tipo de moradia das gestantes adolescentes primigestas e multigestas

Tipo de moradia	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Alugada	134 (26,4%)	30 (28,5)
Cedida	60 (11,8%)	24 (23,1)
Própria	314 (61,8)	50 (48,1)
Total	508 (100,0)	104 (100,0)

$p=0,004$ (teste de χ^2)

5.2. Variáveis Obstétricas

Idade gestacional ao iniciar o Pré-Natal

A média da idade gestacional ao iniciar o pré-natal, entre as primigestas foi de 19 semanas (mínimo de 6 e máximo de 36; DP=6,3 semanas), enquanto entre as multigestas foi de 18 semanas (mínimo de 7 e máxima de 36; DP=6,7 semanas). Essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,4867$) pelo teste *t* de Student.

Gestações prévias

No grupo das 106 multigestas, 87 (82,1%) eram secundigestas, 18 (17,0%) tercigestas e 1 (0,9%) quartigesta. A média de gestações para esse grupo foi de 2,2 gestações (mínimo de 2 e máximo de 4; DP de 0,4).

Paridade

Entre as multigestas 30 (28,3%) eram nulíparas, 71 (67%) primíparas e 5 (4,7%) secundíparas. A média de partos anteriores foi de 0,8 (mínimo de 0 e máximo de 2; DP=0,52).

Abortamentos anteriores

No grupo de multigestas notou-se que 67 (63,2%) não relataram qualquer episódio de abortamento anterior, enquanto 37 (35%) tiveram um, uma (0,9%) paciente dois e uma (0,9%) três.

Idade gestacional na última consulta de pré-natal

A média de idade gestacional na última consulta do pré-natal das adolescentes primigestas foi de 37,7 semanas (mínimo de 21,2 e máximo de 42,4; DP=2,8 semanas). Já das multigestas essa média foi de 36,6 semanas (mínimo de 11,4 e máxima de 41,2; DP=4,4 semanas). Pelo teste *t* de Student houve diferença estatisticamente significativa entre os

grupos ou seja, a média de idade gestacional na última consulta de pré-natal foi maior nas primigestas ($p = 0,022$).

Intervalo intergestacional

De um total de 60 multigestas seqüenciais detectou-se que a média de intervalo intergestacional foi de 12,4 meses (mínimo de 3 e máximo de 48; DP de 8,9 meses). A tabela 11 demonstra essa distribuição.

Tabela 11 - Distribuição do intervalo intergestacional das adolescentes gestantes multigestas

Intervalo intergestacional em meses	n	fr%
3 a 6	14	23,3
7 a 12	27	45,0
13 a 18	8	13,3
19 a 25	6	10,0
≥ 26	5	8,3

Estatura

A média da estatura das primigestas foi de 158,4 cm (mínimo de 141 e máximo de 175; DP=5,8 cm) e das multigestas de 158,2 (mínimo de 146 e máximo de 172; DP=5,53). A diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,6556$) com a análise através do teste **t** de Student.

Peso no início do Pré-Natal

As primigestas ($n=451$) tiveram, ao iniciar o Pré-Natal, a média de peso de 57679 g (mínimo de 37550 e máximo de 104500; DP=8997g), enquanto nas multigestas essa média foi de 58082g (mínimo de 40900 e máximo de 97300; DP=9149g). Com avaliação pelo teste **t** de Student a diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,6885$).

Peso na última consulta de Pré-Natal

A média de peso ao final da assistência pré-natal foi entre as primigestas de 67108g (mínimo de 42800 e máxima de 118750;

DP=9950g) e entre as multigestas de 66721g (mínimo de 49050 e máximo de 99600g; DP=9746g). Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,7293$) pelo teste **t** de Student.

Índice de massa corpórea

A média do índice de massa corpórea das primigestas foi de 22,9 kg/m² (mínimo de 15,8 e máximo de 39,3; DP=3,05 kg/m²). Já nas multigestas a média foi de 23,2 kg/m² (mínimo de 16,8 e máximo de 39,3; DP=3,45). O teste **t** de Student não mostrou diferença estatisticamente significativa ($p=0,4216$).

Ganho de peso durante o pré-natal

A média do ganho de peso das primigestas (n=432) durante o acompanhamento de pré-natal foi de 9546g (mínimo de menos 1000 e máximo de mais 28950; DP=5086g). No grupo de multigestas (n=96) foi 8794g em média (mínimo de menos 1850 e máximo de 22300; DP=4897g).

Não houve diferença estatisticamente significativa pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney ($p=0,2447$).

Classificação segundo o gráfico de Rosso

A tabela 12 mostra a distribuição das primigestas e multigestas quanto à classificação de ganho de peso durante o pré-natal, segundo o gráfico de Rosso. A aplicação do teste de χ^2 não mostrou diferenças estatisticamente significantes entre as posições nas faixas do gráfico de Rosso e o número de gestações entre as adolescentes estudadas.

Tabela 12 – Distribuição da classificação segundo o gráfico de Rosso

Classificação	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
A	242 (53,7)	50 (51,0)
B	174 (38,6)	33 (33,7)
C	35(7,8)	15 (15,3)
Total	451 (100,0)	98 (100,0)

$p=0,059$ (teste do χ^2)

Número de consultas de Pré-Natal

A média do número de consultas de pré-natal nas adolescentes primigestas foi de 7,8 (mínimo de 1 e máximo de 21; DP=2,6 consultas), enquanto nas multigestas a média foi de 7,9 (mínimo de 2 e máximo de 13; DP=2,8 consultas). Não houve diferença estatisticamente significativa pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney ($p=0,9575$).

Antecedentes obstétricos

No grupo das adolescentes multigestas, em 60 delas, constatou-se que 8 (13,3%) tiveram cesáreas anteriores, 9 (15%) malformações fetais, 9 (15%) DHEG na gestação anterior. As demais apresentaram outros antecedentes incluindo 2 casos de natimortos e 2 de neomortos (3,3% cada). E ainda detectou-se que dos 60 casos, 7 (11,7%) apresentaram RN de baixo peso e 11 (18,3%) prematuros prévios.

Freqüência de complicações obstétricas

A tabela 13 mostra a distribuição das principais complicações obstétricas detectadas em ambos os grupos, primigestas e multigestas, durante o pré-natal. Observa-se que pelo teste exato de Fisher a presença de TPP foi estatisticamente significativa para as multigestas ($p=0,006$). Esse mesmo teste não mostrou significância em relação à presença de oligoâmnio ($p=0,274$). E ainda, o teste do χ^2 não demonstrou diferença significativa entre os grupos em relação à presença de DHEG, ITU e Amniorrexe prematura ($p=0,877$; $p=0,569$ e $p=0,115$).

Tabela 13 - Freqüência de complicações obstétricas em gestantes adolescentes primigestas e multigestas

Complicações	Primigestas	Multigestas	p
	n (fr%)	n (fr%)	
DHEG	39 (8,6)	8 (8,1)	0,877
TPP	15(3,3)	10 (10,2)	0,006*
ITU	30 (6,6)	5 (5,10)	0,569
Oligoâmnio	17 (3,8)	6 (6,1)	0,274
Amniorrexe prematura	7 (1,5)	4 (4,1)	0,115

* significativo pelo teste exato de Fisher

Tipo de parto

A tabela 14 mostra o tipo de parto nas gestantes adolescentes, onde se verifica que a cesárea foi realizada em 136 (30,0%) primigestas. Com o uso do teste do χ^2 para todos os dados da tabela notou-se que a diferença é estatisticamente significativa ($p=0,032$) mostrando que as multigestas tiveram mais partos normais que as primigestas e que estas tiveram mais partos a fórcepe que aquelas.

Comparando-se, pelo mesmo teste o número de aplicações de fórcepes com os outros tipos de parto observou-se diferença estatisticamente significativa entre multigestas e primigestas ($p=0,047$). Na comparação de cesáreas com partos por via vaginal (fórcepes+normais) essa diferença não foi notada ($p=0,537$). Comparando-se o número de fórcepes com o número de partos normais obteve-se $p=0,011$, revelando haver diferença estatisticamente significativa entre primigestas e multigestas quanto ao tipo de parto por via vaginal, com predomínio dos fórcepes para aquelas.

Tabela 14 - Distribuição do tipo de parto nas gestantes adolescentes primigestas e multigestas

Tipo de parto	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Cesárea	136 (30,0)	25 (26,6)
Fórcipe	160 (35,2)	23 (24,5)
Normal	156 (34,4)	45 (47,9)
Total	454 (100,0)	94 (100,0)

p= 0,032 (teste do χ^2)

Local do parto

Em relação ao local de realização dos partos observou-se que das primigestas, 298 (66,1%) tiveram seus partos no HC-FMUSP, enquanto 153 (33,2%) em outras instituições. Das multigestas 63 (64,2%) nascimentos foram no HC-FMUSP e 35 (35,7%) não. Pela análise do χ^2 não houve diferença estatística em relação ao local do parto das adolescentes (p=0,735).

Indicações dos partos operatórios

De forma descritiva na tabela 15 estão demonstradas as principais indicações de cesárea e na tabela 16 as principais de fórcepe para ambos os grupos.

