

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND E ASSOCIAÇÃO ENTRE IDADE MATERNA
E BAIXO PESO AO NASCER**

Almir de Castro Neves Filho

Fortaleza

2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND E ASSOCIAÇÃO ENTRE IDADE MATERNA
E BAIXO PESO AO NASCER**

Almir de Castro Neves Filho

*Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Saúde Pública do
Departamento de Saúde Comunitária da
Universidade Federal do Ceará, como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública.*

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dr. Zenilda V. Bruno

Fortaleza

2002

**PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND E ASSOCIAÇÃO ENTRE IDADE MATERNA
E BAIXO PESO AO NASCER**

Almir de Castro Neves Filho

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Paulo Roberto Bastos Canella

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite

Profa. Dra. Maria da Conceição Oliveira Costa

Profa. Dra. Zenilda Vieira Bruno

Fortaleza

2002

DEDICATÓRIA

Para Almir Pai e Haydée (in memorian), mesmo que não seja possível
mais a plena compreensão, com meu carinho e amor.

Para Verinha, Beatriz e Cecília, as grandiosas mulheres da minha vida.

Para o Pedro, sobrinho amigo, que insistiu em nos deixar privados de
sua meiga presença.

Para a Haydée, sobrinha colega, iniciando a estrada já mostrando brilho
e competência próprios.

Para Gilson e Vig, com admiração e amor.

Para Álvaro Leite, amigo do peito e de inquietudes, companheiro do
batente diário, médico de verdade.

AGRADECIMENTOS

À Zenilda Vieira Bruno, orientadora amiga, sempre paciente, tolerante frente à minha dispersão, brilhante.

Aos colegas da Disciplina de Pediatria, pela compreensão e cumplicidade principalmente na reta final.

À Maternidade Escola Assis Chateaubriand, seu corpo clínico e funcionários, que de algum modo colaboraram na fase árdua da coleta de dados, e às suas pacientes e seus bebês, na esperança que o estudo renda frutos e conseqüências.

Ao Dr Francisco Manuelito, diretor da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará, que desde o início da pesquisa abriu as portas da instituição.

À Dra Anamaria Cavalcante, diretora do Hospital Infantil Albert Sabin, por todo o apoio e compreensão.

Aos acadêmicos Janaína, Guido, Juliana e Pedro, pelo espírito investigativo, disposição no aprendizado, capacidade de trabalho, esmero e sensibilidade no contato com as pacientes e seus bebês.

Aos gentis Vicente, Alípio, Evandio, Valéria e Vanússia, pacientes todos com meus desconhecimentos sobre digitação, softwares, hardwares, etc.

Introdução: Existe uma grande divergência atual nos estudos que dizem respeito à gravidez na adolescência, situação que vem atraindo as atenções da comunidade científica e da mídia em geral pelo impacto transformador nas vidas dessas mulheres. Não há consenso na literatura médica se as gestações precoces trazem prejuízos orgânicos para a mulher adolescente e seu recém-nascido. No entanto, os transtornos de ordem social como abandono dos estudos, do trabalho, falta de oportunidades, desajustes familiares, uniões precipitadas e em seguida desfeitas, discriminação, ocorrência de nova gravidez; e de ordem psicológica como tristeza, melancolia, depressão, abandono ou rejeição do filho, psicoses, além da contribuição para o aumento da fecundidade e conseqüentemente da população mundial, parecem ser motivo de preocupação da maioria das elites dirigentes dos países desenvolvidos e, principalmente, dos países pobres. A gravidez na adolescência pode ser desastrosa em determinados cenários, e ser um redirecionamento da vida com conseqüências positivas em outros. Realizamos uma pesquisa abrangendo pacientes que recorreram à Maternidade Escola Assis Chateaubriand para terem seus bebês, com a finalidade de aferir as condições de saúde dessa população, comparando grupos divididos pela idade materna. Objetivo geral: Descrever as características sócio-familiares e demográficas de mulheres adolescentes e não adolescentes e seus recém-nascidos atendidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, e verificar a associação entre a idade materna e a ocorrência de baixo peso ao nascer. Objetivos específicos: 1. Analisar e comparar entre mães adolescentes e adultas a ocorrência de: realização de pré-natal de qualidade; complicações relacionadas à idade ginecológica; tipo de parto. 2. Analisar e comparar nos recém-nascidos de mães adolescentes e adultas a ocorrência de:

baixo peso e peso insuficiente ao nascer; prematuridade. 3. Analisar a ocorrência de baixo peso ao nascer frente à idade materna e outras variáveis sócio-demográficas e de história reprodutiva materna utilizando análise multivariada. Delineamento do estudo: Estudo transversal. Local do estudo: Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará. Participantes do estudo: Pacientes adolescentes e não adolescentes entrevistadas após o parto. Variáveis estudadas: idade materna, escolaridade, fumo, presença do companheiro, desnutrição materna, idade ginecológica, assistência pré-natal, primiparidade, multiparidade, tipo de parto, prematuridade, baixo peso e peso insuficiente ao nascer. Resultados: Foram entrevistadas e tiveram os prontuários pesquisados 553 mulheres que deram à luz na Maternidade Escola Assis Chateaubriand no período de junho de 2000 a junho de 2001. Essa amostra compõe-se de 340 pacientes acima de vinte anos e 213 pacientes abaixo de vinte anos de idade. Após análise univariada das variáveis, percebe-se claramente que a maioria das condições geradas pela gravidez são desfavoráveis às adolescentes. Entre mulheres desse grupo, a ocorrência de desnutrição é maior, ausência do companheiro (29,6% das adolescentes e 18,9% das adultas; $p < 0,003$), analfabetismo (14,6% das adolescentes e 24% das adultas; $p < 0,004$), realização de assistência pré-natal de qualidade (21,1% das adolescentes e 29,9% das adultas; $p < 0,02$), fumo (12,7% das adolescentes e 14,5% das adultas; $p < 0,54$), menarca precoce (em média 12,5 anos nas adolescentes e 13,1 nas adultas), prematuridade (21,6% das adolescentes e 15,4% das adultas; $p < 0,06$), baixo peso (24,4% das adolescentes e 16,6% das adultas; $p < 0,02$), e peso insuficiente ao nascer (21,6% das adolescentes e 18% das adultas; $p < 0,30$). Foi encontrada uma associação estatisticamente expressiva entre baixo peso ao nascer e baixa idade materna – OR 1.64 (IC 1.04 - 2.57). Na análise estratificada algumas variáveis

selecionadas – prematuridade, primiparidade, escolaridade, realização de pré-natal, presença do companheiro e desnutrição materna ao início da gestação não atuaram como fator de confundimento frente à essa associação. No entanto, na análise multivariada da ocorrência de baixo peso ao nascer, e após a construção de modelos para a regressão logística, os resultados encontrados não permitem que a idade materna isoladamente seja responsabilizada por estas condições.

Conclusões: 1. A realização de assistência pré-natal com mínima qualidade apresenta-se bastante reduzida na amostra estudada. 2. A idade materna abaixo de vinte anos, neste estudo, funcionou como fator de proteção frente à ocorrência de parto cirúrgico. 3. A idade ginecológica inferior a dois anos mostra uma tendência para a ocorrência de peso insuficiente e baixo peso ao nascer, embora em nossa amostra o número de gestantes adolescentes nesta condição seja pequeno, incapaz portanto de expressar valor estatístico. 4. Há uma tendência à associação entre a ocorrência de prematuridade e a baixa idade materna. No entanto, a odds ratio não alcançou significância estatística para ratificar esta diferença. 5. Existe uma associação entre idade materna abaixo de vinte anos e baixo peso ao nascer, quando condições desfavoráveis como desnutrição materna e analfabetismo materno estão presentes.

ABSTRACT

Introduction: There is a considerable debate in the specialized literature regarding pregnancy during adolescence. This situation is attracting attention of the scientific community and the media due to the impact in the lives of these young women. However, there is no consensus in the literature if earlier pregnancies bring organic prejudice to the adolescent woman or to her newborn. Moreover, problems of social nature such as abandon of study life, work, lack of opportunities, familiar disorders, anticipated (and precipitated) marital arrangements, discrimination, occurrence of new pregnancy; and some of psychological nature such as sadness, melancholy, depression, rejection of the baby, psychosis, besides the contribution to the general fecundity level of the population, seem to be issues to be considered by the majority of the governments in developed and developing countries. Pregnancy during adolescence can be a disaster in some scenarios, but also could be a positive outcome in the life of some families. To understand the health conditions of these families, we proceeded a survey with adolescents attended at Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, the Maternity associated to the Ceara State Federal University Hospital. **General Objective:** To describe social, demographic and familiar characteristics of adolescent pregnancy and non-adolescents that delivered their babies in Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, and verify the association between maternal age and the occurrence of low birthweight infant. **Specific Objectives:** 1. To analyze and compare, by mother age, the occurrence of good-quality antenatal care; complications related to gynecologic age; type of delivery. 2. To analyze and compare, by groups of newborns of adolescents and non-adolescents, the occurrence of low birthweight and insufficient birthweight;

prematurity. 3. To analyze the occurrence of low birthweight by mother age and by other socio-demographic variables and reproductive health issues, using multivariate analysis. **Study Design:** Transversal study. **Setting:** Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Ceara State Federal University. **Population under study:** Patients interviewed at the Maternity after delivery, adolescents and non-adolescents. **Study Variables:** Maternal age, level of education, smoke habits, presence of partner (husband), maternal nutrition / subnutrition level, gynecologic age, antenatal care, number of pregnancies, type of delivery, prematurity, low birthweight and insufficient birthweight. **Results:** Five hundred and fifty three women (553) that delivered their babies at MEAC during the period of study were interviewed and their medical records were reviewed. This sample represents 340 patients over twenty years old and 213 patients under twenty years old. After univariate analysis of variables, it is clearly revealed that the majority of conditions generated by the pregnancy are unfavorable to the adolescents. Among women in this age, the occurrence of subnutrition is higher, the absence of a partner is higher (29.6% in adolescents versus 18.9% in adult women; $p=.003$); illiteracy (14.6% versus 24%; $p=.004$); good-quality antenatal care (21.1% versus 29.9%; $p=.002$); smoking (12.7% versus 14.5%; $p=.54$); precocious menarche (in average 12.5 years old in adolescent women versus 13.1 years old in adult women); prematurity (21.6% in adolescents versus 15.4% in adults; $p=.06$); low birthweight (24.4% versus 16.6%; $p=.02$) and insufficient birthweight (21.6% versus 18%, $p=.30$). An association statistically significant between low birthweight and low maternal age ($OR=1.64 [1.04-2.57]$). In stratified analysis of selected variables — prematurity, number of pregnancies, level of education, antenatal care, presence of a partner/husband, level of nutrition of the mother at the beginning of pregnancy — no confounding factors were observed in

that association. However, in multivariate analysis of the occurrence of low birthweight and after the design of models for logistic regression, the results did not evidenced that maternal age alone could be responsible for the selected conditions listed above. Conclusions: 1. A good-quality antenatal care is very low in this study. 2. The low maternal age, in this sample, constitute a protection factor front surgical delivery. 3. The gynecological age above two years shows a tendency to insufficient and low birth weight, but the number of adolescents studied in this condition is small, without expression value. 4. There is a tendency to prematurely occurrence in adolescent women. However, the oddis ratio doesn't have significant statistics value. 5. There is an association between low birth weight and low maternal age when desfavorable conditions like maternal desnutricion and anafalbetism are presents.

1. Introdução	15
1.1. Adolescência	20
1.2. Gravidez na adolescência	23
1.3. Repercussões da gravidez na adolescência	35
1.4. Aborto na adolescência	43
2. Justificativa	46
3. Hipóteses de estudo ..	47
4. Objetivos.....	48
4.1. Objetivo geral	48
4.2. Objetivos específicos	48
5. Metodologia	49
5.1. Tipo do estudo	49
5.2. Local do estudo.....	49
5.3. Período do estudo.....	49
5.4. Amostra.....	50
a. Cálculo do tamanho amostral	50
b. Critérios de inclusão	50
c. Critérios de exclusão	50
d. Recrutamento.....	50
5.5. Coleta e organização dos dados	51
5.6. Definição das variáveis do estudo	52
5.7. Coleta dos dados	53
a. Procedimentos	53

b. Instrumentos	53
c. Seleção e treinamento dos entrevistadores	53
d. Estudo piloto	54
e. Controle da qualidade	54
5.8. Processamento e limpeza dos dados	54
5.9. Análise dos dados	55
a. Análise descritiva	55
b. Análise inferencial	55
c. Análise multivariada	55
5.10. Definição dos termos e das variáveis estudadas	55
5.11. Limitações do Estudo	57
6. Apresentação dos resultados	59
7. Discussão	73
8. Conclusões	90
9. Recomendações	91
10. Referências bibliográficas	93
11. Anexos	

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Variáveis selecionadas	52
Quadro II – Variáveis mais importantes no desfecho do ciclo gravídico-puerperal ..	59
Quadro III – Aspectos da qualidade da assistência pré-natal	64
Quadro IV – Prematuridade na amostra total distribuída para idade materna	67
Quadro V – Baixo peso e peso insuficiente distribuídos por idade materna	68
Quadro VI – Baixo peso ao nascer x adolescência análise estratificada	71
Quadro VII – Modelos de análise multivariada – regressão logística – adolescência x baixo peso	71
Quadro VIII – Regressão logística	72

INTRODUÇÃO

A faixa etária que corresponde à adolescência – 10 a 20 anos de idade, segundo a Organização Mundial da Saúde – vem progressivamente ganhando espaço na mídia e nas discussões sobre estratégias de promoção e prevenção em saúde. No entanto, tal privilégio não foi conseguido “por bem”. O envolvimento dos jovens com drogas, marginalidade, mortes violentas, AIDS e o aumento alarmante de gestações na adolescência vem mobilizando não só os serviços de saúde, mas todos os segmentos da sociedade.

Surge então um fato novo, curioso e preocupante: na medida em que se pretende atrair os jovens para as instituições e serviços de saúde, constata-se que estes, assim como os profissionais, não estão familiarizados e nem habilitados para a atividade proposta, qual seja, a assistência integral à saúde do adolescente.

Falta de privacidade, instalações inadequadas, ambientes em que se misturam as mais diversas faixas etárias, decorações infantis, macas de tamanho pequeno...

Consultas rápidas, interrupções freqüentes, telefonemas, atitudes paternalistas, irritação, pressa, desrespeito ao pudor do jovem...

Em suma, tanto por parte das instituições como dos profissionais, não parece existir afinidade com as expectativas e necessidades dos adolescentes, gerando constrangimento e o conseqüente afastamento do paciente do serviço.

Por outro lado, o sistema de saúde vigente não capta o adolescente por este estar em uma etapa de vida em que são pouco freqüentes as doenças. Talvez por isso os médicos tenham perdido tanto o contato com os adolescentes: somos

formados para cuidar de doentes, e os serviços para acolher doentes. O adolescente, via de regra, é “irritantemente” saudável.

No entanto, há muito que ser feito. Em um ambiente adequado, bem recebidos por profissionais acolhedores, que gostem genuinamente dos adolescentes, capacitados e, fundamentalmente, com a própria adolescência resolvida, veremos os jovens externarem suas preocupações com corpos que se esticam e mudanças bruscas em áreas antes tão pouco exploradas. Observaremos que os motivos que os trazem às consultas raramente são aqueles verbalizados de início. Contataremos também que alguns eventos absolutamente normais e esperados promovem ansiedade e sofrimento, não raro desajustes e alterações na dinâmica familiar.

A adolescência não é uma via de mão única. Os adultos em geral não estão suficientemente instrumentalizados para lidar com as mobilizações advindas das manifestações adolescentes. Podem exitar em descer da posição de “superpais”, podem não estar conscientes de que os jovens lhes provocam sensações de envelhecimento e insegurança, podem estranhar quando os sonhos dos filhos não coincidirem com os planos, ou lutar com todas as forças contra a separação definitiva e inevitável ao final desta etapa.

A adolescência é uma fase da vida extremamente mobilizante, da qual todas as pessoas guardam recordações. Infelizmente, vem se popularizando entre os adultos, em geral rígidos em suas posições, um jargão para definir o indivíduo nessa fase – “aborrecente”.. É praticamente consenso que o jovem é mal humorado, chato, irritante, etc. Seriam defesas?