Tabela 15 - Distribuição das indicações das cesáreas em adolescentes gestantes primigestas e multigestas

Indicações das cesáreas	Primigestas	Multigestas
	n (fr%)	n (fr%)
Distócia funcional	22 (16,2)	5 (20,0)
Desproporção céfalo- pélvica	18 (13,2)	5 (20,0)
Apresentação pélvica desfavorável	8 (6,0)	3 (12,0)
Mecônio anteparto	6 (4,4)	0 (0,0)
Mecônio intraparto	22 (16,2)	2 (8,0)
Sofrimento fetal anteparto	4 (3,0)	1 (4,0)
Sofrimento fetal intraparto	23 (17,0)	0 (0,0)
Falha de indução	5 (3,7)	0 (0,0)
Outros	16 (11,7)	7 (28,0)
Dados não disponíveis	12 (8,8)	2 (8,0)
Total	136 (100,0)	25 (100,0)

Tabela 16 - Distribuição das indicações dos fórceps em adolescentes gestantes primigestas e multigestas

Indicações dos fórceps	Primigestas	Multigestas
	n (fr%)	n (fr%)
Abreviação do período expulsivo	32 (20,1)	7 (30,4)
Alívio materno-fetal	70 (44,1)	7 (30,4)
Distócia de rotação	27 (17,0)	5 (21,8)
Dados não disponíveis	30 (18,8)	4 (17,4)
Total	159 (100,0)	23 (100,0)

Complicações no parto e no puerpério

Em 451 primigestas, nas quais estes dados estão registrados, 388 (86,0%) não apresentaram qualquer complicação e 63 (14,0%) apresentaram algum tipo de complicação de parto ou puerpério tais como: deiscência, infecção, febre a esclarecer, lacerações e sangramento. Já no grupo de 98 multigestas, com registros no que diz respeito a complicações, detectou-se que 89 (90,8%) nada apresentaram e 9 (9,2%) apresentaram algum tipo de complicação. Não havendo diferença estatisticamente significativa pelo teste de χ^2 ($p=0,203$).

Tipo de anestesia no parto

Das adolescentes, com dados disponíveis, a tabela 17 mostra a distribuição dos tipos de anestesia a que foram submetidas essas pacientes no momento do parto.

Tabela 17 - Distribuição dos tipos de anestesia em adolescentes primigestas e multigestas por ocasião do parto

Tipo de anestesia	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Raquianestesia	150 (35,5)	33 (37,1)
Peridural	59 (14,0)	9 (10,1)
Duplo bloqueio	120 (28,4)	24 (27,0)
Local	76 (18,0)	18 (20,2)
Geral	4 (1,0)	1 (1,1)
Nenhuma	13 (3,1)	4 (4,5)
Total	422 (100,0)	89 (100,0)

p= 0,948 (teste do χ^2)

Idade gestacional no parto

A média da idade gestacional no parto das primigestas foi de 38,6 semanas (mínimo de 22,5 e máximo de 43; DP de 2,2 semanas) e das multigestas 37,8 semanas (mínimo de 22 e máximo de 42 semanas; DP= 2,9 semanas). Essa diferença é estatisticamente significativa ($p=0,0180$) pelo teste **t** de Student, ou seja, a média da idade gestacional ao parto das adolescentes multigestas foi significativamente menor que das primigestas.

Freqüência de prematuridade

De 451 adolescentes primigestas, 405 (89,8%) não tiveram RN de pré-termo enquanto 46 (10,2%) apresentaram esse resultado. Entre as multigestas 18 (18,4%) tiveram RN de pré-termo enquanto 80 (81,6%) não tiveram. A aplicação do teste do χ^2 mostrou que essa diferença (maior freqüência de prematuridade entre multigestas) tem significância estatística ($p<0,022$). Calculou-se o OR que foi de 1,98 (IC95%: 1,092-3,593), portanto a probabilidade de uma adolescente multigesta

apresentar RN prematuros foi quase duas vezes maior que uma adolescente primigesta.

Condição dos recém-nascidos

Na tabela 18 observa-se a distribuição das condições de nascimento dos recém-nascidos de mães adolescentes primigestas e multigestas. Em relação a essa análise o teste exato de Fisher não mostrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,308$).

Tabela 18 - Distribuição das condições de nascimento dos recém-nascidos de mães adolescentes primigestas e multigestas

Recém-Nascidos	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Nativos	429 (96,2)	95 (96,9)
Natimortos	13 (2,9)	2 (2,0)
Neomortos	4 (0,9)	0 (0,0)
Total	446 (100,0)	97 (100,0)

$p = 0,308$ (teste exato de Fisher)

Peso dos recém-nascidos

A média de peso dos RN das adolescentes primigestas foi de 3011g (mínimo de 580 e máximo de 4430; DP=544,7g). A média de peso dos RN das multigestas foi de 2925g (mínimo de 476 e máximo de 4370; DP=592,9g). Não há diferença estatisticamente significativa ($p=0,1720$) entre os grupos, analisados pelo teste **t** de Student.

Classificação dos recém-nascidos

Na tabela 19 estão demonstrados os resultados referentes à classificação dos RN segundo a adequação do peso para a idade gestacional, com a utilização da curva de Ramos. Percebeu-se não haver diferença estatisticamente significativa ($p= 0,272$) pelo teste do χ^2 .

Tabela 19 - Distribuição da classificação dos recém-nascidos de mães adolescentes primigestas e multigestas segundo a curva de Ramos

Classificação dos recém-nascidos	Primigestas n (fr%)	Multigestas n(fr%)
AIG	372 (85,3)	87 (91,6)
GIG	16 (3,7)	2 (2,1)
PIG	48 (11,0)	6 (6,3)
Total	436 (100,0)	95 (100,0)

$p= 0,272$ (teste do χ^2)

Índice de Apgar de primeiro minuto

Na tabela 20 observa-se a distribuição dos casos de acordo com o índice de Apgar de primeiro minuto dos RN das mães adolescentes dos grupos de primigestas e multigestas. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,229$), quando se aplicou o teste do χ^2 .

Tabela 20 - Distribuição do índice de Apgar de primeiro minuto dos recém-nascidos de mães adolescentes primigestas e multigestas

Índice de Apgar de primeiro minuto	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
< 7	43 (10,4)	4 (5,0)
≥ 7	372 (89,6)	76 (95,0)
Total	415 (100,0)	80 (100,0)

$p= 0,134$ (teste do χ^2)

Índice de Apgar de quinto minuto

Na tabela 21 estão apresentados os casos de acordo com a distribuição dos índices de Apgar de quinto minuto para os dois grupos de gestantes adolescentes. O teste exato de Fisher não revelou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p= 0,489$).

Tabela 21 - Distribuição do índice de Apgar de quinto minuto dos recém-nascidos de mães adolescentes primigestas e multigestas

Índice de Apgar de primeiro minuto	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
< 7	15 (3,6)	1 (1,2)
≥ 7	402 (96,4)	80 (98,8)
Total	417 (100,0)	81 (100,0)

$p= 0,489$ (teste exato de Fisher)

Complicações dos RN

As complicações dos RN das gestantes adolescentes encontram-se demonstradas na tabela 22 de acordo com os grupos de primigestas e multigestas. Considerou-se entre as “outras”, causas tais como: bossa, cefalohematoma, marca de Baudelocque, icterícia, febre a esclarecer, hipoglicemia e qualquer tipo de infecção. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 22 - Distribuição das complicações dos recém-nascidos de mães adolescentes primigestas e mutigestas

Complicações dos recém-nascidos	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Asfixia	11 (2,5)	1 (1,0)
Desconforto respiratório	16 (3,6)	3 (3,1)
Malformações	9 (2,0)	0 (0,0)
Outras	154 (34,9)	31 (32,3)
Nenhuma	251(56,9)	61(63,5)
Total	441 (100,0)	96 (100,0)

p= 0,475 (teste do χ^2)

5.3. Variáveis Psicossociais

Idade à primeira relação sexual

Observou-se que entre 504 primigestas, a média de idade ao primeiro coito foi de 14,4 anos (mínimo de 10 e máximo de 17; DP=1,2 anos), enquanto entre 103 multigestas a idade média foi de 13,6 anos (mínimo de 10 e máximo de 17; DP=1,2). Essa diferença, pelo teste t de Student, é estatisticamente significativa ($p < 0,001$) mostrando que as primigestas apresentam idade à primeira relação significativamente maior que o grupo de multigestas.

Tempo de atividade sexual no início da gravidez atual

As primigestas ($n=502$) referiam, ao iniciar a gravidez, atividade sexual, em média, há 15,1 meses (mínimo de 1 e máximo de 60; DP=9,8 meses). Nas multigestas ($n=104$), no começo da atual gestação essa média era de 32,8 meses (mínimo de 12 e máximo de 90; DP=12,3 meses). A análise pelo teste t de Student mostrou que a diferença foi

estatisticamente significativa ($p < 0,001$), revelando que as primigestas têm um tempo de atividade sexual menor que o grupo de multigestas.

Número de parceiros sexuais

Em relação ao número de parceiros sexuais referidos pelas adolescentes, entre as primigestas a média foi de 1,4 (mínimo de 1 e máximo de 10; DP=0,8) e entre as multigestas a média foi de 2,0 (mínimo de 1 e máximo de 10; DP=1,5). O teste não paramétrico de Mann-Whitney mostrou que essa diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,001$) isto é, as multigestas têm um número maior de parceiros sexuais.

Ainda ao se estudar 60 adolescentes multigestas consecutivas detectou-se que 47 delas (78,3%) permaneciam com o mesmo parceiro da gestação anterior, enquanto 13 (21,7%) trocaram de parceiros desde a última gestação.

Gestação programada

Na tabela 23 estão apresentados a distribuição das gestantes adolescentes de acordo com a programação ou não da gestação atual. O teste do χ^2 mostrou que essa diferença é estatisticamente significativa ($p=0,003$), ou seja, as multigestas optaram com maior frequência por engravidar.

Tabela 23 - Distribuição da programação da gestação em adolescentes primigestas e multigestas

Gestação programada	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Sim	78 (15,3)	29 (27,4)
Não	432 (84,7)	77 (72,6)
Total	510 (100,0)	106 (100,0)

$p= 0,003$ (teste do χ^2)

Desejo de engravidar

A tabela 24 ilustra a distribuição da frequência com que se manifestou o desejo por uma gestação entre as adolescentes estudadas. Essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa com análise do teste do χ^2 ($p= 0,375$).

Tabela 24 - Distribuição do desejo de gestação em adolescentes primigestas e multigestas

Desejo de engravidar	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Sim	284 (55,7)	64 (60,4)
Não	226 (44,3)	42 (39,6)
Total	510 (100,0)	106 (100,0)

$p= 0,375$ (teste do χ^2)

Aceitação da gestação

A aceitação ou não da atual gravidez está demonstrada na tabela 25. Detectou-se não haver diferença estatisticamente significante, pelo teste do χ^2 ($p= 0,923$) mostrando que tanto as primigestas quanto as multigestas aceitam, de forma idêntica, as gestações atuais

Tabela 25 - Distribuição da aceitação da gestação em adolescentes primigestas e multigestas

Aceitação da gestação	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Sim	475 (93,1)	99 (93,4)
Não	35 (6,9)	7 (6,6)
Total	510 (100,0)	106 (100,0)

$p= 0,923$ (teste do χ^2)

Intenção e tentativa de interrupção da gestação

Do grupo de adolescentes primigestas 113 (22,2%) pensaram em interromper a gestação enquanto 397 (77,8%) não manifestaram essa intenção. Entre as multigestas 21 (19,8%) cogitaram da interrupção enquanto 85 (80,2%) não. Pelo teste do χ^2 essas diferenças não foram estatisticamente significativas ($p=0,594$). Em relação à tentativa de interrupção da gestação 39 (7,6%) primigestas e 9 (8,5%) multigestas referem que fizeram alguma e 471 (92,3%) primigestas e 97 (91,5%) multigestas não. Não houve pelo teste do χ^2 , diferença significativa em relação a essa variável ($p=0,768$).

Conhecimento de métodos contraceptivos

Com relação ao conhecimento de métodos contraceptivos de um total de 507 primigestas a média de métodos conhecidos foi de 3,4 (mínimo de 1 e máximo de 7; DP=1,2). Entre as multigestas (n= 103) essa média foi de 3,7 (mínimo de 1 e máximo de 7; DP=1,2). O teste não paramétrico de Mann-Whitney demonstrou diferença estatisticamente significativa para essa variável (p=0,005) o que mostra que as primigestas conhecem menos métodos que as multigestas. Quando se estratificou o número de métodos conhecidos em menor ou igual a dois e três, ou mais, notou-se o demonstrado na Tabela 26, confirmando a diferença estatisticamente significativa através do teste do χ^2 .

Tabela 26 - Distribuição do número de métodos contraceptivos conhecidos pelas gestantes adolescentes primigestas e multigestas

Número de métodos conhecidos	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
≤ 2	125 (24,6)	15 (14,6)
3 ou mais	382 (75,4)	88 (85,4)
Total	507 (100,0)	103 (100,0)

p=0,026 (teste do χ^2)

Uso de algum método contraceptivo e tempo de uso

Em relação à utilização de algum método contraceptivo 255 (50,0%) primigestas não usaram, enquanto 255 (50,0%) referem ter feito uso de algum método contraceptivo. Já no grupo das multigestas 35 (33,0%) não usaram qualquer método e 71 (67,0%) usaram algum. Pelo teste do χ^2 essa diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,001$), ou seja, as multigestas utilizam mais métodos contraceptivos que as primigestas.

O tempo médio de utilização de algum contraceptivo foi, para as primigestas, de 9,6 meses (mínimo de um e máximo de 60 meses; DP=8,3) e para as multigestas de 9,4 meses (mínimo de um e máximo de 40 meses; DP=8,7) desde a última gestação. Isso não foi estatisticamente significativo pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney ($p=0,577$).

Frequência a médicos ginecologistas

Das adolescentes primigestas 268 (52,5%) não tiveram consultas com médico ginecologista antes da gestação e 242 (47,5%) referiram já ter passado por esse tipo de consulta. Das multigestas 25 (23,6%) não haviam visitado consultórios de ginecologistas antes da gestação vigente e 81 (76,4%) referiam já ter ido. Essa diferença é estatisticamente significativa pelo teste do χ^2 ($p=0,001$).

Em grupo de 60 multigestas consecutivas, 10 (16,7%) referiram acompanhamento em grupo específico de planejamento familiar após a gestação anterior e 50 (83,3%) negaram ter feito esse tipo de acompanhamento. Ainda 5 (8,3%) delas relataram ter seguido corretamente as orientações dadas nesse planejamento e 55 (91,7%) não.

Antecedente familiar para gestação na adolescência

Entre as mães de 110 adolescentes, observou-se que 29 (36,7%) mães de primigestas foram também gestantes adolescentes e 50 (63,3%) não o foram. No grupo de multigestas notou-se a presença de 14 (45,2%) mães também adolescentes e 17 (54,8%) que não tinham sido mães adolescentes não havendo diferença estatisticamente significativa pelo teste do χ^2 ($p=0,414$).

Quando questionadas quanto à presença de qualquer familiar próximo com antecedente de gestação na adolescência verificou-se que 47 (59,5%) primigestas tinham algum antecedente familiar para gravidez nessa faixa etária e 32 (40,5%) não o tinham. Das multigestas 21 (67,7%) apresentaram alguém na família com gestação antes dos 20 anos e 10 (32,3%) não. Não há diferenças estatisticamente significativas pelo teste de χ^2 ($p= 0,423$).

Relacionamento das gestantes adolescentes com suas mães

A tabela 27 mostra a distribuição do tipo de relacionamento referido pelas adolescentes com suas mães. Entre primigestas e multigestas não houve diferença estatisticamente significativa pelo teste exato de Fisher ($p= 0,708$).

Tabela 27 - Distribuição do relacionamento das gestantes adolescentes primigestas e multigestas com suas mães

Relacionamento com a mãe	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Bom	55 (78,6)	26 (89,7)
Razoável	7 (10,0)	2 (6,9)
Ruim	4 (5,7)	1 (3,4)
Inexistente	4 (5,7)	0 (0,0)
Total	70 (100,0)	29 (100,0)

$p=0,708$ (teste exato de Fisher)

Relacionamento das gestantes adolescentes com seus pais

Na tabela 28 está registrado a distribuição do tipo de relacionamento referido pelas adolescentes com seus pais. Não ocorreram diferenças significantes do ponto de vista estatístico, com a aplicação do teste exato de Fisher entre primigestas e multigestas ($p=0,735$).

Tabela 28 - Distribuição do relacionamento das gestantes adolescentes primigestas e multigestas com seus pais

Relacionamento com o pai	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Bom	32 (43,2)	13 (46,4)
Razoável	9 (12,2)	2 (7,1)
Ruim	10 (13,5)	2 (7,1)
Inexistente	23(31,1)	11 (39,3)
Total	74 (100,0)	31 (100,0)

$p=0,735$ (teste exato de Fisher)

Relacionamento das gestantes adolescentes com o companheiro

Quando algumas adolescentes foram questionadas quanto ao tipo de relacionamento com seus companheiros observou-se o que está descrito na tabela 29. O teste exato de Fisher não mostrou diferença estatisticamente significativa entre primigestas e multigestas quanto a esta variável.

Tabela 29 - Distribuição do relacionamento das gestantes adolescentes primigestas e multigestas com o companheiro

Relacionamento com o companheiro	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Bom	50 (74,6)	25 (83,3)
Razoável	9 (13,4)	4 (13,3)
Ruim	1 (1,5)	1 (3,3)
Inexistente	7 (10,4)	0 (0,0)
Total	67 (100,0)	30 (100,0)

p= 0,277 (teste exato de Fisher)

Reação materna

Quando questionadas em relação à reação da mãe das adolescentes quando descoberta a gestação detectou-se os resultados visualizados na tabela 30. Percebeu-se que no grupo de primigestas as mães apresentam uma reação inicial ruim enquanto que a reação das mães das multigestas é significativamente melhor ($p= 0,039$) pelo teste do χ^2 .

Tabela 30 - Distribuição da reação materna frente à gestação nas adolescentes primigestas e multigestas

Reação materna	Primigestas n (fr%)	Multigestas n (fr%)
Boa	21 (28,0)	12 (44,4)
Ruim	46 (61,3)	9 (33,3)
Indiferente	8 (10,7)	6 (22,2)
Total	75 (100,0)	27 (100,0)

$p= 0,039$ (teste de χ^2)

Reação paterna

Vê-se na tabela 31 a distribuição do tipo de reação do pai das adolescentes quando descoberta a gravidez. Percebe-se com aplicação do teste do χ^2 que não há diferença estatisticamente significativa ($p=0,099$). No entanto quando se compara, com o uso do mesmo teste, a frequência de reação “ruim” com as outras reações há uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,041$) indicando que essa é a reação preferencial dos pais ao saberem da primeira gestação de suas filhas.

Tabela 31 - Distribuição da reação paterna frente à gestação nas adolescentes primigestas e multigestas

Reação paterna	Primigestas	Multigestas
	n (fr%)	N (fr%)
Boa	8 (13,6)	5 (29,4)
Ruim	34 (57,6)	5 (29,4)
Indiferente	17 (28,8)	7 (41,2)
Total	59 (100,0)	17 (100,0)

$p= 0,099$ (teste do χ^2)

Reação do companheiro

Em relação ao companheiro detectou-se em algumas adolescentes a reação demonstrada na tabela 32, não havendo diferenças estatisticamente significante quanto a esse questionamento em relação ao grupo das primigestas ou multigestas ($p= 0,226$) através do teste exato de Fisher.