Conhecer os “aborrecentes” pode ser uma oportunidade de virar a mesa, de obter fontes de motivação em nossas tão atribuladas carreiras, de melhorar o desempenho profissional e desenvolvimento pessoal. Todos os atributos que

caracterizam um bom atendimento têm que estar aqui presentes, e são imprescindíveis – empatia, contra-transferência e um grande ouvido são palavras de ordem, condições fundamentais para o contato com essa turma.

Essa pesquisa contempla um assunto polêmico e instigante, que vem sendo alvo crescente de publicações e estudos dado os seus múltiplos aspectos, os quais muitas vezes confundem resultados, limitam conclusões e provocam polêmica no meio científico e no seio da sociedade. A gravidez na adolescência vem suscitando indagações de complexidade crescente, e constitui hoje assunto presente nas investigações na área de saúde pública. Questões como os riscos perinatais nessas gestações deverão permanecer em evidência durante bastante tempo, e o acervo de publicações sobre o tema servirão para análise, planejamento e estratégias de enfrentamento do “problema”.

Esse estudo é dedicado aos adolescentes, que são, na verdade, a mola propulsora das mudanças no mundo, sempre, a princípio, incompreendidos e incompreendidas.

“Apaixonados, irascíveis, capazes de serem arrebatados por seus impulsos,...[ainda que tenham] altas aspirações...Se o jovem comete uma falta é sempre no lado do excesso e do exagero, uma vez que eles levam todas as coisas longe demais”

Aristóteles (Kiell, 1964)

“ A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder.”

(Foucault, 1984)

“ A adolescência é o prisma pelo qual os adultos olham os adolescentes e pelo qual os próprios adolescentes se contemplam. Ela é uma das formações culturais mais poderosas de nossa época”.

(Contardo Calligaris, 2000)

1.1. ADOLESCÊNCIA

“Nossos adolescentes amam, estudam, brigam, trabalham. Batalham com seus corpos, que se esticam e se transformam. Lidam com as dificuldades de crescer no quadro complicado da família moderna. Como se diz hoje, eles se procuram e eventualmente se acham. Mas, além disso, eles precisam lutar com a adolescência, que é uma criatura um pouco monstruosa, sustentada pela imaginação de todos, adolescentes e pais”.

Contardo Calligaris

O que faz com que o profissional recuse ou relute em receber em seu ambulatório ou consultório pacientes adolescentes? Não conhecer e estar familiarizado com suas etapas peculiares? Sentir-se frustrado diante de um jovem iniciando a vida e portanto com potencial ilimitado, podendo realizar planos sonhados pelo próprio médico, esquecidos agora e não realizados no decorrer de sua vida profissional e afetiva? Não ter a sua própria adolescência resolvida? Com seus preconceitos, encarar as manifestações adolescentes com irritação e adotar uma postura hostil ou carregada de censura? Ou não levar em conta idéias, opiniões e desejos dos jovens, julgando que sua primordial função é dar conselhos, cometendo erro grosseiro (Souza, 1989)?

O adolescente realmente não se configura um “paciente interessante”, uma vez que, regra geral, adoece pouco, e as queixas durante as consultas são, na grande maioria, relativas ao desenvolvimento e à sexualidade (Crespin, 1986; Souza, 1989). Pontos que, a bem da verdade, são precariamente dominados pelos profissionais médicos atuantes, formados no modelo tecnológico e mecanicista já descrito. Muitas vezes, as queixas que motivam as consultas são trazidas pelos pais, envolvidos no processo de tal maneira que sofrem de uma verdadeira distorsão perceptual, e não

raro manifestam preocupação com questões comportamentais (Moraes, 1985; Crespim, 1991; Neves Filho, 1995). Sendo assim, o atendimento ao adolescente significa um desafio às qualidades e habilidades do médico. Se este gosta sinceramente dos jovens, sente-se confortável frente a eles; se é hábil o suficiente para não se deixar envolver, assumindo uma posição de apoio e compreensão sem ser bonachão; e se visa não assumir postura semelhante à dos pais, com certeza as possibilidades de sucesso estarão bastante próximas (Souza, 1989; Guimarães, 1991; Gauderer, 1993).

“Se soubermos conduzir com delicadeza este desabrochar de um mundo novo, veremos estes mesmos filhos da idade ingrata subir aos mais altos cimos da especialidade.”

Alceu Amoroso Lima

Hebeatria ou Medicina da Adolescência é a atividade que se dedica ao atendimento dos pacientes na “idade ingrata”, e pode ser exercida pelo pediatra e pelo clínico, sendo mais importante aí a sensibilidade e recomendáveis conhecimentos técnicos específicos sobre psicologia, desenvolvimento e problemas peculiares dessa faixa etária. Esta fase da vida é particularmente delicada e mobilizante, não só para os jovens como para os pais. Ocorrem mudanças importantes em todas as áreas no decorrer de uma verdadeira “explosão hormonal” (Hurlock, 1971; Aberastury & Knobel, 1988; Feijó & Oliveira, 2001; Fonseca, 2001). Os fenômenos pubertários são rápidos, não seguem obrigatoriamente uma seqüência regular, não acontecem de maneira semelhante em todas as pessoas, levando o jovem a estranhar seu corpo e entrar em questionamentos e dúvidas importantes sobre essas modificações (Coutinho, 1993; Brasil, 1993; Osterne, 1994;

Pronap, 1996; Silva, 2001; Saito, 2001). Agravando esse quadro, em nenhuma fase da vida são veiculadas tantas informações errôneas e impera um tal nível de desinformação. Os pais em geral estão numa posição rígida de “adultos” e não são instrumentalizados para atuarem adequadamente neste contexto. (Pronap, 1997; Souza et al, 1998).

É dentro deste cenário que gostaríamos de analisar um acontecimento, na maior parte das vezes inesperado, que acomete especificamente adolescentes do sexo feminino e provoca a busca de uma nova identidade, interferindo na já tumultuada fase em questão: a gravidez.

“Em qualquer idade, a gravidez é um processo psicossocial de grande importância e na adolescência é uma crise que se sobrepõe à crise da adolescência”

Romero

1.2. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gestação é uma situação de crise, capaz de gerar situações extremamente angustiosas. No entanto, crise não significa somente coisas desagradáveis ou catastróficas. Pode proporcionar chance para reformulação de um determinado estado de coisas que, por algum motivo, tornou-se insatisfatório. É um momento crucial, decisivo, necessário muitas vezes para um processo de tomada de decisão entre os vários caminhos que se delineiam. É momento de mobilizar recursos de crescimento, recuperação e nova diferenciação. (Silber, 1988; Victora et al, 1988; Stern, 1997; Gobato, 1999; Reato e Azevedo, 1999).

A gestante pode ou não evoluir dentro deste novo papel que será exercido. Pode, também, este papel se tornar fonte de conflito quando:

- a gestante não adere afetiva e ideologicamente ao seu papel
- quando se encontra dividida entre as exigências de um papel misto: não abdica do papel de filha e evita em assumir o papel de mãe
- quando a sociedade a leva, impositivamente, a assumir um papel estereotipado, que ela abomina, talvez até inconscientemente.

(Noronha, 1986)

Diversamente das sociedades tradicionais, que possuíam mecanismos para demarcar os lugares que cada um de seus membros deveria ocupar ao tornarem-se adultos, a sociedade moderna desafia seus jovens a buscar uma definição que esteja inserida num projeto globalizante, ao mesmo tempo que seja singular, e única para suas vidas. A tarefa, inerente ao homem moderno, de apresentar-se como um sujeito singular se inicia na juventude, quando o adolescente é compelido a assumir suas opções frente às diversas exigências próprias à sua inclusão no mundo adulto. A gravidez precoce e não planejada pode ser relacionada como um dos agravantes dos riscos inerentes à manutenção da saúde mental dos adolescentes, e a ela devem se contrapor medidas que diminuam o impacto das situações de risco, identificando-se fatores de proteção que as impeçam ou as atenuem. Eventualmente, a constituição de um vínculo amoroso com um companheiro, o apoio familiar, a assistência pré-natal em uma unidade de saúde e outros exemplos, podem transformar a situação de risco num momento de crescimento e amadurecimento para a adolescente (Saggese & Leite, 1999). Por outro lado, alguns fatores atuam em sentido contrário, como: baixo nível sócio-econômico, instabilidade (estrutura) da família e influência dos companheiros na iniciação da vida sexual (Smith e Pell, 2001). Tais fatores têm impacto principalmente em dois tipos de famílias, consideradas “predispostas”:

- vínculo emocional com o pai e relações familiares instáveis
- ausência do pai, vínculo emocional intenso com a mãe e sentimentos de ambivalência e ressentimento

Quando a estas situações se junta o fator pobreza, com muita freqüência o fatalismo estará presente, acarretando um centro externo de controle e falta de planejamento nas relações heterossexuais. É interessante ressaltar que o desenvolvimento cognitivo de muitas adolescentes é pobre, e “entorpece” sua capacidade de compreender as conseqüências da relação sexual (Beltrão, 1987; Behrman et al, 1990; Munitz & Silber, 1992; Barros e Victora, 1996; WHO, 1998).

A gestação na adolescência, no entanto, nunca foi situação estranha à maioria das culturas. A associação dos primeiros sinais pubertários e principalmente da menarca com impureza fez e ainda faz parte da cultura de vários povos, levando as adolescentes jovens a uniões com homens mais velhos, uma vez escolhidas, não raro negociadas ou como parte de rituais dependendo da comunidade em questão (Pereira, 1998). O conceito de adolescência é relativamente recente na história da civilização, e, na realidade, vem aumentando de tamanho. Em passado não muito recente a promoção de criança a adulto se dava de forma muito rápida, assim que o organismo dava sinais de que a função de reprodução era possível (Ariè, 1981; Günther, 1999). Casamentos aos 7 anos são descritos no Planalto da Abissínia, África. A adolescente virgem ou a menarca antes do casamento, na Etiópia, acarreta menor valor em relação à futura união. Costumes como o hetairismo prevêm a primeira noite da mulher adolescente concedida a parentes, amigos ou o senhor, ou a defloração religiosa por sacerdotes (Cassaguerra, 1982).

“Nada mais simples do que a revelação do sexo à menina assim preparada. Para aquela que é deixada na ignorância das leis gerais, que

aprende tudo de uma só vez, é algo grande e perigoso. Que pensar da imprudência dos pais que deixam tudo nas mãos do acaso? Pois, o que é o acaso? É, muitas vezes, uma companhia nem um pouco inocente, nem um pouco pura de imaginação. O acaso é ainda (e com mais freqüência do que se pensa) uma palavra leviana, sensual, do jovem, do parente mais próximo. As mães dirão não, e se indignarão: todos os seus filhos são perfeitos. São por demais enamoradas de seus filhos para acreditar na própria evidência.”

(MICHELET, 1859)

Desde a metade do século XX a população jovem do mundo vem aumentando: no período de 1965 a 1980 cresceu em dez milhões e no período de 1990 a 1995 em 5,4 milhões (Tavares & Monteiro apud Campos, 2000). Segundo dados do IBGE, o Brasil tem hoje 34 milhões de jovens na faixa de 10 a 19 anos e, se o ritmo de crescimento da população for mantido, os adolescentes continuarão sendo o grupo etário predominante, pelo menos até o ano 2010 (Campos & Souza, 1999). Em 1995 nasceram 17 milhões de filhos de meninas entre 15 e 19 anos no mundo (OMS). Na maioria dos países da América Latina as taxas de fecundidade total têm exibido um marcado declínio nas últimas décadas, contrastando com as taxas de fecundidade na adolescência, cujos valores caem muito lentamente ou mesmo aumentam. (Cabral, 1997; Heilborn, 1998; Camarano, 1998; Goldani, 2000). No Brasil, em 1998, nasceram 666000 filhos de mães entre 10 e 19 anos, sendo 32000 (4,8%) de mães entre 10 e 14 anos (IBGE, 1998). Da década de 70 para 1998, a taxa de fecundidade total diminuiu de 5,1 para 2,4 filhos por mulher. Entre 1970 e 1990, triplicou o número de filhos de mães menores do que 15 anos. Entre 1993 e 1997, dados do SUS registram um aumento de 32% no número de partos de mulheres menores de 15 anos, mostrando um aumento de 20% do total de partos dessas mulheres. 40% das mães menores do que 20 anos engravidam novamente

dentro de 36 meses após o primeiro parto (IBGE, 1998). Pesquisa realizada pela BENFAM em 1996, com amostra representativa de todas as regiões brasileiras, exibiu relação evidente entre baixa escolaridade e alta fecundidade: 54,4% das adolescentes que não tinham nenhuma escolaridade já tinham engravidado alguma vez; 31,3% das que tinham 1 a 3 anos de escolaridade, 25,1% das que tinham 4 anos, 18,2% das que tinham 5 a 8 anos e 6,4% que tinham 9 a 11 anos de escolaridade (Guimarães, 2001).

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 1996 pela BENFAM e a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF), respectivamente com 2464 e 1313 mulheres adolescentes de 15 a 19 anos mostram:

Idade de início da atividade sexual

Idade mediana da primeira relação sexual

- ❑ Sexo masculino: 16,7 anos
- ❑ Sexo feminino: 19,5 anos

Obs.: mais cedo nas áreas urbanas da região Norte e mais tardia na região Centro-Leste.

(BENFAM, 1997)

Iniciação Sexual no sexo feminino

33% das meninas de 15 a 19 anos tinham tido a primeira relação sexual (3% casadas e 30 % pré-marital) na época da pesquisa.

Primeira relação pré-marital:

- ❑ 1986: 14% das jovens
- ❑ 1996: 30% das jovens

obs.: aumento de mais de 100% em 10 anos.

(BENFAM, 1987/1997)

Gravidez nas Adolescentes

- 18% das adolescentes haviam iniciado vida reprodutiva: 4% estavam grávidas e 14% já eram mães (No Ceará, 24% dessas mulheres jovens estão grávidas ou já tiveram filhos) (Bruno & Bailey, 1998).

- Porcentagem de jovens grávidas ou mães (se distribuem da seguinte forma):

- ❑ Áreas rurais: 24%
- ❑ Áreas urbanas: 17%
- ❑ Região Norte: 24%
- ❑ Região Nordeste: 21%
- ❑ Região Centro-Leste: 13%

34% das jovens com até 3 anos de estudo haviam iniciado vida reprodutiva contra 6% daquelas que tinham entre 9 e 11 anos de estudo.

Estado Civil

- ❑ 24% das grávidas ou mães são solteiras
- ❑ 6,3% estão com o parceiro (formal ou consensual)
- ❑ 13% separadas ou divorciadas
- ❑ 96% das que não iniciaram vida reprodutiva são solteiras

Gravidez nas Adolescentes

- ❑ A maternidade pressiona a constituição de uniões
- ❑ Cria uniões frágeis e susceptíveis de dissolução
- ❑ As uniões contraídas antes dos 20 anos apresentam proporção 3 a 4 vezes maior de separações

- Frequentemente são absorvidas como extensão das famílias de parentes

Abandono Escolar

- Somente 19% das adolescentes grávidas ou mães continuaram frequentando escola, contra 75% das jovens na mesma idade.

Causas do abandono escolar:

- 20% questões ligadas à gravidez
- 13% ao casamento
- 7% à necessidade de cuidar dos filhos

sem escolarização: 51% eram mães, 4% grávidas

9 a 11 anos de estudo: 4% eram mães, 2% grávidas

Trabalho

- 1 em cada 4 grávidas ou mães trabalham; 1 em cada 3 das demais jovens trabalham
- metade deixam filhos com parentes, 10% recorrem a escolas ou creches para poderem trabalhar
- menor participação no mercado de trabalho
- maiores taxas de desemprego: discriminação das empresas

(Ferraz & Ferreira, 1998)

“A gravidez na adolescência, na maioria das vezes, está relacionada a fatores psicossociais associados ao ciclo de pobreza e educação precária e, principalmente, à falta de perspectiva de vida; no horizonte dessas meninas não há escola, saúde, cultura, lazer e emprego. São comuns a evasão, o abandono, e a dificuldade de retorno à escola. A baixa escolaridade e o despreparo dificultam a inserção no mercado de trabalho, tornando as relações conjugais mais instáveis e perpetuando o ciclo de pobreza.”