Tabela 32 - Distribuição da reação do companheiro das adolescentes primigestas e multigestas, frente à gestação

Reação companheiro	Primigestas	Multigestas
	n (fr%)	n (fr%)
Boa	49 (73,1)	26 (89,6)
Ruim	13 (19,4)	2 (6,9)
Indiferente	5 (7,5)	1 (3,4)
Total	67 (100,0)	29 (100,0)

$p= 0,226$ (teste exato de Fisher)

Contato com grupo de amigos

Algumas adolescentes foram questionadas quanto a contato com grupo de amigos e percebeu-se que das primigestas 31 (48,1%) mantinham um grupo de amizade antes da gestação e 41 (51,9%) não referem esse contato. Das multigestas 12 (38,7%) tinham amigos antes da gestação e 19 (62,0%) não. Pela análise do teste do χ^2 não houve diferença estatisticamente significativa quanto a esse dado ($p=0,373$).

Atividade esportiva

No grupo de primigestas detectou-se que 37 (46,8%) mantinham algum tipo de atividade esportiva antes da gestação e 42 (53,2%) não. Já as multigestas apenas 9 (29,0%) referiram esse tipo de atividade antes da gestação e 22 (71,0%) nada faziam nesse sentido. O teste do χ^2 não mostrou diferença estatisticamente significativa ($p=0,089$).

6. DISCUSSÃO

As peculiaridades da gestação na adolescência e as conseqüências possíveis, muito mais de caráter social e psicológico que obstétrico vem mantendo à tona o interesse dos perinatologistas e das autoridades de saúde. De fato não há como desconhecer a constatação de que 22,2% de todos os partos no Brasil ocorrem em mulheres abaixo de 20 anos, percentual esse que varia de 19,3% na região sudeste a 29,1% na norte (Freitas et al., 2006).

Na população objeto deste estudo foi observada diferença significativa entre a média das idades das adolescentes multigestas e a das primigestas, respectivamente $16,3 \pm 1,0$ e $15,6 \pm 1,2$ anos. Os achados de Matsushashi et al. (1989) foram semelhantes, $16,7 \pm 1,2$ e $15,7 \pm 1,3$ anos respectivamente, também significantes. Blankson et al. (1993) relataram média etária de 16,1 anos na primeira gestação e de 18 na segunda, diferença considerada significante estatisticamente. A média de idade da população aqui estudada está, segundo Fraser et al. (1995) em uma faixa de muito risco. Os autores estudaram jovens brancas de classe média americana e constataram que entre 13 e 17 anos havia riscos significativamente aumentados para resultados perinatais indesejáveis

em relação às mulheres de 20 a 24 anos. Para baixo peso ao nascer constataram RR=1,7 (IC95%: 1,5 - 2,0) para parto de pré-termo RR=1,9 (IC95%: 1,7 - 2,1); para PIG RR=1,3 (IC95%: 1,2 - 1,4). Afirmam também que mesmo as adolescentes de maior idade (18 e 19 anos) têm riscos aumentados quando comparadas com as jovens de maior idade. Ainda que não tenha sido objeto desta pesquisa a averiguação da idade em que ocorreram as primeiras gestações das multigestas, convém registrar que na extensa revisão da literatura realizada por Rigsby et al. (1998) os autores afirmam que as evidências suportam a idéia de que pacientes que engravidam mais precocemente tendem a repetir mais as gestações. Mesmo assim citam vários autores para os quais não haveria efeito da idade sobre as repetições.

A ausência de diferenças raciais entre os grupos vem de acordo com as conclusões de Rigsby et al. (1998). Esses autores afirmam que os trabalhos que apontam para diferenças raciais deixam de levar em conta outros fatores como o sócio-econômico e também homogeneidade de raças em suas populações de estudo. No entanto, Combs-Orme (1993) percebeu ao estudar adolescentes negras e brancas que as primeiras se casavam e viviam com seus companheiros significativamente menos que as brancas, além da condição de pobreza ser maior.

A semelhança em relação à naturalidade das pacientes exclui diferenças culturais que poderiam eventualmente influir nos resultados.

Quanto à escolaridade a revisão de Rigsby et al. (1998) sugere que as mulheres que engravidam na adolescência tendem a ter menos anos de estudo que as outras e assinala que para a maioria dos investigadores um estado de baixa escolaridade é preditor de repetição rápida da gravidez. Possivelmente a maternidade é imaginada como uma rota alternativa para o sucesso nessas pacientes. Para os autores a maternidade criaria, por si mesma, dificuldades para o retorno à escola. Na casuística do estudo aqui apresentado, pode-se notar que mais da metade das multigestas tinham escolaridade muito baixa (em nosso meio é muito tênue a diferença entre analfabetismo e primeiro grau incompleto). É bem verdade que das seis adolescentes com graus maiores de estudo formal, cinco eram multigestas, porém esses números, vistos em valores absolutos diante do tamanho da amostra são muito baixos. É interessante chamar a atenção para o fato de que a maioria das multigestas já haviam abandonado a escola ao iniciar o novo ciclo gestacional, o que reforça as idéias anteriormente expostas. Não se deve ainda deixar de notar que a maciça maioria das primigestas continuavam freqüentando a escola. Isso contradiz o afirmado por Oliveira, 1998, para quem os próprios pais,

para esconder uma situação interpretada como vexatória da gravidez da filha induzem-na ao abandono escolar. Pode-se supor que com o passar do tempo a maior aceitação social da gravidez nessas jovens esteja permitindo que não se sintam constrangidas em manter seus compromissos escolares, o que também foi constatado por outros autores (Castro, 1998). Na casuística de Matsushashi et al. (1989) observa-se, da mesma forma, que havia mais primigestas (58,6%) estudando que multigestas (43,4%). Para Castro (1998), a menor escolaridade seria uma característica de adolescentes que engravidaram, independentemente do nível de renda ou de residência (urbana ou rural). O fato observado neste estudo, que mostra muitas adolescentes, grande número de primigestas e um contingente não desprezível de multigestas, mantendo-se nas escolas é alentador, quando se olha para o futuro de competição no mercado de trabalho, com piores perspectivas para as menos estudadas (Oliveira, 2005).

A dependência financeira exclusiva dos companheiros foi vista na maioria das multigestas, enquanto que a maior parte das primigestas era dependente de familiares e companheiros. Esta observação pode ser associada com a de que mais de um terço das multigestas moravam de forma independente com seus companheiros separadas formalmente da

família e que a maioria das primigestas viviam com suas famílias. Isto dá a entender que para aquelas houve a formação de um núcleo familiar independente, com autonomia habitacional e financeira, levando-a a assumir um papel formal de “dona-de-casa”. Isso pode ser reforçado pelo fato de as pacientes multigestas morarem menos em casas próprias que as primigestas e com menor número de pessoas em suas habitações. Já as cerca de 84% das primigestas que moravam na casa da família, indicariam também a dependência econômica da família, exclusiva ou compartilhada com o companheiro, portanto um núcleo familiar não independente. As primigestas moram mais em casas próprias o que poderia levar a crer que apresentem melhores condições financeiras, apesar de essa casuística não ter demonstrado tal fato. Na casuística de Matsushashi et al. (1989) 26% das multigestas viviam apenas com o companheiro e 64,4% das primigestas moravam com um ou ambos os pais, dados esses que se assemelham aos aqui apresentados. Rubin e East (1999) verificaram que das adolescentes que repetiram a gravidez por opção 59% viviam com o pai da criança o que ocorria em 41% das vezes entre aquelas cuja gravidez foi inesperada. Outro dado relacionado com a estabilidade das adolescentes é o vínculo conjugal no início desta gravidez. Das multigestas 75,5% viviam em união estável, casadas formalmente ou não, enquanto tão somente um terço das primigestas

estavam nessa situação. Esse dado concorda bem com as observações relatadas por Rigsby et al. (1998) de que viver em união estável é um fator de risco para repetição rápida da gravidez, ainda na adolescência. Também os estudos de Blankson et al., (1993) bem como os de Pfitzner et al. (2003) mostram que entre as adolescentes que repetem gestações há maior frequência de união estável que entre as que não reiteram o evento. Uma das razões seria a estabilidade do novo núcleo familiar e o desejo de ter uma família maior. A outra razão seria o aumento da frequência de relações sexuais decorrentes da vida em comum. Além disso, percebeu-se nessa pesquisa, que as adolescentes multigestas unem-se a companheiros mais velhos e com diferenças maiores de idade entre elas e o companheiro. Poder-se-ia supor que essa constatação represente mais um fator de risco para repetição da gravidez.

Os dados aqui apresentados revelam manutenção ou mesmo aumento de uniões estáveis entre as multigestas em relação às primigestas. Blankson et al. (1993) também observaram aumento de uniões estáveis entre a primeira e a segunda gravidez. Ainda que exista um certo grau de estabilidade familiar, que o número de relações sexuais cresça com a convivência, esses fatos não conseguem por a claro uma motivação aceitável para que as adolescentes repitam rapidamente a

gestação, na opinião de autores revistos por aqueles estudiosos. . Em pesquisa realizada no SGACO-HC, em 2001, com 99 adolescentes detectou-se que um terço delas mudavam de estado conjugal durante a gravidez (Lippi et al., 2001).

Do ponto de vista da constituição de um núcleo familiar independente, isto é adolescente parceiro e filho(s) morarem independentes da família, isto não foi a ocorrência mais comum, já que foi notada em somente cerca de um terço das multigestas e em 13% das primigestas. A maioria das adolescentes mora com familiares, principalmente as primigestas. Persona et al. (2004), que estudaram apenas multigestas, constataram fato semelhante.

Portanto, do ponto de vista dos dados demográficos aqui estudados, as adolescentes que têm repetição da gravidez são jovens que se diferenciam das primigestas pois têm, em geral, baixo nível de escolaridade, em grande número abandonaram a escola já antes desta gravidez, vivem, em sua maioria, em união conjugal estável, e com maior frequência que as primigestas moram independentemente com seus companheiros, de quem freqüentemente dependem do ponto de vista financeiro.

No que diz respeito à média da idade gestacional ao iniciar o pré-natal pode-se observar que ambos os grupos tiveram-na alta, isto é, começaram suas consultas no segundo trimestre da gravidez. Essa é também a constatação de outros autores (Lippi, Segre, 1988; Alegria et al., 1989; Blankson et al., 1993). Isto não é desejável para qualquer gestante. Fere as recomendações nacionais (FEBRASGO, 2000) e as dos organismos internacionais (Abou-Zahr e Wardlaw, 2003). Dadas às peculiaridades da gravidez na adolescência poderia representar um agravante para a puerperalidade. Exatamente o oposto é possível observar na casuística de Elster (1984) na qual cerca de 80% das adolescentes, primigestas e multigestas, iniciaram suas consultas de pré-natal no primeiro trimestre. Quanto ao número de consultas, não há diferença entre os grupos e pode-se observar que se trata de um número adequado, segundo normas do Ministério da Saúde (1986), mais ainda ao se levar em conta o fato antes apontado do início um pouco tardio da assistência pré-natal. Isso demonstra que em nossa casuística o acompanhamento da multigesta se iguala ao da primigesta decorrente da mesma média do número de consultas. Talvez seja pelo fato de a equipe identificar o possível risco de tais gestações ou mesmo pelo vínculo estabelecido entre a paciente e a equipe de acompanhamento multiprofissional. Apesar dessa constatação não se pode diminuir o

número de prematuros das multigestas estudadas. Na casuística de Pinto e Silva e Nogueira (1988) as multigestas tiveram significativamente menos consultas que as primigestas.

Em relação aos antecedentes obstétricos, as multigestas apresentaram a média de 2,2 gestações por paciente, mas, a média de partos anteriores foi de 0,8. Isto indica que apesar da recorrência das gestações o número de perdas foi muito alto, o que está confirmado nos dados sobre abortamentos. Apesar de haver quartigestas na composição do grupo, a paridade máxima foi dois. Pinto e Silva e Nogueira (1988) referem a taxa de 10,4% de abortamentos anteriores, muito mais baixa que a observada nesta pesquisa. Jacoby et al. (1999) constataram que a ocorrência de abortamentos espontâneos associa-se de forma estatisticamente significativa com a repetição da gravidez em 12 meses (OR=22,6; $p<0,00001$). Pode-se admitir que isto explique o registro de número tão alto de abortamentos entre as pacientes multigestas deste estudo.

O intervalo intergestacional nas multigestas em que esse dado foi pesquisado aponta que 68,3% engravidaram novamente após 1 ano e que mais de 90% o fizeram em dois anos. Esses achados diferem substancialmente dos de Ford (1983) para quem a probabilidade de uma

gravidez no ano seguinte a uma primeira gestação é de 17,5%. Lippi et al. (1988) demonstraram que o intervalo intergestacional é menor quanto mais jovem é a adolescente na gravidez prévia. Assim na faixa de 10 a 16 anos registraram que 60,23% repetiram a gravidez em até 5 meses; entre 17 e 19 anos, 42,33% o fizeram nesse intervalo. Compararam as adolescentes com um grupo de 20 anos e mais, no qual a recorrência foi de 22% nesse curto intervalo. Stevens-Simon et al. (1996) admitem a taxa de 11,5% de recorrência da gravidez após uma primeira, em um grupo multiracial de jovens americanas. Apontam como um dos fatores associados a essa repetição a eventualidade daquela gravidez terminar em abortamento. Jacoby et al. (1999) encontraram 43,6% de recorrência dentro de 12 meses, e 63,8% em 18 meses. Assinalam que há na literatura relatos de nova gravidez na frequência de 19 a 66% com 12 a 24 meses de intervalo da primeira. Esses autores chamam a isso “repetição rápida da gravidez” e apontam tal fato como um problema real de saúde pública tendo em vista que facilita a exacerbação de todas as conseqüências negativas da gravidez na adolescência. Adotando esse conceito 90% das pacientes deste estudo estariam nesse grupo.

No que diz respeito às variáveis biométricas não se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Para Blankson et

al. (1993) essa diferença existe, tendo as multigestas peso maior. Furlan et al. (2003) detectaram que tanto primigestas como multigestas tiveram média de IMC superior aos $21,5\text{kg/m}^2$ com DP de $2,9\text{kg/m}^2$, na cidade de São Paulo entre 300 gestantes adolescentes. No presente estudo o IMC foi em média de $22,9\text{kg/m}^2$ para as primigestas e de $23,2$ para as outras. Chama a atenção, porém, nesta pesquisa, que os dados do peso na primeira consulta lançados no gráfico de Rosso estão na faixa de baixo peso. Como demonstraram Lippi et al. (1993) há relação entre peso/altura ideal, na primeira consulta, independentemente da idade gestacional, e recém nascidos menores de 2500 g. Logo, aquela observação coloca mais da metade da população deste estudo nessa condição de risco.

A frequência de cesáreas prévias entre as multigestas nas quais esse dado foi pesquisado foi baixo (13,3%) levando-se em consideração as taxas observadas anteriormente no mesmo serviço onde em 1985 Mathias et al. detectaram uma taxa em torno de 29,5% de cesáreas para adolescentes, e Galletta et al. (1997) 31%. Também são baixas as taxas de baixo peso ao nascer e de prematuridade nos antecedentes obstétricos quando se faz comparação semelhante com dados referidos por Siqueira et al. (1981) onde em estudo comparativo com adultas a incidência de

prematuridade foi de 19,9% contra 6,3 para adultas e 14,2% de baixo peso em adolescentes e 6,3% em adultas. Chama, porém a atenção o percentual de 15% de malformações, muito acima das taxas citadas por Pardo et al. (2003) no Chile que foi de 7%. Isso talvez seja um fator que contribua para a repetição da gravidez assim como as perdas por abortamentos. No que diz respeito às complicações obstétricas chama a atenção à diferença significativa entre primigestas e multigestas quanto à ocorrência de trabalho de parto prematuro fato que deve estar relacionado com a diferença assinalada entre as idades gestacionais ao fim do pré-natal, menores nas multigestas. É intrigante também a ausência de diferenças nos números de DHEG registrados entre os grupos, uma vez que classicamente é considerada a doença da primigesta (Chesley, 1985). Galletta, 2002 constatou por análise multivariada que a paridade não se associou com maior incidência de DHEG em adolescentes.

As multigestas tiveram mais partos normais que as primigestas enquanto estas tiveram maior número de operações cesareanas. Esses números pouco diferem da frequência de cesáreas entre as pacientes atendidas pelo SUS, conforme apontam Freitas et al. (2006) que constatarem 26,4% para o Brasil com o mínimo de 21,7 no nordeste e

máximo de 30,7% na região sudeste. No entanto, os 30% registrado para primigestas e 26,6% para multigestas são muito inferiores às taxas registradas no mesmo Serviço onde este trabalho foi realizado, que variaram de 51,1% a 56,6% entre os anos de 1993 e 1998 (Schupp et al., 2000). Lippi e Segre (1988) observaram, ao contrário deste estudo, que as primigestas tiveram menos partos por cesáreas que as multigestas. Simões et al. (2003) afirmam que entre adolescentes estudadas no Estado do Maranhão foi menor a proporção de cesáreas que entre as pacientes acima de 20 anos. Mas, há um significativo predomínio de partos a fórcepe nas primigestas. Pinto e Silva e Nogueira (1988) notaram resultados semelhantes aos aqui descritos no que se refere às aplicações de fórcepe, não só quanto às frequências mas, também quanto às indicações, primordialmente alívio materno-fetal e abreviação de período expulsivo. Lippi e Segre (1988) registraram também que as adolescentes têm maior frequência de partos a fórcepe. Segundo esses autores, esse fato relaciona-se também com a faixa etária da adolescente e com o serviço onde são realizados. Assim, as que estavam entre 10 e 16 anos, tiveram 35,48% de fórcepes, as entre 17 e 19, 22,35%. As mulheres com 20 anos e mais tiveram 12,6 % de aplicações. Alegria et al. (1989) registraram 25,7% de aplicações de fórcepes e Galletta et al. (1997) 31% de cesáreas e 54% de fórcepes em adolescentes, independentemente do

número de gestações. Michelazzo et al. (2005) registraram 48% de partos a fórcepe entre adolescentes de Ribeirão Preto, no ano de 1996.

É extremamente relevante a observação aqui relatada de que as multigestas têm praticamente duas vezes mais probabilidade de ter um recém-nascido de pré-termo que as primigestas. Também Pinto e Silva e Nogueira (1988) encontraram valores diversos dos aqui expostos, respectivamente 17,8% e 11,2% para primigestas e multigestas, portanto contrário àquilo que se observou. Blankson et al. (1993) demonstraram que a prematuridade é maior entre as multigestas que entre as primigestas, respectivamente 14,8% e 18,9%. Esta última taxa é praticamente igual à encontrada neste estudo. Os números são muito altos, porém menores que os apresentados por Simões et al. (2003), no Estado do Maranhão, região do país muito mais carente que São Paulo, local da realização deste trabalho. O estudo populacional escocês de Smith e Piell (2001) demonstra que adolescentes secundigestas têm um risco quase três vezes maior de terem partos de pré-termo (OR=2,7; IC95%: 1,6-4,6), portanto maior que o da população aqui estudada.

Pinto e Silva e Nogueira (1988), Sweeney (1989) e Blankson et al. (1993) relataram diferença estatisticamente significativa entre a média de peso dos recém-nascidos de primigestas e multigestas (superior para

estas). Este achado não foi confirmado nesta pesquisa, na qual se nota uma tendência inversa, isto é, maior peso entre os filhos das primigestas.