Maternidade na Adolescência

Período de perdas:

- ❑ Perda da identidade
- ❑ Interrupção da formação educacional e/ou profissional
- ❑ Perda da confiabilidade da família
- ❑ Perda do companheiro que não assume a gravidez
- ❑ Perda da expectativa de futuro
- ❑ Perda da independência adquirida junto aos pais, para submissão ao companheiro
- ❑ Perda da proteção familiar

Paternidade na Adolescência

- ❑ **Relação com comportamentos de risco**
- ❑ Contracepção: responsabilidade da parceira
- ❑ Mesmo nível sócio-econômico e de escolaridade da parceira
- ❑ Papel-modelo
- ❑ Interrupção dos estudos
- ❑ Ingresso mais precoce no mercado de trabalho
- ❑ Empregos de menor prestígio e menor oportunidade de progressão
- ❑ Casamento ou união mais precoce
- ❑ Alto índice de separações
- ❑ Prole mais numerosa

(Lyra, 1998)

“Os moços de hoje, desde meninos, ainda impúberes, sonham com uma aspiração única – o gozo! Sonham assim porque assim ouviram de seus

companheiros mais edosos que lhes disseram coisas phantasticas de imaginarias orgias. (...) Atraído para as orgias, está o futuro homem definitivamente comprometido na sua saúde physica, na sua saude intellectual e, principalmente, na sua saude moral. O novo devasso, com a sêde insaciavel de todos os estreantes, e com um pavôr tremendo ao ridículo, compromete definitivamente a sua hygidez, fazendo excessos genitae, quase sempre antes de ter sua natureza amadurecida para a nobilíssima função reprodutora.”

(OLIVEIRA, 1924)

A decisão de um adolescente de iniciar ou não sua vida sexual é bastante complexa. Está provado que as relações sexuais consentidas podem satisfazer várias necessidades psicossociais do jovem, nomeadamente quanto ao domínio do desenvolvimento psicossocial, da rebelião, da identificação e validação dos grupos e como forma de lidar com a frustração e o insucesso. (Kessner, 1973; Stevens-Simon, 1993; Maakaroum, 1993; Luz, 1998;).

Fatores associados ao início precoce ou tardio da atividade sexual:

Iniciação precoce

- ❑ **Aparecimento precoce da puberdade**
- ❑ Abuso sexual
- ❑ Ausência de um progenitor com ação educativa e de apoio
- ❑ Insucesso escolar
- ❑ Indigência
- ❑ Participação em outras atividades de alto risco
- ❑ Doença mental

Iniciação mais tardia

- ❑ **Ênfase na abstinência**
- ❑ Disciplina firme e constante imposta pelos pais
- ❑ Orientação de objetivos
- ❑ Sucesso escolar
- ❑ Freqüência regular de um local religioso

(Academia Americana de Pediatria – Comissão para a Adolescência, 2000)

O Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) exhibe aumento no registro de nascidos vivos de mulheres entre 10 e 20 anos de 19,76% em 1994 para 23,16% em 1998. O Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do Estado do Ceará referente ao ano de 2000, na Série Histórica das Informações de Saúde da Área Central, mostra uma média de 23,98% de gestantes cadastradas menores de 20 anos de idade. Cobliner aponta um rol de situações que através dos tempos proporcionou o aumento de gestações em idade precoce:

1. A puberdade na mulher avançou da idade de 16-17 anos no final do século XIX para 12-13 anos atual.
2. Há mistura de sexos mais cedo (aproximação entre meninos e meninas).
3. O relaxamento do controle exercido pela família e pela escola.
4. Os valores reguladores da intimidade estão mais liberais.
5. O tempo de lazer está menos estruturado.
6. A idade de independência econômica está sendo retardada.
7. A influência dos meios de comunicação.

(Cobliner, 1970)

“Conquanto a experimentação sexual e promiscuidade estejam presentes por toda a história, em nenhum tempo o grau de afinidade não inibida excede aquele que agora prevalece entre a população jovem. Para a nossa especialidade, no que diz respeito imediato, em relação à prevalência de atividade sexual descontrolada estão a gravidez ilegítima e a difusão de

doenças venéreas. Para os pais, o problema é a perda de contato com o descendente adolescente e a dificuldade de manter a moral-padrão em casa. A liberdade sexual tem avançado a um ponto tal que os pais perguntam, a si mesmos, se eles estão mandando suas crianças para o colégio para adquirirem educação ou para participarem de um vasto experimento em amor livre”.

(Montgomery, 1976)

São fatores etiológicos da gravidez na adolescência:

- ❑ menarca mais precoce
- ❑ precocidade da primeira relação sexual
- ❑ atividade sexual cada vez mais freqüente
- ❑ maior liberdade de comportamento
- ❑ precária educação sexual
- ❑ fantasia de invulnerabilidade
- ❑ influência da sociedade e da mídia
- ❑ pressão do grupo e do parceiro
- ❑ carência afetiva e baixa auto-estima
- ❑ necessidade de ter algo somente seu
- ❑ desagregação familiar
- ❑ falta de perspectiva de vida

(Seminário Gravidez na Adolescência, 1999).

A gestação na adolescência pode ser o fruto de uma união afetiva sólida e feliz ou apresentar uma série de desvantagens, como a interrupção precoce da educação e/ou da carreira, a não aceitação social nas várias classes. As pressões sociais podem induzir ao aborto, ao casamento prematuro ou forçado, a desajustes e mesmo ao suicídio. Podem advir menores oportunidades econômicas, ilegitimidade

dos filhos, menores chances de casamento futuro, conseqüências demográficas – aumento da população, maior paridade e riscos obstétricos (Darzé, 1982; Brazelton, 1992; Stevens-Simon, 1993; Colaça, 1994; Alves Filho & Correia, 1995; Hermann, 1999; Brasil, 2000; Herter & Accetta, 2001). Segundo o Comitê para a Adolescência da Academia Americana de Pediatria, cerca de 35% das adolescentes não recorrem a qualquer contraceptivo no momento de relação sexual. O período aproximado de tempo que decorre entre o momento em que uma adolescente se torna sexualmente ativa e a primeira vez que procura serviços médicos para fins de contracepção é de 12 meses. Aproximadamente metade das gestações na adolescência ocorre nos primeiros 6 meses após a adolescente ter se tornado sexualmente ativa, e um quinto ocorre no primeiro mês. Ainda segundo o Comitê, os adolescentes que recorrem à contracepção de uma forma irregular são os mais jovens, nos quais é menor a possibilidade de se envolverem numa relação estável e prolongada, e aqueles que preferem as relações ocasionais. Por outro lado, mais de um quarto das adolescentes que tiveram a sua primeira relação sexual com 14 anos ou menos refere que a sua participação foi involuntária. Outros fatores que contribuem para a não utilização de métodos contraceptivos incluem questões inerentes ao próprio desenvolvimento deste grupo etário, tais como relutância em admitir a atividade sexual, um sentido de invencibilidade (convicção de que são imunes aos problemas que rodeiam a vida sexual e a gravidez), negação da possibilidade de gravidez e conceitos errôneos relativos à utilização de anticoncepcionais apropriados. Algumas das razões referidas pelos adolescentes para a não utilização de contraceptivos são o medo de que os pais descubram, a ambivalência e a idéia de que o controle da natalidade tem riscos.

“A gestação na adolescência é um marco que suprime os ritos convencionais de passagem de uma fase para a outra, forçando jovens a assumirem abruptamente papéis da vida adulta relacionados à constituição de família e provimento de renda.”

(Seminário Gravidez na Adolescência, 1999).

1.3. REPERCUSSÕES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência não deve ser encarada como uma doença que pode ser curada pelo aborto ou resolvida pelo parto: há que se avaliar a maturidade da adolescente e se a gestação é realmente desejada (Rodrigues et al, 1993; Lyra, 1998). Estudos recentes sugerem que os filhos de mães adolescentes têm desempenho perinatal semelhante aos de mulheres adultas, com idade considerada adequada para o parto (Pinto e Silva, 1984; Araújo et al, 1998; Paixão, 2000; Fabrício, 2000). É consenso que se torna extremamente difícil atribuir o risco biológico apenas à idade, uma vez que juntam-se à ela uma série de fatores determinantes de risco, como pobreza, baixo nível educacional, pré-natal de baixa qualidade, etc. (Rodrigues et al, 1993; Gonzales, 1998; Carvalho Filho, 2000; Sant’anna, 2000; Miranda, 2000). Trabalhos brasileiros mostram que as adolescentes com mais de 16 anos apresentam características biológicas compatíveis com bom desempenho obstétrico quando comparadas com mulheres na idade ideal para a concepção - 20 a 29 anos (Gallo et al, 2000). Levantamento realizado sobre a incidência de gestação na adolescência (entre 12 e 16 anos) no Hospital Pro Matre, no Rio de Janeiro, mostrou um aumento na tendência secular dessas gestações, concluindo que não se justifica o enquadramento delas como entidade à parte do ponto de vista obstétrico, visto que as diferenças reveladas quanto aos riscos obstétricos não foram significativas (Pinto Aleixo, 1981). Em 556 recém-nascidos da Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo, foi observado

que a idade materna inferior a 20 anos e a primiparidade foram importantes na determinação da maior incidência de bebês a termo pequenos para a idade gestacional somente quando as mães apresentavam nível econômico baixo, ocorrendo em 16,7% contra 4,3% quando as mães, embora de baixa idade ou na primeira paridade pertenciam a nível econômico mais elevado (Nóbrega & Trindade, 1986). Complicações como toxemia, anemia, infecções, prematuridade, baixo peso do concepto entre outras, poderiam ser explicadas em grande parte pelo mesmo cortejo de condições de risco já citadas (Valente et al, 1977; Siqueira et al, 1981; Vitiello, 1984; Sécne, 1985; Pedrosa, 1985; Nóbrega & Trindade, 1986; Silva, 1986; Coates & Correa, 1989; Maia Filho, 1991; Leshkevich et al, 1996; Carrascosa & Gussinyé, 1998). A idade materna não pode, isoladamente, ser considerada responsável por eventos adversos na gravidez entre adolescentes. (Cabral, 1997). Outros estudos apontam para associações significativas entre idade materna e complicações perinatais como eclâmpsia, hipertensão, partos cirúrgicos, lesões perineais, ruptura prematura das membranas, desproporção céfalo-pélvica, sofrimento fetal agudo, aborto, infecção urinária, anemia, apresentação pélvica, placenta prévia, prematuridade, baixo peso, infecções e mortalidade neonatal precoce (Renfield, 1978; Creasy & Parer, 1982; Darzé, 1982; Zuckerman et al, 1983; McAnarney & Greydanus, 1986; Jesus, 1988; Sarinho, 1998; Tay Kcont et al, 1999; Puell Ramirez et al, 1999; Goldani et al, 2000; Ribeiro, 2000; Pavlova-Greenfield, 2000). Complicações biológicas para mãe e filho são mais freqüentes quando a idade ginecológica – tempo decorrido entre a menarca e a primeira gestação – é menor que dois anos, em gestações múltiplas na adolescência, em intervalos menores de dois anos entre gestações seguidas e idade materna abaixo de 15 anos (Correa & Coates, 1993). A baixa idade ginecológica aumenta as chances de

ocorrência de recém-nascidos com baixo peso (Zlatnik & Burmeister, 1977; Frisancho et al, 1984). Hipótese interessante seria de que a vasculatura pélvica na mulher só atinge o desenvolvimento adequado aos 16 anos, gerando com isso uma maior incidência de placenta prévia, toxemia, prematuridade e recém-nascido de baixo peso em gestações acontecidas antes dessa idade (Darzé, 1982). Entre adolescentes americanas, riscos obstétricos estão associados com pobreza, má nutrição e doenças precedentes ao parto. Entretanto, adolescentes menores de 15 anos são realmente grupo de risco para complicações obstétricas (Satin et al, 1994). Adolescentes grávidas atendidas no pré-natal do Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth durante o ano de 2000 foram observadas para análise, mostrando grande incidência de parto cesareano (44%), não utilização de métodos contraceptivos (67% nunca utilizou) e início tardio do pré-natal (81% a partir do 2º trimestre) (Miranda et al, 2000). Estudo comparativo realizado em Campinas, São Paulo, não conseguiu evidenciar maior incidência de hipertensão em gestantes adolescentes, mas sim entre as nulíparas (Pinto e Silva, 1986). Na Maternidade Escola de Vila Cachoeirinha, São Paulo, em estudo sobre eventos obstétricos ocorridos em gestantes adolescentes comparados com gestantes com mais de 20 anos, encontrou-se uma freqüência de seis vezes maior de eclâmpsia entre adolescentes, e entre o grupo menor de 16 anos a freqüência aumentou para quinze vezes. O percentual de primigestas era de 63,9% nas mães adolescentes e de 9,5% no outro grupo (Lippi & Segre, 1988). Doença hipertensiva específica da gravidez está associada com condições de risco como primiparidade, baixas condições sócio-econômicas, baixa escolaridade e assistência pré-natal inadequada, segundo dados do programa de saúde do adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que mostra um percentual de 6,2% entre as adolescentes cadastradas

(Takiuti, 1995). Estudo retrospectivo realizado no Hospital de Apoio III – Sullana, revisando 947 histórias clínicas, total de gestantes atendidas nos anos de 1992 e 1993, comparou este grupo com um número idêntico de mulheres de 20 a 34 anos. Concluiu que a gestação na adolescência é um risco para a mãe e para o recém-nascido, diante dos resultados: foi mais freqüente a via de parto abdominal em adolescentes (14,9% contra 6,5% do grupo controle), e associação significativa entre idade mais baixa e lesão perineal, desproporção céfalo-pélvica, apresentação pélvica, ruptura prematura de membranas, pré-eclâmpsia, sofrimento fetal agudo, aborto, infecção urinária e anemia (Tay Kcont et al, 1999). Em Acobamba – Huancavelica, em estudo descritivo retrospectivo foi observado que a baixa escolaridade, o início precoce das relações sexuais e o não uso de anticoncepção acarretaram alta incidência de gravidez na adolescência, que se encontrou associada a trabalho de parto prolongado, lesões perineais, prematuridade e baixo peso do concepto (Villon et al, 1999). Estudo epidemiológico de corte transversal em Feira de Santana, Bahia, com nascidos vivos de mães adolescentes (10-16 e 17-19 anos) e adultas jovens (20-24 anos) através do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC-1998), totalizando 5279 nascimentos, apontou entre adolescentes alta prevalência de nascidos vivos e baixo nível de escolaridade, risco aumentado para analfabetismo, não realização de pré-natal, baixo peso e peso insuficiente do recém-nascido, principalmente na faixa de 10 a 16 anos, em comparação com as outras faixas estudadas (Costa et al, 2001).

O maior impacto da gravidez na adolescência é psicossocial e se traduz em deserção escolar e baixa escolaridade, maior número de filhos, desemprego mais freqüente, fracasso na relação com o parceiro (maior risco de separação, divórcio e abandono), menor probabilidade de conseguir bons salários por toda a vida,

segundo dados da Organização Pan-Americana de Saúde, contribuindo para perpetuar o ciclo da pobreza e a “feminização da miséria” (Romero, 1992). A pobreza pode exacerbar, em alguns indivíduos, tais riscos (Coates e Niculitchett, 1976; Coates & Correia, 1991; Cunha, 1998; De Bruyn, 1998; Günther, 1999; Daker e Baptista, 1999; César, 2000).

Os filhos de mães adolescentes são alvo de estudos conflitantes: é difícil distinguir se a morbimortalidade aumentada a eles imputada é fruto apenas da baixa idade materna (Colli e Deluque, 1978; Coates & Correa, 1989; Donas, 1992; Duarte, 1997). O organismo materno imaturo, que ainda não completou seu desenvolvimento, sugere ser a causa da maior parte das situações mórbidas apresentadas por esses bebês, como prematuridade, baixo peso, peso insuficiente, asfixia perinatal, infecções e mesmo cuidados inadequados durante os anos seguintes ao nascimento. Mesmo após a menarca, as adolescentes continuam a crescer, lentamente, por mais dois a quatro anos, e é difícil aquilatar as repercussões da superposição de uma gravidez. (Costa, 1990; Coelho et al, 1998; Chipkevitch, 2001; Costa, 2001; Coutinho, 2001). Estudo sobre as conseqüências da competição materno-fetal por nutrientes conclui que os fetos de gestantes entre 10 a 16 anos crescem mais lentamente do que de mulheres mais velhas. O requerimento de nutrientes para o próprio crescimento da adolescente poderia determinar uma diminuição no aproveitamento pelo feto, fato que poderia ser anulado se a mãe dispusesse de um armazenamento nutricional pré-gravidez favorável (Naeye, 1981; Fannarott e Martin, 1997; Eisenstein, 2000; Espiridião, 2000).

Estudo conduzido com 5940 nascidos vivos em Recife, Pernambuco, investigando a associação de baixo peso ao nascer, peso insuficiente e peso adequado com algumas variáveis maternas, mostrou como resultados:

- o peso ao nascer aumenta com a idade materna; o peso insuficiente foi progressivamente mais freqüente em mães de baixa idade, e as freqüências de peso adequado aumentaram junto com a elevação da idade materna
- baixo peso ao nascer foi mais freqüente em mães com peso pré-gestacional abaixo de 50 kg, nas fumantes e esteve associado com assistência pré-natal inadequada

(Rocha, 1985)

Baixo peso ao nascer esteve associado, em adolescentes americanas, com baixa estatura materna, consumo de cigarros e álcool e infecções do trato urinário ou cervical não tratadas (McAnarney & Greydanus, 1986).

Na Enquete Mundial de Fecundidade englobando 40 países em desenvolvimento, taxas de mortalidade entre as crianças de 1 a 2 anos de idade são mais altas no grupo de mães adolescentes quando comparadas com mulheres de 20 a 29 anos (Monroy, 1992). Estudo conduzido durante a campanha de vacinação de agosto de 2000 em Serrania, cidade predominantemente rural do interior de Minas Gerais, com entrevistas realizadas com mães adolescentes e adultas de mesma condição sócio-econômica evidenciou menor tempo de aleitamento exclusivo no grupo das mulheres de 13 a 19 anos (Fabrício et al, 2001). Em comunidades de baixa renda de Olinda e Recife, Pernambuco, a associação da baixa escolaridade e falta de trabalho entre as mães adolescentes com cuidados deficientes aos filhos foram documentadas (Gonzales, 1998).

O Manual Técnico de Assistência Pré-natal e o Manual de Gestação de Alto Risco, ambos do Ministério da Saúde, listam como fatores de risco na gravidez entre as características individuais e condi es sócio-demográficas desfavoráveis o seguinte:

- ❑ Idade menor que 17 e maior que 35 anos
- ❑ Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse
- ❑ Situação conjugal insegura
- ❑ Baixa escolaridade
- ❑ Condições ambientais desfavoráveis
- ❑ Altura menor que 1,45 m
- ❑ Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg
- ❑ Dependência de drogas lícitas ou ilícitas

(Tedesco, 1999, modificado)

De acordo com o Guia para a prestação de serviços em Saúde Reprodutiva, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, os fatores de risco que deverão ser sistematicamente pesquisados na consulta inicial das gestantes adolescentes são:

- ❑ Idade menor que 15 anos
- ❑ Baixa renda (carência de suporte econômico mínimo)
- ❑ Baixo nível de escolaridade ou analfabetismo
- ❑ Solteira, ausência de companheiro e sem amparo familiar
- ❑ Pais separados ou ausentes
- ❑ Tentativa de aborto
- ❑ Gravidez resultante de estupro ou incesto
- ❑ Decisão de oferta do recém-nascido para adoção
- ❑ Internação psiquiátrica, instabilidade emocional excessiva ou tentativa de suicídio
- ❑ Trabalho pesado
- ❑ Uso de fumo, álcool e drogas
- ❑ Nutrição inadequada

- ❑ Dificuldade de acesso a serviços de saúde
- ❑ Acesso tardio ao pré-natal
- ❑ Registro inadequado da história obstétrica
- ❑ Intercorrência clínico-obstétrica

O mesmo instrumento aponta a gestante adolescente como de alto risco, decorrendo daí maior evasão escolar, desajustes familiares e dificuldade de inserção no mercado de trabalho, e indica as intercorrências obstétricas freqüentemente observadas:

- ❑ Hipertensão específica da gestação
- ❑ Prematuridade
- ❑ Retardo de crescimento intra-uterino
- ❑ Infecções urinárias, principalmente no grupo mais jovem

Seqüência de gestações com reduzido intervalo interpartal, e indica que “ao proporcionar assistência médica integral, os resultados demonstrarão a diminuição das complicações obstétrico-perinatais, além de contribuir para o crescimento e desenvolvimento adequado da adolescente e prevenção da doença mental do nascimento ao longo do seu desenvolvimento pessoal”.

Em relação à morbidade hospitalar dos adolescentes, o seguinte padrão foi identificado na pesquisa “Adolescentes do Ceará: Características Sócio-demográficas e de Saúde Reprodutiva”: nos hospitais públicos ou privados conveniados do Sistema Único de Saúde em todo o estado do Ceará, em 1996, as internações de adolescentes do sexo feminino superaram as do sexo masculino em 3 vezes. De 38619 internamentos de mulheres com idade entre 12 e 19 anos, 25692 (66,5%) foram por causa obstétrica, ou seja, parto ou aborto. Entre as idades de 12 e 14 anos, as internações obstétricas são responsáveis por 34% do total de

internamentos de meninas em todo o estado do Ceará. A partir de 15 anos de idade, aumenta para 80% as complicações decorrentes da prática do aborto. 17% de todos os partos em Fortaleza e 11% de todos os partos no interior do estado são de adolescentes menores que 18 anos, sendo que em 1996 o índice de operações cesareanas nesse grupo foi de 15%. (Correia & Silveira, 1998).

1.4. O ABORTO NA ADOLESCÊNCIA

O aborto está legalizado no Brasil desde 1940 apenas em duas situações: feto concebido como resultado de estupro e gravidez que acarreta risco de vida para a mulher. É uma prática ilegal na maior parte dos países da América Latina, na maioria dos casos, exceto Cuba. No Brasil, estima-se que aconteçam 5 milhões de abortos clandestinos por ano, sendo cerca de um terço deles entre adolescentes (Rodrigues et al, 1993) ou, segundo o Ministério da Saúde, um quarto (SOF, 1992). A mesma proporção aplica-se a nível mundial (Souza, 1991). A literatura sobre o aborto aponta um consenso de que em geral há pouco risco físico quando o mesmo é realizado por médico habilitado e sob condições higiênicas (Bruno & Bailey, 1999). No entanto, sob outras condições, as conseqüências são diferentes: em 1994, em São Paulo, um terço das mortes causadas por complicações do aborto era entre jovens de 15 a 19 anos de idade (Peres, 1997). Complicações conseqüentes a tentativas de abortamento respondem pela maioria dos atendimentos nos serviços de emergência de ginecologia dos países em desenvolvimento, eventos que não constam dos registros oficiais, pelo seu caráter ilegal (Cates, 1983; Bruno et al, 1992; Bruno e Bailey, 1998). As gestações na adolescência, na maioria das vezes, são inesperadas, e muitas delas indesejadas, surgindo o aborto como uma possibilidade real para muitas adolescentes. Jovens que abortam tendem a ser

solteiras, estudantes e poucas usam métodos para evitar a gravidez (Bailey et al, 1988). A maioria das adolescentes grávidas confia em suas mães e muitas delas recomendaram à filha que interrompesse a gravidez, em estudo desenvolvido no Ceará. (Bruno & Bailey, 1999). Esse procedimento, realizado por vezes sem condições mínimas de higiene e segurança, e por pessoas não capacitadas, responde por 13% das 500000 mortes maternas no mundo, 99% delas nos países em desenvolvimento (Souza, 1998). O aborto é inequivocamente, sempre, uma situação de sofrimento psicossocial. Em meios sócio-econômicos desfavorecidos faz parte da “síndrome del fracaso”, contribuindo enormemente para a perpetuação do “ciclo de pobreza” e da “afemenización de la pobreza” (Munitz & Silber, 1992).

A promoção de vários fatores protetores em forma simultânea, complementar e continuada, podem produzir uma gradual mudança positiva do estado de saúde, bem-estar e desenvolvimento das populações. Exemplos desses fatores protetores são:

- ❑ um satisfatório nível educacional geral e de saúde em particular
- ❑ bom estado nutricional e bons hábitos nutricionais
- ❑ emprego
- ❑ acesso a serviços de saúde e outros de boa qualidade
- ❑ políticas normativas e legislação favoráveis ao desenvolvimento ótimo de crianças e adolescentes
- ❑ estrutura e dinâmica familiares boas
- ❑ acesso a recreação sadia e a oportunidade de empregar o tempo livre em forma positiva
- ❑ escalas de valores congruentes com o exercício e alcance de níveis ótimos de desenvolvimento espiritual

- prevenção de vulnerabilidade evitável no biológico e psicossocial desde etapas precoces da vida
- promoção de redes sociais de apoio efetivas
- outros

(OPAS, 1992)

Em suma, o aborto permanece com uma sombra na questão da gravidez da adolescente e nas estratégias de melhoria da qualidade de saúde da população feminina nos países em desenvolvimento. Como tema polêmico que é, envolve aspectos culturais, religiosos, morais e dificulta a elaboração de políticas de saúde de consenso que possibilitem uma abordagem clara e efetiva do problema.

JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial de Saúde considera a gravidez na adolescência gestação de alto risco (OMS, 1978). As grandes dificuldades encontradas na análise dos trabalhos publicados na literatura nacional e internacional consistem em atribuir um possível pior desempenho obstétrico e repercussões sobre o recém-nascido simplesmente à idade materna ou a um cortejo de situações de risco como pobreza, baixa escolaridade, falta de assistência pré-natal adequada, entre outras. A maioria das gestações na adolescência é de primeiros nascimentos, reconhecidamente associados a maiores complicações em todas as faixas de idade (Henriques et al, 1989). O grupo de adolescentes abaixo de 16 anos constitui uma parcela extremamente vulnerável, faixa em que a fecundidade encontra-se em ascensão, em contraponto às outras idades.

Em nossa região existe carência de dados que dizem respeito à situação gerada pela gravidez na adolescência, reconhecidamente fator de preocupação e inquietude por parte de organismos e instituições que lidam com a saúde e outras áreas em todo o mundo. Pelo exposto, conhecer a nossa realidade em relação a essa questão torna relevante a realização de um estudo comparativo contemplando variáveis biológicas e fatores sociais comumente associados ao problema das gestações precoces.

HIPÓTESES PARA ESTUDO

1. Mães adolescentes e seus recém-nascidos apresentam características sócio-familiares e demográficas desfavoráveis e têm uma frequência maior de complicações perinatais quando comparadas com mulheres adultas.
2. A ocorrência de baixo peso ao nascer é maior em recém-nascidos de mães adolescentes do que em pacientes adultas.

4.1. OBJETIVOS GERAIS

Descrever as características sócio-familiares e demográficas de mulheres adolescentes e não adolescentes e seus recém-nascidos atendidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, e verificar a associação entre a idade materna e a ocorrência de baixo peso ao nascer.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar e comparar entre mães adolescentes e adultas a ocorrência de:

Realização de pré-natal de qualidade

Complicações relacionadas à idade ginecológica

Tipo de parto

2. Analisar e comparar nos recém-nascidos de mães adolescentes e adultas a ocorrência de:

Baixo peso

Peso insuficiente

Prematuridade

2. Analisar a ocorrência de baixo peso ao nascer frente à idade materna e outras variáveis sócio-demográficas e de história reprodutiva materna utilizando análise multivariada.

3.

5.1. TIPO DE ESTUDO: Estudo de corte transversal

5.2. LOCAL DO ESTUDO:

A pesquisa foi realizada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), da Universidade Federal do Ceará, instituição de referência terciária estadual que desenvolve atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão comunitária. A MEAC oferece estágios práticos para alunos do ensino de graduação da Universidade Federal do Ceará nas áreas de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e, em nível de pós-graduação, através de Residência Médica em Tocoginecologia e Neonatologia, além do Mestrado em Tocoginecologia. A MEAC presta assistência a mulheres e seus recém-nascidos do segmento menos favorecido da população do Ceará e da região Nordeste e, desde 1987, mantém em funcionamento o Serviço de Tocoginecologia Infanto-Puberal e Adolescência.

Foi realizado um estudo transversal com o objetivo de analisar as repercussões da gravidez na adolescência, comparando-se mulheres adolescentes – faixa etária de 10 a 20 anos incompletos - com adultas - faixa etária de 20 anos em diante.

5.3. PERÍODO DO ESTUDO: junho de 2000 a junho 2001

Nesse período aconteceram 9656 partos na Maternidade Escola, sendo 7911 partos em mulheres acima de vinte anos de idade, e 1745 em mulheres adolescentes.

5.4 AMOSTRA

A amostra foi constituída por mulheres que deram à luz na Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Universidade Federal do Ceará que, após o parto, concordaram em fornecer informações que compõem o instrumento de coleta de dados conforme anexo. Foram entrevistadas de forma aleatória pelos alunos pesquisadores, em todos os dias da semana.

a) Cálculo do tamanho amostral

Confiança = 95%

Poder = 80%

Prevalência de Baixo Peso em adolescentes = 19%

Prevalência de Baixo Peso em não-adolescentes = 10%

Odds ratio = 2,0

Tamanho da amostra calculada = 265 em cada grupo

Total = 530

b) Critérios de inclusão: mulheres que deram à luz na Maternidade Escola Assis Chateaubriand no período de junho de 2000 a junho de 2001, no mesmo dia ou no dia seguinte ao parto.

c) Critérios de exclusão: mulheres com gestações múltiplas, perdas fetais, gravemente enfermas e que não aceitassem participar da pesquisa.

d) Recrutamento: gestantes adultas e adolescentes na proporção aproximada de 2 adultas para 1 adolescente.

5.5 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada por alunos do curso de graduação de medicina da Universidade Federal do Ceará previamente treinados, de 6 de junho de 2000 a 15 de junho de 2001. As adolescentes e adultas foram identificadas no livro de registros da Maternidade Escola, no qual consta o nome, idade e diagnóstico de entrada da paciente, entre outras informações. Uma vez identificadas as pacientes, realizava-se uma entrevista com cada mãe, após explicação da natureza e objetivos da pesquisa e obtenção do consentimento materno. Foram entrevistadas 206 adolescentes e 347 mulheres adultas.

A entrevista foi realizada dentro das primeiras vinte e quatro horas após o parto, utilizando-se formulário apresentado no anexo. Paralelamente, os prontuários médicos obstétricos e dos recém-nascidos eram consultados pelos alunos pesquisadores para complementação dos dados clínicos das pacientes e seus filhos.

Todas as medidas antropométricas dos recém-nascidos foram tomadas pelos pediatras ou enfermeiros da Maternidade Escola. Na MEAC, a pesagem e medição dos recém-nascidos são realizadas logo após o nascimento, ainda na sala de parto, pelo médico assistente ou pela enfermeira. A avaliação da idade gestacional é obtida através de exame físico realizado pelos pediatras da instituição preferentemente nas primeiras seis horas, eventualmente nas primeiras vinte e quatro horas de vida, utilizando-se o método de Capurro (Capurro et al, 1978). Os alunos pesquisadores obtiveram essas informações a partir dos dados anotados nos prontuários do Serviço de Neonatologia da MEAC.

Foram entrevistadas mulheres puérperas no 1º dia pós-parto. Diariamente, os alunos visitavam as enfermarias de puérperas da MEAC e selecionavam as participantes em função da idade materna na proporção de duas adultas (com 20 anos de idade ou mais) para uma mulher adolescente (idade igual ou inferior a 19

anos). Em todos os casos houve explicação clara dos objetivos da pesquisa e solicitação de permissão verbal e escrita para a realização das entrevistas (consentimento informado).

5.6. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO (QUADRO 1).

Foram definidas variáveis maternas e do recém-nascido procurando analisar algumas conseqüências de ordem médica para o binômio mãe-filho; foram selecionadas variáveis referentes à aspectos demográficos, sócio-econômicos, nutricionais e da história reprodutiva da paciente, além de condições relativas ao parto e ao recém-nascido.

O estudante não sabia o tipo de parto, peso do recém-nascido e outras condições ao realizar a entrevista com a mãe. Estes dados foram obtidos posteriormente após análise do prontuário materno e do recém-nascido.

Quadro I – Variáveis selecionadas

Idade materna	Multiparidade na adolescência
Escolaridade materna	Tipo de parto
Presença de companheiro	Prematuridade
Tabagismo	Baixo peso ao nascer
Realização de pré-natal de qualidade	Peso insuficiente ao nascer
Primiparidade	

5.7. COLETA DOS DADOS

a) Procedimentos

- Entrevistas com as mães - objetivou coleta de informações seguindo um questionário estruturado e previamente testado, com dados relativos à

história familiar, ginecológica, obstétrica, dados demográficos, sociais e psicológicos.