A frequência de recém nascidos pequenos para a idade gestacional foi menor entre as primigestas do que entre a multigestas, respectivamente 11 e 6,3%. Blankson et al. (1993) observaram a mesma tendência. Seus números são respectivamente 9,2 e 4,3%, menores, pois, que os aqui apresentados. Estes autores ressaltam que a diferença existe apesar do uso inalterado, nas gestações sucessivas, de tabaco, álcool ou outras drogas. Assinalam também que adolescentes que apresentam restrição do crescimento intrauterino em uma gestação tendem a repeti-lo na gestação subsequente muito mais frequentemente que aquelas pacientes nas quais o dano não existe na gravidez anterior. Smith e Pell (2001) afirmam que o risco de dar à luz a um recém-nascido pequeno para a idade gestacional é maior entre primigestas que em multigestas (4,2% e 2% respectivamente) diversamente do que se encontrou nesse estudo. Apenas a título de suposição e observando os dados de classificação das gestantes segundo a curva de Rosso, onde se vê um alto contingente de pacientes na faixa de baixo peso, talvez se devesse esperar um contingente maior de crianças pequenas para a idade gestacional.

A não existência de diferenças significativas nos índices de Apgar ao primeiro e ao quinto minutos, entre primigestas e multigestas, é um fato esperado, dado que a assistência ao parto de dois terços das pacientes foi realizada na mesma instituição. Também é digno de nota que ao quinto minuto é bastante baixo o número de crianças com algum grau de hipoxemia relatado pelo índice em pauta. Esses números são muito mais baixos que os assinalados por Lippi e Segre (1988), que independentemente da paridade de suas pacientes observaram escores de Apgar menores que 7 em 13,59% ao primeiro minuto e em 2,98% ao quinto. Blankson et al. (1993) registraram diferenças significantes do índice de Apgar ao primeiro minuto entre primigestas e multigestas, melhores para estas, (médias de 7,9 e 8,2 respectivamente), porém alegam não haver significado clínico. Ao quinto minuto não foram registradas diferenças significantes.

Quando se observa a tabela de complicações dos recém-nascidos chama a atenção que embora esteja registrada uma frequência de 10,2% de trabalho de parto prematuro entre as multigestas, a de desconforto respiratório seja 3,1%, o que pode sugerir ou que aquelas intercorrências foram tratadas com êxito, ou que a conduta perante sua instalação tenha sido primorosa tanto do ponto de vista obstétrico como neonatal. Outra

observação interessante é que nos antecedentes obstétricos do grupo de multigestas analisadas ocorreram 15% de malformações fetais e nas gestações atuais não apresentaram qualquer caso de anomalia estrutural.

Portanto, do ponto de vista das variáveis obstétricas o que diferencia de forma significativa primigestas e multigestas são as seguintes observações: última consulta de pré-natal em idade gestacional mais precoce que as primigestas, não mais complicações, mais trabalhos de parto prematuros, menos partos a fórcepe, idade gestacional menor ao parto e maior frequência de prematuridade.

A idade da primeira relação sexual em ambos os grupos foi mais baixa que a encontrada por Lima et al. (2000) entre gestantes adolescentes de Salvador-Ba, que foi de $15 \pm 1,6$ anos. Leigh et al., verificaram que a atividade sexual entre as adolescentes é baixa aos 12, 13 e 14 anos e sofre um abrupto e significativo aumento aos 15 anos. As grávidas estudadas por Lima et al. (2000) tinham, em média, nesta gravidez, dois anos de atividade sexual. O fato desses autores estudarem uma amostra de adolescentes, independente do número de gestações explica as diferenças encontradas neste trabalho no que diz respeito ao tempo de atividade sexual. É natural que pacientes com mais de uma gestação tenham, em média, relações sexuais há mais tempo na gravidez

atual que as primigestas e também o fato de iniciarem mais cedo a sua atividade sexual configura um risco maior para repetir novas gestações ainda na adolescência. Quanto à média de idade maior nas primigestas adolescentes é possível supor que se trate de uma tendência à conscientização acerca dos prejuízos de uma gestação precoce e até de uma orientação concepcional melhor. O número de parceiros sexuais, em média maior nas multigestas é uma tendência lógica de quem tem vida sexual ativa há mais tempo. No entanto, não se pode deixar de observar, na dispersão real, o número máximo de parceiros, dez. Para Sorribe et al. (2002) adolescentes promíscuas têm 9,31 vezes mais possibilidade de engravidar em baixas idades, em relação a outras não promíscuas.

A freqüência de multigestas que programaram suas gestações foi quase duas vezes maior que a de primigestas. É possível que alguma estabilidade financeira e conjugal mais comum entre aquelas tenha contribuído para esse resultado além da busca de melhores resultados gestacionais e em algumas vezes (21,7%) com novos parceiros. Matsushashi et al. (1989) realizaram entrevistas com primigestas e multigestas, verificaram que entre as últimas 43,5% desejaram a criança, o que ocorreu em 21,2% das primigestas. Esta proporção é plenamente compatível com as apresentadas neste estudo ainda que as cifras sejam

menores (27,4% e 15,3% respectivamente). Rubin e East (1999) em entrevistas com 208 gestantes adolescentes americanas verificaram que 36% tinham programado engravidar, 38% engravidaram “por acaso”, 22% atribuíram a um acidente ou à idéia de que estariam seguras, 2,5% alegaram falha de método anticoncepcional. Coard et al. (2000) referem que pacientes que repetiram a gravidez dentro de dois anos freqüentemente o fizeram por terem planejado a nova gestação. Lima et al. (2004) observaram os seguintes motivos entre as adolescentes de seu estudo para não evitarem a gravidez: 36,8% disseram querer um filho, 10,5% não esperavam ter relações, 10,5% não se preocuparam com isso, 5,3% não alegaram qualquer motivo e as restantes não conheciam ou tiveram problemas com os métodos anticoncepcionais.

Deve-se atentar para a disparidade existente entre a programação da gravidez e o desejo de uma gestação. As cifras neste caso são muito mais altas o que provavelmente tem a ver com o anseio da adolescente por afirmação de sua personalidade, pela busca de uma suposta condição de mulher adulta (Oliveira, 1998), pela busca de uma condição de estabilidade reforçando sua ligação com um companheiro ou para tentar apagar a frustração por uma gravidez que terminou em abortamento. Stevens-Simon et al. (1996) assinalaram que 85% das gestações

repetidas em pacientes que tiveram abortamentos ocorrem em seis meses, contra 42% que engravidaram nesse período sem terem tido abortamentos anteriores. Também é extremamente diversa a frequência de programação e de aceitação da gravidez, conforme detectado nesta pesquisa. Esta chega a cifras superiores a 90%. Isto merece um estudo melhor para verificar até onde essa aceitação declarada é ou não apenas a manifestação de um conformismo, fundamentado em padrões sociais, em imposição religiosa ou familiar. Não se pode deixar de notar que poucas adolescentes independentemente do número de gestações, pensaram em interrompê-las. Menos ainda chegaram a adotar alguma prática pretensamente abortiva. Lima et al. (2000) citam que entre 422 adolescentes internadas em uma grande maternidade de Salvador-BA um terço o foram por abortamento.

Em relação ao conhecimento de métodos contraceptivos não houve nesta população sequer uma paciente que não conhecesse pelo menos um método e a média de métodos conhecidos foi superior a três, apesar da baixa escolaridade. Efetivamente um contingente muito grande de primigestas (75,4%) e de multigestas (85,4%) sabiam da existência de três ou mais métodos. Ficaria, portanto, difícil alegar apenas ignorância sobre como se proteger de uma eventual gravidez para que elas tenham

ocorrido. Porém, Castro (1998) afirma que dados como esse carregam consigo apenas uma aparência de conhecimento, pois o que falta é destreza para o seu uso. Ao se analisar os dados desta pesquisa é possível admitir que as multigestas, com vida sexual mais prolongada e até relacionamentos estáveis tivessem maior conhecimento sobre anticoncepcionais. Isto fica claro quando se observa que significativamente mais multigestas usaram algum dos métodos conhecidos que as primigestas, embora não tenha sido demonstrada diferença quanto ao tempo de uso previamente à primeira gestação, ou no intervalo entre a última e a atual, para as multigestas. Segundo Stevens-Simon (1996) a causa mais freqüente para o não uso de métodos anticoncepcionais antes da gravidez atual seria a possibilidade desse episódio não ter sido totalmente indesejado (42%); a segunda causa seriam problemas técnicos que a adolescente teria enfrentado com o uso de algum método (27,5%); a terceira seria o julgamento, por parte da jovem, de que o anticoncepcional seria desnecessário, no momento da concepção (21%) e finalmente 9,5% teriam dificuldades para compreender seu comportamento sexual, na época da concepção. Persona et al. (2004) constataram que entre as pacientes que tiveram recorrência da gravidez, 55,5% utilizaram anticoncepcionais orais entre o último evento obstétrico e a gestação atual, 22,2% hormônios

injetáveis, 27,8% condom e 11,1% não usaram qualquer método. Surpreendentemente Sorribe et al. (2002) comparando adolescentes grávidas e não grávidas não foram capazes de concluir que as práticas anticoncepcionais foram um fator de risco significativo estatisticamente para a ocorrência de gestações precoces.

Quanto à frequência a ginecologistas parece óbvio que mais multigestas tivessem tido esse tipo de consulta, até por obrigação tendo em vista evento obstétrico anterior. De qualquer forma mesmo entre estas foi baixo o seguimento em grupo específico de planejamento familiar e muito poucas seguiram corretamente as orientações. Isto está de acordo com as observações de Stevens-Simon et al. (1996) e de Rubin e East (1999) sobre dificuldades de conscientização da importância da contracepção.