- Análise de prontuário materno e do cartão da gestante, quando disponível, para obtenção de dados referentes ao exame físico da paciente, condições anteriores ao parto, pré-natal e informações relativas ao parto.
- Análise de prontuário do recém-nascido para obtenção de dados de exame físico, fatores de risco, condições de vitalidade e complicações relativas ao nascimento.

b) Instrumentos

- Entrevistas com as mães (anexo 1)
- Análise de prontuário materno (anexo 2)
- Análise de prontuário do recém-nascido (anexo 3)
- Consentimento informado (anexo 4)

c) Seleção e treinamento dos entrevistadores

Foram selecionados três estudantes da Faculdade de Medicina/UFC. O treinamento consistiu de leitura do ante-projeto com explicação dos objetivos. Os alunos participaram do estudo piloto para testagem e correção do questionário. Atenção especial foi dedicada à abordagem das pacientes e habilidades de comunicação que facilitassem as entrevistas e evitassem distorções ou interpretações pessoais dos relatos. Foi formado um grupo de estudo sobre temas relativos à adolescência, com reuniões semanais para estudo e discussão de textos pertinentes, análise do trabalho da semana e planejamento.

d) Estudo piloto

Uma amostra de 56 mulheres e seus respectivos recém-nascidos foram estudadas de abril a junho de 2000. Tal procedimento possibilitou analisar eventuais dificuldades ou empecilhos à adequada realização do estudo.

O treinamento dos alunos foi reforçado pela análise preliminar destes questionários, para identificação de dificuldades nas entrevistas, na coleta de dados dos prontuários e no preenchimento correto do instrumento.

e) Controle da qualidade das informações

Foram realizadas reuniões semanais com os estudantes perseguindo uma correta realização das etapas propostas, identificação dos problemas inerentes ao instrumento de coleta de dados, acesso às pacientes e relações interpessoais, com adoção de critérios de qualidade na obtenção das informações.

5.8. PROCESSAMENTO E LIMPEZA DOS DADOS

Todos os questionários foram processados em base eletrônica apenas uma vez através do programa estatístico EPI INFO 6.0.

A limpeza dos dados foi realizada através da análise de consistência e buscando erros de amplitude. Os erros encontrados foram corrigidos no Sistema de Informações e recorrendo-se ao arquivo da Maternidade Escola, para eventual recuperação dos prontuários e correção de registros duvidosos ou absurdos.

5.9. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando-se dos aplicativos EPI INFO e STATA 7.0.

a) Análise descritiva

- A primeira análise realizada de todos os dados coletados possibilitou a escolha dos achados mais relevantes para as análises subsequentes.

b) Análise inferencial

- Análise estratificada

A análise estratificada foi realizada tendo em vista a associação encontrada entre a idade materna e peso do bebê ao nascer. Fatores que podem atuar como confundidores foram selecionados – escolaridade da mãe, condição nutricional no início da gestação, presença do companheiro, realização de pré-natal de qualidade, primiparidade e prematuridade.

c) Análise multivariada

A análise de regressão múltipla foi realizada para estudar o efeito da idade materna sobre o peso do recém-nascido, levando-se em consideração também outras variáveis independentes que teriam teoricamente efeito sobre o peso ao nascer. Dentre as variáveis maternas selecionaram-se idade cronológica, idade da menarca, estado nutricional, condição de fumante / não fumante; história reprodutiva (idade gestacional, paridade e pré-natal de qualidade); nível sócio-econômico, presença do companheiro e sexo do recém-nascido.

5.10. DEFINIÇÃO DE TERMOS E DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS:

Aborto - Término da gestação antes da 22ª semana, segundo a FIGO - 1976 (OMS, 1977).

Adolescência - De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde, o período entre as idades de 10 a 19 anos (Colli, 1994).

Baixo Peso ao nascer - Recém-nascidos ao nascer, pesando menos de 2.500g, segundo definição adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1961).

Corioamnionite - Inflamação das membranas fetais associada com infecção bacteriana (Belfort & Nahoun, 1988).

Escolaridade - Número de anos completos na escola.

Estado Civil - De acordo com os critérios do IBGE (1991): solteira, casada (no civil, no religioso ou em ambos), vivendo juntos, separada, viúva.

Freqüência ao pré-natal - Mês de início e número de consultas.

Idade da menarca - Idade de ocorrência da primeira menstruação em anos completos.

Idade gestacional – Avaliado através do método de Capurro (CAPURRO, 1978):

RN pré-termo: idade gestacional menor que 37 semanas.

RN a termo: idade gestacional maior ou igual que 37 semanas e menor que 42 semanas.

RN pós-termo: idade gestacional maior ou igual que 42 semanas.

Idade ginecológica – período de tempo decorrido entre a menarca e a primeira gravidez.

Idade materna - Idade em anos completos relatada pela mulher, e aferida pela data de nascimento constante do prontuário.

Índice de massa corpórea - peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado.

Menarca – Idade da primeira menstruação.

Natimorto - Óbito fetal ocorrido acima de 20 semanas de gestação.

Número de gestações - Número total de gestações, incluindo a atual.

Número de partos - Número total de todas as gestações que terminaram por nascimento via vaginal ou abdominal, independente da vitalidade do produto.

Óbito fetal - Morte de um produto de concepção antes de sua expulsão ou extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez.

Óbito neonatal hospitalar - Óbito ocorrido em crianças com menos de 28 dias de vida, que nasceram e permaneciam internadas na Unidade de Neonatologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Período neonatal - Período compreendido de zero a vinte e oito dias de vida.

Peso ao nascer - Peso em gramas, aferido nas primeiras 24 horas após o nascimento.

Peso insuficiente – peso ao nascer acima de 2499g e abaixo de 3000g.

5.11. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- inerentes ao contexto

O estudo foi realizado em um hospital de referência estadual, com serviço de atenção terciária para assistência integral à saúde da mulher e da criança, para onde certamente deve convergir maior número de gestantes adolescentes, consideradas de alto risco obstétrico. Esse fato será discutido na interpretação dos resultados, na seção de Discussão.

- inerentes ao método

Durante a fase de coleta de dados, houve falha na supervisão dos alunos entrevistadores, resultando numa proporção de mulheres adultas: mulheres adolescentes diversa da pretendida ao início do estudo. Esta relação resultou em 1,5: 1, enquanto que a relação pretendida era de 2: 1.

Observa-se que alguns subgrupos de pacientes muito interessantes para estudo e análise não se apresentam em número suficiente para validar inferências estatísticas, como as adolescentes menores de 14 anos, multíparas ou com idade ginecológica inferior a 2 anos.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram estudadas 553 pacientes, 340 (61,4%) mulheres com vinte anos ou mais e 213 (38,5%) mulheres com idade abaixo de vinte anos, que deram entrada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará, para terem seus bebês, no período de junho de 2000 a junho de 2001. A média de idade entre as adolescentes (pacientes até 20 anos incompletos) é de 17,1 anos, situando-se na faixa mais tardia da adolescência, e entre as mulheres adultas (pacientes com 20 anos completos ou mais) é de 26,5 anos, situando-se na faixa considerada ideal para a parturição.

No quadro abaixo estão apresentadas as variáveis de importância no desfecho do ciclo gravídico-puerperal.

Quadro II: Variáveis mais importantes no desfecho do ciclo gravídico-puerperal

Variável	Adolescente		Não adolescente		Valor p
	n	(%)	n	(%)	
Idade média (anos)		17,1		26,5	
Média (anos de estudo)		6,8		7,1	0.26 (F)
< 5 anos de estudo	31	14,6	81	24	0.004
Sem companheiro	63	29,6	64	18,9	0.003
Realização do pré-natal	203	95,3	327	96,7	0.38
Pré-natal de qualidade	45	21,1	101	29,9	0.02
Primiparidade	159	74,6	112	33,1	0.000
Parto cesareano	52	24,4	125	37	0.002
Média peso do RN em g		2948		3139	0.99
Peso RN < 2,5 kg	52	24,4	56	16,6	0.02
Peso RN >2,5 < 3kg	46	21,6	61	18	0.30
Prematuridade	46	21,6	52	15,4	0.06
Fumo	27	12,7	49	14,5	0.54

Dados demográficos

Em relação ao estado civil, grande diferença se estabelece entre os grupos: apenas 42 (19,5%) mulheres adolescentes são casadas, enquanto 121 (35,8%) mulheres adultas o são. Cerca de metade da amostra de mulheres adolescentes - 110 (51,2%) se encontrava em união consensual, 2 (0,9%) separadas e 24 (11,2%) solteiras sem companheiro, situação diversa quando comparadas com as adultas – 153 (45,3%) vivem em união consensual, 5 (1,5%) estavam separadas e 32 (9,5%) solteiras sem companheiro.

Nessa amostra, 68,8% (146) das adolescentes mora com o pai do bebê, que exibe uma idade média de 22,8 anos, bastante diversa da situação das mulheres adultas, em que 82,1% (279) vive com o pai do bebê e a média de idade deste é de 29,4 anos. 35,8% (76) das adolescentes mora com os pais, contra apenas 19,3% (65) das adultas. A idade média das mães das adolescentes pesquisadas é de 41,7 anos, contra 46,8 anos das mães das mulheres adultas. A idade média em que as mães das pacientes adolescentes engravidou pela primeira vez foi de 18,7 anos, mais cedo que as mães das pacientes adultas, 19,6 anos.

Escolaridade

Na amostra estudada, 112 (20,3%) mulheres pesquisadas não completaram 5 anos de estudo, sendo consideradas pacientes de risco para desempenho obstétrico.

A média de anos de estudo completos nessa amostra é estatisticamente semelhante, 6,7 entre adolescentes e 7,9 entre adultas. Os índices de analfabetismo são de 14,6% (31 pacientes com menos de 5 anos de estudo) entre adolescentes e 24% (80 pacientes com menos de 5 anos de estudo) entre adultas. Em nosso

trabalho, 28,8% (61) das adolescentes e 11,5% (39) das adultas permanecia estudando, enquanto 58,2% (123) e 16,3% (55) respectivamente interromperam ou abandonaram por causa da gravidez.

Ocupação

Em nossa pesquisa, apenas 8,4% (17) das adolescentes e 28,5% (96) das adultas trabalhavam fora de casa, e 26,5% (56) e 32,5% (110) respectivamente referiram abandono por causa da gravidez.

Características da moradia

A grande maioria das entrevistadas mora em casa de alvenaria, rebocada – 446 pacientes, 80,7% da amostra. Um número bem menor mora em casa de tijolos sem reboco – 78 pacientes (14,1%) e 29 entrevistadas (5,2%) em casa de taipa (barro). Dessas moradias, 182 (84,7%) entre as pacientes adolescentes e 295 (87,3%) entre as adultas possuíam instalações sanitárias. 86 (25,4%) mulheres entrevistadas maiores de 20 anos morava com até 3 pessoas na casa, e 69,2% até 5 pessoas. 69 (32,1%) mulheres adolescentes morava com até 3 pessoas na casa, e 63,7% com até 5 pessoas.

Estado nutricional materno

Do total de pacientes do estudo, 408 (73,7%) possuíam peso e altura do início da gestação registrados nos questionários, permitindo a utilização do Índice de Massa Corporal (IMC) – peso em kg dividido pela altura em cm ao quadrado – para classificá-las. Foi selecionado para estudo, então, o grupo de mulheres que apresentava IMC abaixo de 18.5 – 64 (13,2%) pacientes, preenchendo critérios para determinação de “magreza” ou desnutrição. Este grupo é composto por 27 (42,2%) mulheres adultas e 37 (57,8%) mulheres adolescentes, mostrando claro predomínio de desnutrição entre as gestantes com idade abaixo de vinte anos.

História reprodutiva

Na amostra estudada, a média geral da idade da menarca foi de 12.9 anos, tendo ocorrido mais cedo nas adolescentes: 12.5 anos, e mais tardiamente nas mulheres adultas: 13.2 anos, fato que indubitavelmente influencia a ocorrência de gestações em idades precoces. Foram identificadas 68 (12,2%) mulheres com idade ginecológica inferior a dois anos, com claro predomínio das adolescentes, em número de 45 (8,1%). Entre as adolescentes, 54 pacientes não eram primíparas, sendo 42 secundíparas e 12 jovens já com a 3ª gestação em andamento.

A idade média do início da atividade sexual das mulheres participantes do nosso estudo mostrou uma grande diferença entre os grupos: as adolescentes 14,9 anos e as mulheres adultas 18,2 anos, respaldando a maioria dos achados da literatura, como já citado.

O conhecimento e utilização dos métodos anticoncepcionais segue a linha observada em outros estudos realizados nos países em desenvolvimento. A maioria maciça das entrevistadas alega conhecê-los (94,4% entre adolescentes e 98,8% entre adultas), mas o fato de 23,3% das adolescentes e 30% das adultas estarem usando quando descobriram a gravidez sugere bastante desinformação quanto à sua correta utilização.

Apenas 35,5% (75) das adolescentes teve oportunidade de estar na presença de um médico ginecologista antes de engravidar a primeira vez, contra 53,5% (181) das adultas.

O uso de drogas lícitas e ilícitas ficou assim distribuído: 12,6% (26) das adolescentes fumavam cigarros, 19,5% (41) utilizavam bebida alcoólica e 2,3% (4) substâncias ilícitas. Entre adultas, 14,4% (50) fumavam, 17,3% (58) utilizavam bebida alcoólica e 0,6% (2) usavam alguma droga ilícita.

Pré-natal

A freqüência ao serviço de pré-natal foi bastante alta nesse estudo: apenas 3,8% - 4,7% das mulheres adolescentes e 3,2% das mulheres adultas - não o realizaram. O número médio de consultas durante o atendimento pré-natal foi de 5 entre as adolescentes e 6 entre as adultas, inferior portanto ao número preconizado como mínimo pela Organização Mundial da Saúde. Observamos que na amostra toda, 269 (48,6%) pacientes compareceram a pelo menos 6 consultas, e que entre as adolescentes 90 (42,3%) preencheram esse requisito, enquanto que entre as mulheres adultas 179 (52,6%) o fizeram. A idade gestacional média de início do pré-natal foi de 12,52 semanas entre as adolescentes e 14,34 semanas entre as adultas. Utilizando dados de todas as entrevistadas constata-se que 207 (37,4%) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, 74 (34,7%) adolescentes e 133 (39,1%) adultas.

A grande maioria realizou exames pré-natais: 96,3% (205) das adolescentes e 97,7% (332) das adultas. Quanto ao desejo de engravidar, 50,2% (106) das adolescentes responderam sim, contra 42,7% (145) das adultas. No entanto, 61,4% (130) das adolescentes referiram que gostariam de ter esse filho mais tarde, contra 48,4% (164) das adultas. Houve tentativa de abortamento nessa gravidez em 11,6% (24) das adolescentes e 12,1% (41) das adultas.

Em relação a aspectos da qualidade do atendimento, em nossa amostra inquirimos sobre requisitos técnicos do atendimento pré-natal: em todas as consultas, peso da gestante, aferição da pressão arterial, ausculta do bebê e exame das mamas, e sobre a parte de relação interpessoal: fornecimento de instruções sobre aleitamento materno, sobre o parto, sobre cuidados com o recém-nascido e sobre planejamento familiar. Os resultados estão expostos no quadro II:

Quadro III: Aspectos da qualidade da assistência pré-natal

adolescentes

adultas

Aferição do peso todas as consultas	97,1%	98,2%
Aferição da PA todas as consultas	96,2%	99,1%
Ausculta do bebê todas as consultas	89%	95%
Exame das mamas	64,7%	67,2%
Instruções sobre aleitamento	73,5%	75,2%
Instruções sobre o parto	48,1%	49,4%
Cuidados com o recém-nascido	52,4%	42,9%
Orientações planejamento familiar	42,4%	37,1%

Utilizando o critério de número de consultas (mínimo de 6) e início precoce da assistência pré-natal (1º trimestre) preconizado pela Organização Mundial da Saúde, o grupo estudado apresentou apenas 146 (26,4%) pacientes preenchendo esse requisito.

Parto

Apenas 17,1% (36) das adolescentes e 21,5% (73) das adultas lembraram o nome do profissional que as assistiu durante o parto.

Nesse estudo foi investigado o tipo de parto a que as pacientes se submeteram ao darem entrada na maternidade. O índice de ocorrência de parto operatório total foi de 32%, elevado quando comparado com o índice preconizado pela OMS. Trata-se de uma instituição de atenção terciária, para onde convergem casos complexos encaminhados de todos os municípios do estado e mesmo de fora. Entre as pacientes adolescentes 155 (75,2%) conceberam pela via baixa, sendo 148 (71,8%) em apresentação cefálica, 2 (1%) em apresentação pélvica e em 5 (2,4%) foi necessária a aplicação do fórceps de alívio. Ainda entre essas pacientes, 52 (24,8%) foram submetidas à operação cesareana. Entre as mulheres adultas, 221 (63,6%) da amostra evoluiu para o parto vaginal, sendo 195 (56,2%) em apresentação cefálica, 13 (3,7%) em apresentação pélvica e em 13 (3,7%) foi necessária a aplicação do fórceps de alívio. A ocorrência de parto cirúrgico foi significativamente maior, com 126 (36,4%) pacientes se submetendo à operação cesareana. Visando afastar algumas condições confundidoras – indicações de parto cesareano como iteratividade, com finalidade de ligação de trompas, entre outras – foi em seguida selecionado o grupo de mulheres primíparas. Esse grupo ficou constituído por 272 mulheres, sendo 160 (58,8%) adolescentes e 112 (41,2%) adultas, e mostrou um índice de ocorrência de parto cirúrgico de 27,6% (177 pacientes). Entre as 160 adolescentes primíparas, 123 (76,8%) evoluíram para o parto vaginal e houve uma taxa de ocorrência de 23,1% (37) de partos cirúrgicos. Entre as adultas primíparas, 74 (66%) evoluíram para o parto vaginal e houve uma taxa de ocorrência de 33,9% (38) de partos cirúrgicos.

A impressão sobre o parto foi pesquisada, com 306 (55,7%) das pacientes referindo classificação de regular a ótimo, e 243 (44,3%) ruim ou péssimo. Aproximadamente metade das adolescentes (112 - 52,6%) classifica o parto de

regular a ótimo, enquanto um número um pouco maior de mulheres adultas (194 - 57,7%) refere essa classificação.

Outros aspectos

A maioria das pacientes permaneceu em regime de alojamento conjunto após o parto, 82% (174) das adolescentes e 84,7% (288) das adultas, e também teve contato com o bebê imediatamente após o delivramento – 77,7% (165) das adolescentes e 81% (275) das adultas. Esse número se eleva quando o encontro acontece nas primeiras 6 horas, 83,7% (178) das adolescentes e 90,2% (306) das adultas, mostrando a incorporação, por parte dos profissionais da MEAC, de conceitos modernos que dizem respeito à humanização do parto.

A ocorrência de malformações congênitas na amostra foi de 3,4% (7) entre as adolescentes e 4,4% (15) entre as adultas, e anóxia grave no primeiro minuto de vida (Apgar<4) em 2,4% (5) dos recém-nascidos de mães adolescentes e 3,2% (10) dos recém-nascidos de mães adultas.

Ao serem perguntadas se sua vida melhorou com a ocorrência da gravidez, 50,7% (107) das adolescentes referiu que sim, contra 46,1% (156) das mulheres adultas.

Recém-nascido

Ocorrência de prematuridade

A ocorrência de prematuridade na amostra total desse estudo foi de 102 casos (17,7%). Entre o grupo adolescente identificou-se 50 bebês (21,4%), mais elevado do que o grupo adulto, que apresentou 52 bebês (15,6%), com oddis ratio 1.50 (IC 0.94 – 2.38). Os recém-nascidos ficaram distribuídos da seguinte forma:

Quadro IV: Prematuridade na amostra total distribuída por idade materna

	Recém-nascidos	Termo	Prematuros
Adolescentes menos 16 anos	10	6	4
Adolescentes com 16-17 anos	62	44	18
Adolescentes com 17-20 anos	141	113	28
Adultas com 20 a 34 anos	301	255	46
Adultas acima de 35 anos	39	33	6
Total	553	451	102

No entanto, embora haja uma tendência à associação entre a ocorrência de prematuridade e baixa idade materna, a odds ratio não alcançou significância estatística para ratificar essa diferença.

Baixo peso e peso insuficiente ao nascer

O estudo dos valores de peso ao nascer da amostra de 553 pacientes mostrou uma média geral de 3067g; DP 681g sendo o menor peso 540g e o maior peso 4740g, com 14 casos ignorados. Após divisão da amostragem em adolescentes e adultas, observa-se entre o grupo de menores de 20 anos, 208 pacientes, média de peso de 2951g; DP 644g, sendo o mínimo 790g e o máximo 4305g, com 7 casos ignorados. No grupo de maiores de 20 anos, com 331 pacientes, média de peso de 3139g; DP 695g, com peso mínimo 540g e máximo 4740g, e 7 casos ignorados. O resultado exhibe uma diferença estatisticamente significativa – estatística F 9,88, p 0,001 – sugerindo que mulheres acima de 20 anos têm melhor desempenho de peso ao nascer quando comparadas com mulheres de menos de 20 anos de idade. Observa-se uma frequência de baixo peso ao nascer maior entre os bebês de mães adolescentes – 21,6% - do que entre recém-nascidos de mulheres adultas – 14,8% (OR 1.64: IC 1.04 – 2.57). A seguir, a amostra foi estratificada em 4 grupos:

- adolescentes até 16 anos inclusive
- adolescentes de 17 a 19 anos inclusive

- adultas de 20 a 34 anos inclusive
- adultas acima de 35 anos

Quadro V: Baixo peso e peso insuficiente distribuídos por idade materna

Idade Materna	Baixo Peso	Peso Insuficiente	n
10 – 16 anos	19 (27,1%)	15 (21,4%)	34
17 – 19 anos	31 (22,3%)	31 (23,1%)	61
Total Adolescentes	45 (21,6%)	46 (22,5%)	91
20 – 34 anos	42 (14,4%)	52 (17,8%)	94
35 anos ou mais	7 (17,9%)	9 (23,1%)	16
Total Adultas	49 (14,8%)	61 (18,4%)	110
Ignorado	-	-	-

O quadro mostra uma tendência coincidente com a maioria dos resultados encontrados na literatura, com a ocorrência de baixo peso e peso insuficiente diminuindo à medida do aumento da idade materna, revertendo essa tendência quando a idade atinge 35 anos.

Foi pesquisado ainda a ocorrência de muito baixo peso – peso ao nascer abaixo de 1500g – identificando 22 pacientes na amostra (4,1%). Entre mulheres adolescentes aparecem 10 casos (4,8%) e entre mulheres adultas 12 casos (3,6%), com 14 casos ignorados. Esse grupo apresenta um número amostral muito reduzido, impossibilitando uma melhor análise, sendo destituído de poder estatístico para encontrar diferença entre os dois grupos.

Com a finalidade de afastar a possibilidade da diferença detectada na ocorrência de baixo peso ao nascer entre os grupos da amostra se devesse à prematuridade, foi realizado análise bivariada. Entre as adolescentes houve a ocorrência de 45 recém-nascidos com peso inferior a 2500g, dos quais 31 com idade gestacional abaixo de 37 semanas. Entre as adultas, 49 bebês exibiram baixo peso, dos quais 38 eram prematuros.

A média de peso ao nascer para os bebês das mulheres com mais de 5 anos de estudo completos foi de 3084g (429 pacientes), e entre as analfabetas (110 pacientes) 3000g. No 1º grupo achamos que a ocorrência de baixo peso ao nascer é de 18,1% (80 pacientes) e de peso insuficiente é de 19,7% (87 pacientes), e no 2º grupo o baixo peso é de 25% (28 pacientes) e o peso insuficiente é de 17,9% (20 pacientes). Ao selecionarmos apenas as adolescentes analfabetas, 30 pacientes, a média cai para 2767g, com ocorrência de baixo peso em 38,7% (12 pacientes) e peso insuficiente em 16,1% (5 pacientes), enquanto que entre as adolescentes não analfabetas, 176 pacientes, a média fica em 2978g, com ocorrência de baixo peso em 22% (40 pacientes) e peso insuficiente em 22,5% (41 pacientes). Mantendo na amostra apenas as mulheres adultas, entre as analfabetas (80 pacientes) a média de peso ao nascer dos bebês fica em 3088g com ocorrência de baixo peso em 19,8% (16 pacientes) e peso insuficiente em 18,5% (15 pacientes), e entre as não analfabetas (251 pacientes) fica em 3156g, com ocorrência de baixo peso em 15,6% (40 pacientes) e peso insuficiente em 17,9% (46 pacientes).

Em relação à presença do companheiro, observamos que na amostra estudada 64 mulheres encontravam-se sozinhas e 489 casadas ou em união consensual. Analisamos a ocorrência de baixo peso e peso insuficiente nos grupos: mulheres adultas com companheiro (301 pacientes), mulheres adultas sem companheiro (37 pacientes), mulheres adolescentes com companheiro (186 pacientes) e mulheres adolescentes sem companheiro (27 pacientes). Entre as mulheres com companheiro da amostra, a ocorrência de baixo peso ao nascer é de 18,6% (91 pacientes) e de peso insuficiente ao nascer é de 19,1% (93 pacientes). Entre as sem companheiro, a ocorrência de baixo peso ao nascer é de 26,6% (17 pacientes) e de peso insuficiente ao nascer é de 21,9% (14 pacientes). Escolhendo

o grupo das mulheres adultas com companheiro, a situação se apresenta da seguinte maneira: ocorrência de baixo peso em 16.6% (56 pacientes) e de peso insuficiente ao nascer em 18% (61 pacientes). No grupo das mulheres adolescentes com companheiro: ocorrência de baixo peso em 24.4% (52 pacientes) e de peso insuficiente ao nascer em 21.6% (46 pacientes). Já no grupo das mulheres adultas sem companheiro, obtém-se: ocorrência de baixo peso em 18.7% (7 pacientes) e de peso insuficiente ao nascer em 24.3% (9 pacientes). No grupo das mulheres adolescentes sem companheiro: ocorrência de baixo peso em 37% (10 pacientes) e de peso insuficiente ao nascer em 18.5% (5 pacientes).

Considerando que a associação da idade materna abaixo de vinte anos com a ocorrência de baixo peso ao nascer apresenta significado estatístico, escolhemos as variáveis prematuridade, primiparidade, escolaridade, pré-natal e presença do companheiro para a análise estratificada, cujo quadro está representado abaixo:

Quadro VI: Baixo peso ao nascer X Adolescência – análise estratificada

variável	OR crude	OR MH adjusted	X2	p	Provável confusão
prematuridade	1.64	1.48	2.1	0.14	não
primiparidade	1.64	1.70	1.77	0.18	não
escolaridade	1.64	1.72	0.94	0.33	não
pré-natal	1.64	1.57	0.42	0.51	não

companheiro	1.64	1.56	0.00	0.96	não
-------------	------	------	------	------	-----

Observamos que as variáveis escolhidas não alteram a impressão de que a associação é positiva. Montamos então um modelo de análise de regressão logística utilizando critérios de hierarquia, ou seja, condições com potencial de produzir efeito confundidor, também representados abaixo:

Quadro VII: Modelos de análise multivariada – regressão logística

Adolescência X Baixo peso

Fatores Biológicos Maternos
Desnutrição
Fumo

Fatores Sócio-familiares
Escolaridade
Companheiro
Fatores Reprodutivos
Multiparidade
Pré-natal de qualidade

Quadro VIII: Regressão logística

Baixo peso	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
adolescência	1.306.004	.3512818	0.99	0.321	.7708909 2.212.565
desnutrição materna	1.459.318	.413986	1.33	0.183	.8369072 2.544.619
fumante	1.506.646	.6145235	1.00	0.315	.6773721 335.116

analfabetismo	1.272.141	.4170483	0.73	0.463	.6690899	2.418.724
sem companheiro	1.033.737	.3855598	0.09	0.929	.4976589	2.147.278
multípara	102.138	.2778975	0.08	0.938	.5992283	1.740.935
pré-natal adequado	.5442302	.1716637	-1.93	0.054	.2932868	1.009.887

Na montagem de modelos para a análise de regressão logística, observa-se que a prematuridade, indubitavelmente a maior causa da ocorrência de baixo peso ao nascer, exerceu uma influência tão marcante no grupo de variáveis, que optou-se por construir um modelo em que esta variável não estivesse presente. Constatou-se então que, na ausência de prematuridade, as variáveis que provocam este efeito são a desnutrição e o analfabetismo maternos.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Variáveis relativas à saúde da mãe

- idade ginecológica
- pré-natal de qualidade
- tipo de parto

Variáveis relativas à saúde do recém-nascido

- prematuridade
- baixo peso
- peso insuficiente

Variáveis relativas à saúde da mãe

IDADE GINECOLÓGICA

Os anos decorridos desde a menarca até a ocorrência da primeira gestação constituem a variável chamada idade ginecológica que, quando inferior a dois anos, é considerada por alguns autores como risco para complicações obstétricas (Frisancho et al, 1984; Coates & Correa, 1993) e como fator predisponente para a ocorrência de baixo peso ao nascer (Zlatnik & Burmeister, 1977). Na amostra estudada, a média geral da idade da menarca foi de 12.9 anos, tendo ocorrido mais cedo nas adolescentes: 12.5 anos, e mais tardiamente nas mulheres adultas: 13.2 anos, fato que indubitavelmente influencia a ocorrência de gestações em idades precoces. Foram identificadas 68 mulheres com idade ginecológica inferior a dois anos, com claro predomínio das adolescentes, em número de 45. As subseqüentes divisões de grupos comparativos para as diversas variáveis tornou inviável a valorização dos resultados, sendo necessário um contingente maior de pacientes

que preencham essas características para que o estudo exiba poder estatístico. Trata-se de aspecto pouco estudado na literatura em geral, tornando sua abordagem de grande interesse e provavelmente revelador de achados bastante elucidativos. Deverá em futuro próximo dar importantes contribuições para o estudo da gravidez na adolescência.

PRÉ-NATAL DE QUALIDADE

A assistência pré-natal de qualidade é um pilar básico no desfecho adequado do ciclo gravídico-puerperal. Resultados obstétricos abaixo do esperado têm sido observados sistematicamente em clara associação com ausência ou má qualidade do pré-natal (Pereira, 1982; Vitiello, 1984; Belitzky et al, 1985; McAnarney & Hendee, 1989; Silva, 2001). Em relação ao atendimento na faixa etária adolescente, é importante lembrar que, na imensa maioria das vezes, a gravidez “surpreende” a jovem – costuma ser um evento inesperado. Esconder o fato, cogitar a interrupção da gestação, negociar com o companheiro e com os pais são etapas a serem transpostas antes da assistência pré-natal ser lembrada e ter realmente início (Machado, 1979; Madaleno e Ojeda, 1995; Costa, 1998; Mandú, 2001;).

A frequência ao serviço de pré-natal foi bastante alta nesse estudo: apenas 3,8% - 4,7% das mulheres adolescentes e 3,2% das mulheres adultas - não o realizaram. Resultados aproximados foram encontrados em Campinas, São Paulo, em 1995, onde apenas 1,9% das adolescentes não freqüentaram o pré-natal (Mariotoni & Barros Filho, 1997), e no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em 1994, com 6,5% das mulheres adolescentes e 2,3% das mulheres adultas (Oliveira & Weissheimer, 1995). Em contrapartida, estudo realizado no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), em 1996, evidencia altas taxas de não realização de pré-natal – 15,4% das adolescentes e 14,3% das adultas (Cabral, 1997).

Em relação a aspectos da qualidade do atendimento, em nossa amostra inquirimos sobre requisitos técnicos da consulta pré-natal: peso da gestante, aferição da pressão arterial, ausculta do bebê e exame das mamas, e sobre a parte de relação interpessoal: fornecimento de instruções sobre aleitamento materno, sobre o parto, sobre cuidados com o recém-nascido e sobre planejamento familiar. Os resultados estão expostos em quadro na seção de resultados. Observa-se que as questões que envolvem atitudes rotineiras e técnicas da consulta pré-natal são razoavelmente cumpridas, exibindo um espectro favorável às mulheres adultas, talvez um reflexo de sua maior capacidade reivindicatória, por serem mais experientes. No entanto, os números que traduzem as orientações e a comunicação interpessoal em momento tão delicado e mobilizante da vida são assustadores: se para uma mulher adulta e experiente, em nosso meio, o parto hoje é cultuado como uma situação de alta ansiedade e temor, o que dizer da jovem estreada e inexperiente? Muitas vezes o primeiro contato dessas meninas com o sistema de saúde é a maternidade, onde na imensa maioria das situações seus familiares e seus pertences pessoais, inclusive a roupa, ficarão lá fora, e será exigido que a

jovem enfrente sozinha e desinformada todo o transcorrer do trabalho de parto seguindo rígidas normas hospitalares. Confirmando essa impressão, chama a atenção o fato de que apenas 17,1% das adolescentes e 21,5% das adultas lembrarem o nome do profissional que as assistiu durante o parto.