Neste estudo não houve diferença entre primigestas e multigestas quanto a antecedentes maternos e de outros familiares referentes a gestações como adolescentes. No entanto, parece haver uma tendência de mais antecedentes familiares para gestação na adolescência no grupo de multigestas. Se a amostra fosse maior esse dado poderia aparecer de forma significativa o que traduziria a repetição de um modelo materno ou familiar. Rubin e East (1999) relataram que a média etária das mães

de pacientes que desejavam a gravidez foi de 17,8 anos e entre aquelas em que a gravidez simplesmente “aconteceu” de 18,2 anos, valores que não revelam diferença estatística. Persona et al. (2005) registraram que 64,7% das mães das adolescentes tiveram sua primeira gravidez entre 16 e 19 anos.

O bom relacionamento das adolescentes com as mães é um fator muito positivo no sentido de evitar a recorrência da gravidez. Foi o que constataram Gispert et al. (1984), para quem o relacionamento adolescente–mãe classificado como bom fez com que elas se mantivesse no grupo de gravidez única durante todo o seguimento. O bom relacionamento foi referido pela maioria das pacientes desta pesquisa, independentemente do número de gestações como também foi referido por Persona et al. (2005). Já o relacionamento com o pai foi em grande parte ruim tanto para primigestas como para as multigestas que tiveram esta informação colhida. Além das pacientes que declararam-no inexistente é marcante a tendência maior das primigestas considerarem-no ruim, quase o dobro das multigestas. Gispert et al. (1984) revelaram a tendência para gravidez única entre as adolescentes que tinham seus pais vivendo na mesma casa. Maddaleno et al. (1984) verificaram mau relacionamento de 60% de meninas adolescentes com seus pais. Ellis et

al. (2003) verificaram em estudo prospectivo, com 13 anos de duração, que a ausência da figura paterna na casa favorece o início precoce da atividade sexual e a gravidez na adolescência. Kasai (2006) verificou que a representação inconsciente da figura masculina (pai) foi negativa, enquanto que a da figura feminina (mãe) foi positiva. A reação das mães, ao tomarem conhecimento da gestação foi pior entre as primigestas que entre as multigestas. O mesmo pode-se dizer em relação aos pais. Já os companheiros tiveram a tendência para aceitar bem uma gravidez adicional o mesmo não ocorrendo em relação às adolescentes que engravidaram pela primeira vez. Para Kroelinger e Oths (2000) a estabilidade oferecida pelo companheiro e suas atitudes perante a gravidez são muito importantes para que a tenha boa aceitação desse estado. Na casuística de Coard et al. (2000) 75% das adolescentes perceberam as mães e 73% o companheiro como os principais apoios no início da gravidez.

Primigestas e multigestas perderam grande parte do relacionamento de amizade, embora sem diferença entre ambas. O mesmo se deu em relação à prática de atividades esportivas.

Portanto, do ponto de vista das variáveis psicossociais, as multigestas distinguem-se das primigestas pelo início precoce da

atividade sexual, mais parceiros e tempo prolongado dessa atividade, estabilidade conjugal pelo menos desde a gravidez anterior, maior interesse em programar gestações, maior conhecimento de métodos anticoncepcionais, mais visitas a ginecologistas e pais que não encaram de forma ruim o estado gestacional.

7. CONCLUSÕES

No que diz respeito às variáveis demográficas

- A idade das multigestas foi significativamente maior que das primigestas;
- Não há diferença significativa entre a cor, a naturalidade, a renda familiar, o exercício de alguma atividade remunerada, e a idade das mães das adolescentes grávidas com repetição da gravidez ou primigestas;
- As multigestas vivem em união estável com frequência significativamente maior que as primigestas no início do pré-natal, mantendo-se dessa forma ao final da gravidez;
- A repetição da gravidez pode estar associada com o aumento de uniões estáveis
- Em relação à escolaridade é menos provável que adolescentes multigestas continuem seus estudos na vigência da gravidez atual. Apesar disso, nesta casuística, mais multigestas atingiram níveis mais altos de escolaridade;

- As multigestas têm dependência financeira exclusiva dos companheiros mais freqüentemente que as primigestas;
- Os companheiros da multigestas têm maior idade e maior diferença de idade com suas companheiras, que os das primigestas;
- As multigestas constituem núcleo familiar independente, somente com seus companheiros, muito mais freqüentemente que as primigestas, moram mais em casas próprias e abrigam menos pessoas;

Quanto às variáveis obstétricas

- Não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo de multigestas e de primigestas no que se refere à idade gestacional ao iniciar o Pré-Natal, número de consultas, estatura, peso no início e ao término do Pré-Natal, índice de massa corpórea, ganho ponderal durante a gravidez, classificação do ganho de peso no gráfico de Rosso, presença de doença hipertensiva específica da gravidez, presença de oligoâmnio, complicação por infecção urinária e amniorrexe prematura. Ainda a instituição onde o parto ocorreu, as

complicações no parto e puerpério, os tipos de anestesia utilizados para o parto bem como as condições dos recém-nascidos, peso dos recém-nascidos, adequação de peso para a idade gestacional dos recém-nascidos, índice de Apgar de primeiro e de quinto minutos também não foram significativos;

- As multigestas tiveram uma frequência alta de abortamentos em suas gestações anteriores, o que pode estar relacionado com a repetição da gravidez;
- A média da idade gestacional na última consulta de Pré-Natal foi significativamente mais baixa entre as multigestas;
- A frequência de trabalho de parto prematuro foi significativamente maior entre as multigestas;
- A idade gestacional ao parto foi significativamente menor nas multigestas;
- A frequência de aplicação de fórceps foi significativamente menor nas multigestas;
- A frequência de recém-nascidos de pré-termo foi significativamente maior entre as multigestas;

Em relação às variáveis psicossociais

- Não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao desejo e aceitação da atual gravidez por parte de primigestas e multigestas, bem como intenção e tentativas de interrompê-la, tempo de uso de métodos anticoncepcionais, serem filhas de mulheres que foram mães adolescentes, tipo de relacionamento com as mães, com os pais e com os companheiros, reação do companheiro à notícia da gravidez, manutenção de grupo de amigos e de atividade esportiva;
- As multigestas iniciaram, de forma significativa, sua atividade sexual mais precocemente que as primigestas, tinham maior tempo de atividade sexual ao iniciar a atual gestação e maior número de parceiros. Muitas continuam com o mesmo parceiro na gestação consecutiva;
- As multigestas planejam a gravidez atual mais frequentemente que as primigestas;
- As multigestas conheciam e utilizaram significativamente mais métodos anticoncepcionais que as primigestas, bem como freqüentaram mais consultas de médicos ginecologistas;

- A reação à gravidez, do pai e da mãe, foi significativamente melhor entre as multigestas que entre as primigestas.

8. REFERÊNCIAS

About-Zahr CL, Wardlaw TM. Antenatal care in developing countries. Promises achievements and missed opportunities. WHO-UNICEF. 2003.

Alegria FVL, Schor N, Siqueira AAF. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Rev Saúde Publ.* 1989; 23(6):473-7.

Blackson ML, Cliver SP, Goldenberg R, Hickey C, Jin J, Dubard MB. Health behavior and outcomes in sequential pregnancies of black and white adolescent. *JAMA.* 1993; 269 (11):1401-3.

Castro AM. Causas e implicaciones medico-sociales del embarazo en la adolescencia. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 1998; 49(4):225-30.

Chesley LC. Diagnosis of preeclampsia. *Obstet Gynecol* (editorial). 1985; 65(3):423-5.

Coard SI, Nitz K, Felice M. Repeat pregnancy among urban adolescents: sociodemographic, family and health factors. *Adolescence.* 2000; 35(137):193-200.

Combs-Orme T. Health effects of adolescent pregnancy: implications for social workers. *Fam Soc.* 1993; 74 (6):344-54.

Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin América: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192(2): 342-9.

Ellis BJ, Bates JE, Dodge KA, Fergusson DM, Horwood LJ, Pettit GS, Woodward L. Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy? *Child Dev.* 2003; 74(3):801-21.

Elster AB. The effect of maternal age, parity, and prenatal care on perinatal outcome in adolescent mothers. *Am J Obstet Gynecol.* 1984; 15;149(8):845-7.

Falcão D. Gravidez é maior gasto com jovens. *Folha de São Paulo.* São Paulo. 11 dez 1998. Caderno Cotidiana.2.

Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência pré-natal. Manual de orientações, 2000. p.25.

Freitas M, Segre CAM, Siqueira AAF. Obstetric care in Brazil: An analysis of the situation. *Einstein.* 2006; 4: 8-15.

Ford K. Second pregnancy among teenage mothers. *Fam Plann Perspect.* 1983; 15(6):268-72.

Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med.* 1995; 332(17):1113-7.

Fundação IBGE. Censo demográfico de 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil>>

Furlan JP, Guazzelli CAF, Papa ACS, Quintino MP, Soares RVP, Mattar R. A influência do estado nutricional da adolescente grávida sobre o tipo de parto e o peso do recém-nascido. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25(9):625-30.

Furstenberg FF, Brooks-Gunn J, Morgan SP. Adolescent mothers and their children in later life. *Fam Plann Perspect.* 1987; 19(40):142-51.

Galletta MAK. Investigação dos fatores associados à pré-eclâmpsia em gestantes adolescentes. (tese). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

Galletta MAK, Lippi ATA, Giribola A, Miguez J, Zugaib, M. Resultados obstétricos e perinatais em gestantes adolescentes atendidas em pré-natal especializado. *Rev Ginec Obst.* 1997; 8(1):10- 9.

Gispert M, Brinich P, Wheeler K, Krieger L. Predictors of repeat pregnancies among low-income adolescents. *Hosp Community Psychiatry.* 1984;35(7):719-23.