Como critério para considerarmos o atendimento pré-natal como de qualidade, adotamos as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, com um mínimo de 6 consultas realizadas e início da assistência no 1º trimestre da gestação. É lícito afirmar que, diante dessas premissas, as pacientes adolescentes partem em franca desvantagem tendo em vista a série de situações desfavoráveis que se lhes apresentam ao descobrirem-se grávidas. Normalmente é um evento inesperado, o cenário em que acontece é hostil, acontecendo uma série de movimentos que precedem a procura da unidade de saúde, e que nem sempre confluem para um bom desfecho. Esconder a gravidez, discutir com o parceiro, optar pela interrupção da gestação, sair de casa, precipitar a união ou a separação, violência física e/ou verbal, constrangimento moral, negociação... em nossa sociedade a gravidez na jovem adolescente ainda é motivo de controvérsias, com posições variadas e muitas vezes extremadas. (Rotemberg, 1979; Marshal & Avroy, 1990; Moura, 1991; Menezes et al, 1998; Santos Júnior, 1999; Saito et al, 1999; Santos e Silva, 2000). Tal rede de acontecimentos invariavelmente culmina em um atraso no início da assistência pré-natal e conseqüentemente em um menor número de consultas. (Sabatino, 1984). Em toda a amostra, 146 (26,4%) mulheres realizaram um pré-natal com os mínimos requisitos exigidos. Dessas, 101 (29,7%) pacientes tinham mais de vinte anos, e 45 (21,1%) eram jovens adolescentes. Chama a atenção a baixa adesão a um pré-natal de qualidade mínima nesse estudo, com 235 (70,3%) mulheres adultas e 168 (78,9%) adolescentes não conseguindo cumprir um programa sequer razoável, aumentando significativamente seus riscos para complicações perinatais.

- TIPO DE PARTO

O desenvolvimento pubertário da mulher se torna completo, e conseqüentemente a torna apta para a procriação, quando há maturação óssea, vascularização adequada e embebimento hormonal da pelve, entre outros fenômenos (Resende, 1974). Tal estágio é alcançado por volta dos 16 anos de vida (Darzé, 1981). A literatura que tenta correlacionar imaturidade física com complicações obstétricas, no entanto, apresenta controvérsias quanto ao resultado dos estudos. O desenvolvimento incompleto e o inadequado embebimento hormonal seriam responsáveis pelas indicações de operações cesareanas justificadas pela desproporção céfalo-pélvica (Hassan & Falls apud Costa, 1990; Aznar & Bennett apud Costa, 1990; Rodrigues, 1993). A vascularização uterina ainda em formação, associada aos requerimentos extras da gestação, seriam responsáveis pelas compensações adaptativas na implantação e desenvolvimento da placenta, originando inserções anômalas e incidência aumentada de placenta prévia e suas conseqüências (Darzé, 1981).

A operação cesareana é uma cirurgia de grande porte, sendo necessário transpor oito planos de tecidos até o acesso ao útero, demandando gastos com tecnologia, anestesia sofisticada, maior tempo de hospitalização e maiores riscos para a mãe e para a criança. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima em 10

a 15% uma aceitável ocorrência de partos cirúrgicos. Nesse estudo foi investigado o tipo de parto a que as pacientes se submeteram ao darem entrada na maternidade. O índice de ocorrência de parto operatório total foi de 32%, elevado quando comparado com o índice preconizado pela OMS. Trata-se de uma instituição de atenção terciária, para onde convergem casos complexos encaminhados de todos os municípios do estado e mesmo de fora. Entre as pacientes adolescentes 155 (75,2%) conceberam pela via baixa, sendo 148 (71,8%) em apresentação cefálica, 2 (1%) em apresentação pélvica e em 5 (2,4%) foi necessária a aplicação do fórceps de alívio. Ainda entre essas pacientes, 52 (24,8%) foram submetidas à operação cesareana. Entre as mulheres adultas, 221 (63,6%) da amostra evoluiu para o parto vaginal, sendo 195 (56,2%) em apresentação cefálica, 13 (3,7%) em apresentação pélvica e em 13 (3,7%) foi necessária a aplicação do fórceps de alívio. A ocorrência de parto cirúrgico foi significativamente maior, com 126 (36,4%) pacientes se submetendo à operação cesareana. Visando afastar algumas condições confundidoras – indicações de parto cesareano como iteratividade, com finalidade de ligação de trompas, entre outras – foi em seguida selecionado o grupo de mulheres primíparas. Esse grupo ficou constituído por 272 mulheres, sendo 160 (58,8%) adolescentes e 112 (41,2%) adultas, e mostrou um índice de ocorrência de parto cirúrgico de 27,6% (177 pacientes). Entre as 160 adolescentes primíparas, 123 (76,8%) evoluíram para o parto vaginal e houve uma taxa de ocorrência de 23,1% (37) de partos cirúrgicos. Entre as adultas primíparas, 74 (66%) evoluíram para o parto vaginal e houve uma taxa de ocorrência de 33,9% (38) de partos cirúrgicos.

Observa-se nesse estudo que a idade materna abaixo de vinte anos atuou como um fator de proteção frente à ocorrência de parto cirúrgico, confirmando essa tendência mesmo quando o fator multiparidade foi afastado.

Variáveis relativas ao recém-nascido

- PREMATURIDADE

A prematuridade (idade gestacional menor que 37 semanas completas (Battaglia & Lubchenco, 1967)) é uma das complicações mais visadas nos estudos comparativos sobre gestações mulheres adolescentes e mulheres adultas. No entanto, mais uma vez, resultados conflitantes em várias regiões do Brasil deixam claro que a idade materna isoladamente é uma explicação muito pobre para as intercorrências perinatais decorrentes dessas gestações (Nira e Andrade, 1985; Prosad, 1996; Cabral, 1997). O quadro abaixo evidencia achados contraditórios, necessitando análise de outros fatores para uma melhor elucidação da questão.

Ocorrência de prematuridade em estudos brasileiros

	Adolescentes	adultas
Siqueira, 1981, SP	19,9%	6,3%

Belitzky, 1985, SP	15%	21%
Rodrigues, 1993, RJ	9%	9,4%
Vitalle, 1997, SP	10%	7%
Kassar, 1997, AL	11,6%	12,8%
Cabral, 1997, PE	14%	9%
Lippi & Sègre, 1998, SP	12%	11%

Estudo realizado na Maternidade Professor Monteiro de Moraes no ano de 1977 dividindo apenas o grupo de adolescentes em precoce – abaixo de 16 anos e mais velhas – entre 16 e 19 anos, observou-se diferença significativa na incidência de prematuridade: 37,8% no primeiro grupo e 24,7% no segundo grupo (Costa et al, 1979).

A ocorrência de prematuridade na amostra total desse estudo foi de 102 casos (17,7%). Entre o grupo adolescente identificou-se 50 bebês (21,4%), mais elevado do que o grupo adulto, que apresentou 52 bebês (15,6%), com odds ratio 1.50 (IC 0.94 – 2.38). No entanto, embora haja uma tendência à associação entre a ocorrência de prematuridade e baixa idade materna, a oddis ratio não alcançou significância estatística para ratificar essa diferença.

Deve ser ressaltado que para instituições de nível terciário, como a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, onde foi realizado o presente estudo, convergem encaminhamentos de casos complexos de todos os municípios do estado e mesmo da Região Nordeste, acarretando maior número de procedimentos cirúrgicos. A distribuição entre várias regiões do país, tamanho das amostras, características das unidades assistenciais podem contribuir para acentuar diferenças.

BAIXO PESO

O estudo dos valores de peso ao nascer da amostra de 553 pacientes mostrou uma média geral de 3067g; DP 681g sendo o menor peso 540g e o maior peso 4740g, com 14 casos ignorados. Após divisão da amostragem em adolescentes e adultas, observa-se entre o grupo de menores de 20 anos, 208 pacientes, média de peso de 2951g; DP 644g, sendo o mínimo 790g e o máximo 4305g, com 7 casos ignorados. No grupo de maiores de 20 anos, com 331 pacientes, média de peso de 3139g; DP 695g, com peso mínimo 540g e máximo 4740g, e 7 casos ignorados. O resultado exhibe uma diferença estatisticamente significativa – estatística F 9,88, p

0,001 – sugerindo que mulheres acima de 20 anos têm melhor desempenho de peso ao nascer quando comparadas com mulheres de menos de 20 anos de idade.

A situação ao nascer dos bebês pesquisados mostrou 439 (82,1%) recém-nascidos adequados para a idade gestacional, 56 (10,5%) pequenos para a idade gestacional (PIG), 37 (6,9%) grandes para a idade gestacional (GIG), com 3 (0,6%) ignorados. Entre os filhos das pacientes adultas, 266 (81,3%) eram recém-nascidos adequados para a idade gestacional (AIG), 32 (9,8%) pequenos para a idade (PIG) e 29 (8,9%) grandes (GIG). As adolescentes receberam 173 (83,2%) bebês AIG, 24 (11,5%) PIG e 8 (3,8%) GIG, com 3 (1,4%) casos ignorados.

A proporção de baixo peso ao nascer tem sido considerada um marcador da saúde perinatal e da qualidade de vida de uma dada população, e guarda uma relação evidente com os níveis de morbimortalidade infantil principalmente nos países em desenvolvimento. (Roselli e Sécne, 1985; Nóbrega, 1985; Marcondes, 1988; Rees et al, 1996; Monteiro, 2000). Devem esses pacientes ser triados e agendados para seguimento mais amigável e rigoroso quanto às ações de promoção de saúde e detecção precoce de desvios do desenvolvimento normal esperado. Os achados na literatura sustentam que o peso do recém-nascido aumenta à medida que aumenta a idade da mãe, sendo consenso que a incidência de baixo peso ao nascer é maior entre mães adolescentes (Beltzky et al, 1985; Lee et al, 1988; Mota, 1995). Vários estudos atestam a relação existente entre o ganho de peso da gestante e o peso do recém-nascidos – coorte retrospectiva em instituição privada de alta condição sócio-econômica de nível terciário na cidade de São Paulo concluiu que: gestações com ganhos ponderais inferiores ou iguais a 10kg têm risco maior de resultar em recém-nascidos de baixo peso (< 2500g), e gestações com ganhos

ponderais inferiores a 12kg têm risco maior de resultar em recém-nascidos com peso insuficiente ($2499 < PN > 3000g$) (Lizo et al, 1998).

Para a América Latina, informações da “Investigação Colaborativa Latinoamericana de Baixo Peso ao Nascer”, realizada em 59 hospitais públicos de 11 países denunciam que aproximadamente 40 a 50% dos recém-nascidos são pequenos para a idade gestacional (PIG), isto é, apresentam algum grau de retardo do crescimento intrauterino, e iniciam a vida já em desvantagem e exibindo algum nível de desnutrição. Tal fato acarreta risco aumentado de adoecer e morrer durante o primeiro ano de vida (Schwarcz et al, 1984). Em Fortaleza, estudo realizado junto a 17 maternidades onde aconteceram 40712 partos no ano de 1995, as adolescentes exibiram 9,53% de recém-nascidos de baixo peso, sendo 12,20% entre adolescentes entre 10-14 anos e 9,41% entre adolescentes maiores de 14 anos, contra 6,78% entre as adultas (Leite, 1996).

Tais considerações encontram eco, a princípio, nos resultados desse estudo, onde observa-se uma freqüência de baixo peso ao nascer maior entre os bebês de mães adolescentes – 21,6% - do que entre recém-nascidos de mulheres adultas – 14,8%. Verifica-se concordância com os resultados observados em São Paulo (Siqueira et al, 1981), em Campinas (Silva, 1984) e em Recife (Cabral, 1997). Estudo caso-controle realizado em Campinas não incrimina a gravidez na adolescência como de maior risco para a ocorrência de baixo peso ao nascer quando a influência de outros fatores psicossociais desfavoráveis, antecedentes gestacionais de risco, exposição ao fumo e cuidados de pré-natal foi afastada (Mariotoni & Barros Filho, 1998).

Os resultados encontrados mostram uma tendência coincidente com a maioria dos resultados encontrados na literatura, com a ocorrência de baixo peso e peso

insuficiente diminuindo à medida do aumento da idade materna, revertendo essa tendência quando a idade atinge 35 anos.

Foi pesquisado ainda a ocorrência de muito baixo peso – peso ao nascer abaixo de 1500g – identificando 22 pacientes na amostra (4,1%). Entre mulheres adolescentes aparecem 10 casos (4,8%) e entre mulheres adultas 12 casos (3,6%), com 14 casos ignorados. Esse grupo apresenta um número amostral muito reduzido, impossibilitando uma melhor análise, sendo destituído de poder estatístico para encontrar diferença entre os dois grupos.

Com a finalidade de afastar a possibilidade da diferença detectada na ocorrência de baixo peso ao nascer entre os grupos da amostra se devesse à prematuridade, foi realizada análise bivariada. Entre as adolescentes houve a ocorrência de 45 recém-nascidos com peso inferior a 2500g, dos quais 31 com idade gestacional abaixo de 37 semanas. Entre as adultas, 49 bebês exibiram baixo peso, dos quais 38 eram prematuros. A análise mostra que não há diferença significativa entre os grupos, funcionando a baixa idade materna realmente como um fator de risco para a ocorrência de baixo peso ao nascer.

Utilizando o critério de assistência pré-natal de qualidade, observamos que a ocorrência de baixo peso ao nascer tem uma evidente associação com bom atendimento pré-natal: entre as pacientes que realizaram bom pré-natal, a ocorrência de baixo peso aconteceu em 12,3%, enquanto que no grupo cuja assistência deixa a desejar: 22,1% exibiram peso abaixo de 2500g. Entre as pacientes jovens apenas 6 (13,3%) das que realizaram um bom pré-natal tiveram recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG), enquanto que 46 (27,4%) mulheres jovens sem adequada assistência pré-natal apresentaram situação semelhante. No grupo de mulheres acima de vinte anos apenas 12 (11,9%)

pacientes conceberam bebês PIG realizando adequadamente o pré-natal, enquanto 44 (18,4%) viveram a mesma situação tendo apresentado falhas na assistência pré-natal.

O estado nutricional da mulher ao início da gestação e o ganho de peso durante a mesma são consideradas condições fundamentais para a obtenção de um conceito saudável e forte, com peso adequado ao nascer (Puffer & Serrano, 1988). Com base no índice de massa corpórea (IMC), podemos classificar os componentes da amostra nos diferentes níveis de nutrição. Os pontos de corte em 16, 17 e 18,5 para desnutrição de 3º, 2º e 1º graus respectivamente são os referendados (Naidu et al, 1991 apud Cabral, 1997; James et al, 1998). O peso ao nascer pode estar relacionado às condições de peso e altura da mãe. Alguns autores associam a ocorrência de peso ao nascer abaixo de 2500g com índices de massa corpórea maternos abaixo de 18,5 (Naidu et al, 1991). Outros autores fazem essa mesma relação com índices menores que 20 (James et al, 1988; Shetty & James, 1994 apud Cabral, 1997). Em nosso estudo, utilizamos o índice de massa corporal para classificar as pacientes quanto ao estado nutricional no início da gravidez. Selecionamos então o grupo de mulheres que apresentava IMC abaixo de 18,5, indicando algum grau de magreza ou desnutrição, no intuito de aferir a ocorrência de baixo peso ao nascer. 64 pacientes foram identificadas, das quais 49 (76,6%) conceberam bebês normais, e 15 (23,4%) bebês com baixo peso. Nesse grupo, 37 (57,8%) mulheres eram adolescentes e 27 (42,2%) adultas. Entre as adultas com IMC baixo, 22 (81,5%) receberam bebês com peso normal, e 5 (18,5%) recém-nascidos de baixo peso. Entre as adolescentes com IMC baixo, 27 (73%) tiveram bebês com peso normal, e 10 (27%) bebês com baixo peso, cifra maior do que a encontrada na ocorrência de baixo peso na amostra total, no grupo total das

adolescentes e no grupo de adultas com IMC baixo - OR 1.63 (0.42-6.51). A adequação do peso materno para a estatura exibe uma correlação significativa com a ocorrência de baixo peso e peso insuficiente ao nascer (Nóbrega, 1986). A combinação dos fatores adequação do peso materno para a altura prévia à gestação, e o ganho adequado de peso durante a mesma, parece ser uma simples e eficiente estratégia para a prevenção da ocorrência de baixo peso e peso insuficiente ao nascer (Puffer & Serrano, 1988).

Chamou a nossa atenção nesse estudo a presença, na amostra, de adolescentes na segunda e mesmo na terceira gestação. 42 jovens eram secundíparas e 12 pacientes adolescentes estavam na terceira gravidez, “desafiando” a situação de duplo anabolismo e reincidindo nessa condição. Se suspeitamos que a simples baixa idade materna já atua como fator de risco para complicações perinatais, o que dizer de corpos que, antes de terminarem o próprio desenvolvimento, arcam com os requerimentos de duas ou três gestações provavelmente em situação de extrema carência? Estudo de coorte retrospectivo realizado em Glasgow analisando nascimentos ocorridos entre 1992 a 1998, comparando pacientes de 15 a 19 anos e pacientes de 20 a 29 anos após primeira e segunda gestações, evidenciou associação importante de natimortalidade e prematuridade, constituindo risco três vezes maior para as adolescentes na segunda gestação (Smith & Pell, 2001). Realmente, nesse grupo de pacientes do nosso estudo, a ocorrência de baixo peso foi significativamente maior: das 54 mulheres identificadas nessa condição, 17 (31.5%) exibiram bebês de peso inferior a 2,5kg, e 9 (16.7%) bebês com peso entre 2,5 e 3 kg.

Utilizando a análise estratificada, tendo como parâmetro a associação encontrada de ocorrência de baixo peso ao nascer com a baixa idade materna,

selecionamos as variáveis prematuridade, primiparidade, escolaridade, assistência pré-natal de qualidade e presença do companheiro para confronto, no intuito de esclarecer se outras condições proporcionavam o resultado encontrado.

Na análise estratificada, portanto, não concluímos que as variáveis escolhidas atuem como prováveis fatores confundidores, reforçando a associação encontrada entre baixo peso e adolescência.

Dando seqüência ao estudo estatístico, as condições desnutrição materna e fumo, ligadas aos fatores biológicos maternos, escolaridade e presença do companheiro, ligadas aos fatores sócio-familiares, multiparidade e pré-natal de qualidade, ligadas aos fatores reprodutivos, foram distribuídas por critério hierárquico de importância em um modelo de análise de regressão logística. Optamos por retirar deste modelo a variável prematuridade, indubitavelmente a maior causa de baixo peso ao nascer, pelo óbvio intenso efeito causado. Observamos que quando a análise da associação baixa idade materna e baixo peso ao nascer é utilizada na regressão logística em conjunto com as condições escolhidas, a força dessa associação cai significativamente, passando a não ter importância estatística. As variáveis que provocam tal efeito são o analfabetismo e a desnutrição materna. Diante destes resultados, somos levados a não aceitar a idade materna isoladamente como responsável pela ocorrência de peso baixo ao nascimento.

PESO INSUFICIENTE

Recentemente vem adquirindo importância crescente e sendo alvo de estudos em toda a comunidade científica a ocorrência de um grupo de recém-nascidos que ostenta peso maior que 2500g e menor que 3kg, chamado de recém-nascidos com peso insuficiente ao nascer (PIN). Sua incidência é cerca de 2 a 3 vezes a observada em recém-nascidos de baixo peso (Puffer & Serrano, 1988), e compartilham com esse grupo algumas desvantagens em relação à adaptação à vida extrauterina e risco de morte na primeira semana e durante todo o primeiro ano de vida. A distribuição de peso ao nascer de nascidos vivos em capitais de estados brasileiros em 1978-79 exibe 8,3% de ocorrência de baixo peso e 26,3% de peso insuficiente ao nascer (Nóbrega, 1986). Alguns autores tendem a considerar todos os recém-nascidos pesando menos de 3kg ao nascer como recém-nascidos de peso desfavorável, constituindo um grupo com grande risco de padecerem de múltiplos problemas, principalmente doenças infecciosas (diarréias e infecções respiratórias agudas) e retardo do crescimento e desenvolvimento. (Serrano, 1974; Vaughan, 1977; Sweet, 1990;). A relação baixo peso e peso insuficiente ao nascer X óbitos em menores de 1 ano é claramente demonstrada em dois momentos: Nova York, em 1968, e Chile, 1982, utilizando-se cinco grupos de peso ao nascer, como mostra o quadro abaixo:

Óbitos em menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos em cinco grupos de peso ao nascer no Chile, 1982, e na cidade de Nova York, 1968.

Peso ao nascer (g)	Nova York (1968)	Chile (1982)
< 2501	140,5	164,4
2501-3000	12,1	27,2
3001-3500	7,7	13,3
3501-4000	5,6	8,9
> 4001	11	8

Fontes: Mardones-Restat; Kessner et al.

Extraído de Puffer & Serrano: Características del peso ao nacer (OPAS,1988)

Observa-se que as taxas são nitidamente mais baixas nas três faixas de peso mais favoráveis (acima de 3 kg), sendo o peso situado entre 3,5-4 kg o que exibe melhor correlação inversa com a mortalidade. Nota-se ainda que os bebês com peso insuficiente ao nascer apresentam duas a três vezes mais chance de óbito no primeiro ano de vida que os bebês entre 3,5-4 kg. (Chile- Mardones-Restat, 1986) (NY-Kessner et al, 1973).

A importância desse grupo deve-se à sua elevada incidência, entre 20 a 30% do total de nascidos vivos, e relações claras de associação entre a queda das taxas de mortalidade infantil e diminuição da proporção de recém-nascidos de peso desfavorável ao nascer (Leite, 1996).

A ocorrência de peso insuficiente ao nascer em nossa amostra foi de 19,9% (107 pacientes), sendo 61 (18,4%) filhos de mães de mais de vinte anos de idade, e 46 (22,5%) filhos de mães adolescentes. Confrontando a ocorrência de peso insuficiente com o grupo de mulheres desnutridas ao início da gestação (IMC<18,5) encontramos que 49 (76,6%) obtiveram recém-nascidos de peso normal e 15 (23,4%) recém-nascidos com peso insuficiente, de um grupo de 64 mulheres (37 adolescentes e 27 adultas). Selecionando o grupo de adolescentes, observa-se que 25 (67,6%) tiveram bebês com peso normal, enquanto 12 (32,4%) bebês com peso insuficiente. OR 3.84 (0.85-19.74).

CONCLUSÕES

1. A realização de assistência pré-natal com mínima qualidade apresenta-se bastante reduzida na amostra estudada.
2. A idade materna abaixo de vinte anos, neste estudo, funcionou como fator de proteção frente à ocorrência de parto cirúrgico.
3. A idade ginecológica inferior a dois anos e a multiparidade nas adolescentes mostram uma tendência para a ocorrência de peso insuficiente e baixo peso ao nascer, embora em nossa amostra o número de gestantes adolescentes nesta condição seja pequeno, incapaz portanto de expressar valor estatístico.
4. Há uma tendência à associação entre a ocorrência de prematuridade e a baixa idade materna. No entanto, a odds ratio não alcançou significância estatística para ratificar esta diferença.
5. Existe uma associação entre idade materna abaixo de vinte anos e baixo peso ao nascer, quando condições desfavoráveis como desnutrição materna e analfabetismo materno estão presentes.

RECOMENDAÇÕES

São bastante interessantes e relevantes para a nossa prática algumas perspectivas de continuação dessa pesquisa, com desdobramentos que poderiam contemplar:

1. As adolescentes “precoces”: mulheres que engravidam entre 10 e 14 anos de idade incompletos. Essas pacientes apareceram em número muito reduzido na amostra estudada, impossibilitando uma análise fiel das verdadeiras repercussões do duplo anabolismo resultante da gravidez precoce.
2. Mulheres com idade ginecológica inferior a dois anos, pouco estudadas nessa pesquisa pelo mesmo motivo relatado no item 1.
3. Adolescentes múltiparas: fatores de risco para gravidez precoce parecem continuar atuando mesmo depois de um primeiro evento. Se a gestação na adolescência se constitui em risco para a mãe e o recém-nascido, gestações subseqüentes ainda na adolescência merecem atenção redobrada, fazendo supor que as conseqüências sejam mais expressivas.
4. Os adolescentes nos serviços de saúde: a instituição, para as crianças entrando na adolescência, de uma prática comum com os bebês - a puericultura. Normalmente, na maioria dos lugares, os pacientes menores de dois anos de idade são sistematicamente acompanhados nas unidades de saúde, doentes ou não, para aferição do crescimento e desenvolvimento, condições nutricionais e orientações sobre alimentação, vacinações e ações de prevenção e promoção de

saúde. Curiosamente, por volta do segundo ano de vida, esses pacientes são “abandonados” pelo sistema de saúde, que só os recebe novamente em caso de agravos à saúde. Na adolescência as doenças são menos freqüentes, o que possibilita a discussão, nas unidades de saúde ou em outros locais, de temas que interessam diretamente a essa faixa etária, como modificações corporais, desenvolvimento da sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, prevenção de acidentes, uso de drogas, atividades esportivas e artísticas, etc. A chance, enfim, de uma adolescência rica em informações relevantes, possibilitando reflexão sobre aspectos cruciais para o bem estar dos jovens, e decisões amadurecidas a respeito do início das relações sexuais e uma gestação no melhor momento em suas vidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY. A., KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

ALVES FILHO, N., CORRÊA, M. D. **Manual de Perinatologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Médica e Científica LTDA, 1995.

ARAÚJO. W. J. et al. **Gravidez na adolescência** Rio de Janeiro: Revinter, 1998. Cap.7, p.97-105.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR6023: Informação e documentação: referências: elaboração: procedimentos. Rio de Janeiro, 2000.

BAILEY, P. E et al. Fatores de risco que podem levar ao aborto induzido na adolescência. In: **GO Atual**, v.8, n. 8, p.35-45, 1999.

BAILEY, P. et al. A Hospital Study of Illegal Abortion in Bolivia. In: **PAHO Bulletin**, v. 1, n. 22, p. 27-41, 1988.

BARROS, F.C.; VICTORA C.G. Saúde Materno-Infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982-1993: uma década de transição. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.12, Suplemento 1, 1996.

BATTAGLIA, F. C.; LUBCHENCO, L. A. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. In: **J. Pediat.** 71: 159, 1967.

BEHRMAN, R. E.; VAUGGMAN, V. C.; NELSON, W. E. **Tratado de Pediatria**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.

BELTRÃO, M. M. N. **O recém-nato da adolescente: aspectos sociais e perinatais.** Dissertação (Mestrado). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 1987.

BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF) 1986.** Rio de Janeiro: BEMFAM, 1987.

BEMFAM/MACRO INTERNACIONAL. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Final Report.** Calverton, MD: BEMFAM/MACRO Internacional, 1997.

BRASIL. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente.** Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde, 1993.

BRASIL. **Gestação de Alto Risco.** Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, 2000. 164p.

BRASIL. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, 2000. 119p.

BRASIL. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde, módulo I.** Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde / Secretaria de Assistência à Saúde, 2000. 122p.

BRAZELTON. T. B.; CRAMER, B.G. **As primeiras relações.** São Paulo: Martins Fontes, 1992

BRUNO, Z. V. et al. Anticoncepcional na adolescência. In: **Clín. Pediátr.**, 1992v. 5. P. 19-20.

BRUNO. Z. V. et al. Fatores de risco que podem levar ao aborto induzido na adolescência. In: **GO Atual**, 1999, v. 8, n. 8 p. 35-36.

BRUNO, Z. V.; BAILEY, P. E. Gravidez em adolescentes no Ceará: maternidade ou aborto. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; McKAY, A. (COORD.) **Seminário Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: Saúde do Adolescente – Ministério da Saúde, 1998. P. 57-66.

CABRAL, M. G. S. R.; **Conseqüências da gravidez na adolescência: riscos para a saúde da mãe e do recém-nascido**. Dissertação (Mestrado). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 1997.

CALLIGARIS, C. A Adolescência. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 2000. Publifolha (Folha explica).

CAMARANO, A. A. Fecundidade e anticoncepção na população de 15-19 anos. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; McKAY, A. (COORD.) **Seminário Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: Saúde do Adolescente – Ministério da Saúde, 1998. p.35-46.

CAMPOS, M. A. B. Gravidez na Adolescência – A imposição de uma nova identidade. In: **Pediatria Atual**, vol 13. No 11/12, p. 25-26, nov/dez, 2000.

CAMPOS, M. e Sousa, v. o voluntariado como forma de protagonismo juvenil. **Idem**, p.80-85

CAPRA. F. O modelo biomédico. In: CAPRA. F. **O ponto de mutação**. Rio de Janeiro: Ed. Cultrix, 1980.

CAPURRO, H.; KONICHEZKY, S.; FONSECA, D.; CALDEYRO-BARCIA, R.; A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. In: **J. Pediat.** 93: 120-122, 1978.

CARRASCOSA, A.; GUSSINYÉ, M. Crescimento e mineralização do esqueleto durante a puberdade e a adolescência: regulação nutricional e hormonal. In: **Anais Nestlé**, n 55, p 9-17, 1998.

CARVALHO FILHO, C. W. B., MELO, R. C. S. M. Gravidez na adolescência no município de Resende – Estado do Rio de Janeiro. **Tema livre VII Congresso Internacional, III Congresso da ASBRA, VIII Congresso Brasileiro de Adolescência**, 13 a 17 maio de 2001, Salvador, Bahia.

CASSAGUERRA, M. A., MOREIRA, A. J. Problemas Sexuais. In: Tourinho, C. R., Bastos, A. C., Moreira, A. J. **Ginecologia da infância e adolescência**. 2 Ed. São Paulo: Fundação Editorial Byk-Prociencx, 1982.

CATES, W.; SCHULZ, K.; GRIMES, D. The risks associated with teenage abortion. In: **The New England Journal of Medicine**, v. 11, n. 309, p. 621-624, 1983

CÉSAR, M. R. A. Sexo se aprende na escola: a sexualidade e a invenção da adolescência In: **Anais do X Endipe**. Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

CHIPKEVITCH, E. Avaliação clínica da maturação sexual. In: **J. Pediat.** 77(Supl.2): S135-142, 2001.

COATES. V.; CORRÊA. M. M. Atendimento ambulatorial de adolescentes. In: **Rev. Paul. Pediatr.**, v.6, p.17, 1989.

_____. Gravidez na adolescência e anticoncepção. In: SOUZA, R. P., MAAKAROUM, M. F. (Coord.) **Manual de adolescência**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1991.

COATES, V., NICULITCHEFF. G. X. Nem adultos nem crianças. In: **Atual. Méd.**, v.12. n.1, p. 56-60, 1976.

COBLINER, W. G. Teenage out of wedlock pregnancy. **Bull NY Acad. Med.** 46:438, 1970.

COELHO. A. F. et al. A. Mortalidade no setor de neonatologia do Hospital Agamenon Magalhães – Recife 1988-1997. In: **Rev. Pediatr. Pernambuco**, v.11, n. 1-2, p. 10-15, 1998.

COLAÇA. V. F. R. Perfil da menina envolvida com prostituição em Fortaleza. In: Núcleo Cearense de Estudos e Pesquisa sobre a Criança. **Infância e adolescência em discussão**. Fortaleza: UFC/CBIA, 1994. P. 109-132.

COLLI, A. S.; DELUQUE. C. G. Adolescência. In: MARCONDES, E. (Coord.) **Pediatria básica**. 6. Ed. São Paulo: Sarvier, 1978. P.175-188.

COMISSÃO PARA ADOLESCÊNCIA – ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. Contracepção na adolescência. In: **Pediatrics** (ed.bras.), Vol 4, No 2, p.111-117, mar, 2000.

CORREIA, L. & SILVEIRA, D. – **ADOLESCENTES DO CEARÁ**: Características sócio-demográficas e de saúde reprodutiva. Programa Viva Mulher – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 1998.

COSTA, C. F. F. Gravidez na adolescência, In: Alves Filho, N.; Correa, M. A. **Manual de Perinatologia**. Rio de Janeiro: Medsi, Cap. 13, 1990. P. 407- 413.

COSTA, C. F. F.; BARROS LEAL, J. W. Gravidez na adolescência. In: FONTES. J. A. S. **Perinatologia social**. São Paulo: Fundo Editorial Byk. 1984. P. 1998-205.

COSTA, C. F. F. et al. Incidência da prematuridade na Maternidade Prof. Monteiro de Moraes no ano de 1977. In: **J. Bras. Gynec.** 87(2):99, 1