Gomes SEC. Gravidez na adolescência e sua recorrência (dissertação). São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Jacoby M, Gorenflo D, Black E, Wunderlich C, Eyer E. Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *Am J Prev Med.* 1999; 16(4):318-21.

Kasai KE. Influência da representação inconsciente atribuída à figura masculina e feminina no vínculo materno fetal entre gestantes adolescentes (monografia). São Paulo: Divisão de Psicologia Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.

Kroelinger CD, Oths KS. Partner support and pregnancy wantedness. *Birth.* 2000; 27(2):112-9.

Leigh BC, Morrison DM, Trocki K, Temple MT. Sexual behavior of American adolescents: results from a U.S. National Survey. *J Adolesc Health.* 1994; 15:117-25.

Lima CTB, Feliciano KVO, Carvalho MRS, Souza APP, Menabó JBC, Ramos LS, Cassundé L, Kovacs MH. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2004; 4(1):71-83.

Lima BGC, Matos CMSM, Melo EF. Características de pacientes adolescentes de uma maternidade pública de Salvador (Bahia), 1996. Rev Baiana de Saúde Pub. 2000; 24(1-2):23-31.

Lippi ATA, Galletta MAK, Rossi MAAS, Benute GG, Del Zoto SB, Tamaki HM, Caire AR, Zugaib M. Mudanças sociais durante a gravidez na adolescência. Anais do VIII Congresso Brasileiro de Saúde na Adolescência, VII Congresso Internacional de Saúde na Adolescência. Salvador-Bahia, Maio de 2001. p. 110.

Lippi UG, Segre CAM. Gravidez na adolescência: resultados perinatais. In: Organização Panamericana de Saúde e OMS. Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro. Brasília (DF) OPAS/OMS.1988, 75-8.

Lippi UG, Buttner LE, Seches N. Importância da avaliação da tomada inicial de peso da gestante pelo gráfico de Rosso. Rev Bras Ginecol Obstet, 1993, 15:131-3.

Maddaleno HM, Horwitz CN, Jaravc. Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescents. Rev Chil Pediatr. 1987; 58(3):246-9.

Maia VOA, Maia ACA, Queiroga FL, Maia Filho VOA, Araújo AB, Lippo LAM, Albuquerque RM. Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004; 26(9):703-7.

Mathias L, Nestarez JE, Kanas M, Neme B. Gravidez na adolescência –idade limite de risco reprodutivo entre adolescentes. *J Bras Ginecol.* 1985; 95(4): 141-3.

Matsushashi Y, Felice ME, Shragg P, Hollinsworth DR. Is repeat pregnancy in adolescent a “planned” affair? *J Adolesc Health Care.* 1989; 10(5):409-12.

Michelazzo D, Yazlle MEHD, Mendes CR, Patta MC, Rocha JSY, Moura MD. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004; 26(8):1-12.

Ministério da Saúde - Assistência Pré-Natal. Brasília. 2 ed. 1988. p.13.

Monteiro DLM, Cunha AA, Reis AFF. Risk factors in teenagers' pregnancy. *J Obstet Gynecol.* 1994; 46(Suppl 1):88.

Monterrosa A, Bello AM. Atención obstétrica em adolescentes menores de 15 años. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 1996; 47(1):15-21.

Olausson PO; Cnattingius S, Goldenberg RL. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. *Obstet Gynecol.* 1997, 89(3):451-7.

Olausson PO, Cnattingius S, Haglund B. Does the increased risk of preterm delivery in teenagers persist in pregnancies after the teenage period? BJOG. 2001; 108(7):721-5.

Oliveira MW. Gravidez na Adolescência: Dimensão do problema. Cad. CEDES. 1998;19(45):1-16.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Risk approach for maternal and child health care. Geneva, 1978. (WHO- Offset Publ, 39).

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Salud reproductiva em las Américas. Genebra. 1992.

Pardo RA, Nazer J, Cifuentes L. Prevalência al nacimiento de malformaciones congénitas y de menor peso de nacimiento em hijos de madres adolescentes. Rev Med Chile. 2003; 131:1165-72.

Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas em ambulatório de pré-natal. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004; 12 (5):745-50.

Pfitzner MA, Hoff C, Mcelligott K. Predictors of repeat pregnancy in a program for pregnant teens. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003; 16: 77-81.

Pinto e Silva JL, Nogueira CWM. A multigravidez na adolescência. In: Organização Panamericana de Saúde e OMS. Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro. Brasília (DF) OPAS/OMS.1988; 101-11.

Polit DF, Kahn JR. Early subsequent pregnancy among economically disadvantaged teenage mothers. *Am J Public Health*. 1986; 76(2):167-71.

Ramos JLA. Avaliação do crescimento intra-uterino por medidas antropométricas do recém-nascido (Tese). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1983.

Reading R. Socioeconomic factors and adolescent pregnancy outcomes: distinctions between neonatal and postneonatal deaths? *Child Care Health Dev*. 2005; 31(6):742-3.

Rigsby DC, Macones GA, Driscoll DA. Risk factors for rapid pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1998; 11(3):115-26.

Rosner B. *Fundamentals of biostatistics*. 2nd ed. Boston: PWS Publishers; 1989. p 584.

Rubin V, East PL. Adolescents' pregnancy intentions. *J Adolesc Health*. 1999; 24:313-20.

Saito MI. Medicina de Adolescentes: visão histórica e perspectiva atual. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência prevenção e risco. 1st ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p 3-9.

Santelli JS, Jacobson MS. Birth weight outcomes for repeat teenage pregnancy. *J Adolesc Health Care*. 1990; 11(3):240-7.

Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Rev Saúde Publ*. 2003; 37(1):15-23.

Schupp TR, Miyadahira S, Kahhale S, Zugaib M. Management of pregnancy in a university hospital: a 6-year study. *Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo*. 2000, 55(4):137-44.

Sempreviva Organização Feminista. (SOF). Boletim mulher e saúde. 1997, 16 p 2-10.

Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís do Maranhão. *Rev Saude Publica*. 2003; 37(5):559-65.

Siqueira AAF, Tanaka ACDD'A. Mortalidade na Adolescência com especial referencia à mortalidade materna, Brasil, 1980. *Rev Saude Publica*. 1986; 20:274-9.

Siqueira AAF, Tanaka ACDD'A, Andrade J, Almeida PAM, Santiago S, Zanatelli CC, Bier R, Queirós BMS, Saran MR. Evolução da gravidez em adolescentes matriculadas no serviço pré-natal do centro de saúde Geraldo de Paula Souza, São Paulo (Brasil). *Rev Saude Publica*. 1981; 15:449-54.

Smith GCS, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ*. 2001; 323:476-9.

Sorribe VL, Bonne AB, Dutel DN, García AJ. Algunos aspectos relacionados com el embarazo a destiempo em adolescentes. *Rev Cubana Enfermer*. 2002; 18(2):107-11.

Stevens-Simon C, Kelly L, Singer D. Absence of negative attitudes toward childbearing among pregnant teenagers. A risk factor for a rapid repeat pregnancy? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996; 150:1037-43.

Stevens-Simon C, Kelly L, Singer D, Nelligan D. Reasons for first teen pregnancies predict the rate of subsequent teen conceptions. *Pediatrics*. 1998; 101:1-6.

Stevens-Simon C, Lowy R. Teenage Childbering. An adaptive strategy for the socioeconomically disadvantage or a strategy for adapting to socioeconomic disadvantage? *Arch Adolesc Med*. 1995; 149:912-5.

Sweeney PJ. A comparison of low birth weight, perinatal mortality, and infant mortality between first and second births to 17 years old and younger. *Am J Obstet Gynecol.* 1989; 160(6):1361-7; discussion 1367-70.

Ventura S J, Curtin SC. Recent trends in teen births in United States. *Stat Bull Metrop Insur CO.* 1999 Apr 2-19.

Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Azevedo GD, Marcolin AM. A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24(9):5-10.

ANEXOS

ANEXO I



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M F
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....
-

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA. Análise dos Resultados e dos Fatores Associados à Reincidência de Gravidez na Adolescência

PESQUISADOR: Dra. Adriana Lippi Weissman

CARGO/FUNÇÃO :médica INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 78541

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto Central do HCFMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 12 meses

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa ;
2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais;
3. desconfortos e riscos esperados;
4. benefícios que poderão ser obtidos;
5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

Estamos convidando você a participar de um estudo que estamos fazendo sobre a primeira e a segunda ou mais gestações em adolescentes. Queremos saber o quanto é comum a primeira e as outras gestações em mulheres com menos de 20 anos, assim como as razões para que isso ocorra. Também queremos saber se existe algum problema com essas mães adolescentes e com os seus bebês. Para tanto, apenas pedimos que você responda com sinceridade as perguntas feitas pelo médico na primeira consulta de pré-natal que são perguntas de rotina. Solicitamos autorização para usar as suas resposta nessa pesquisa, assim como os dados referentes ao nascimento do bebê, se for o caso. A sua identidade não será revelada em nenhum momento e também você não é obrigada a colaborar conosco. Se você não quiser participar, não haverá comprometimento no seu futuro acompanhamento e seu atendimento médico estará garantido. Por outro lado, queremos que você saiba que, com a sua ajuda, poderemos melhorar o atendimento para adolescentes, com menor número de complicações para a gravidez nessa faixa de idade.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
 2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
 3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
 4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
 5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.
-

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 200 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

ANEXO II



APROVAÇÃO

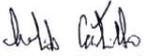
A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 25.05.05, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **367/05**, intitulado: "Análise dos Resultados e dos Fatores Associados à Reincidência de Gravidez na Adolescência" apresentado pelo Departamento de **OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: **Dr. Marco Aurélio Knippel Galletta**

Pesquisador (a) Executante: **Dra. Adriana Lippi Waissman**

CAPPesq, 25 de Maio de 2005.


PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa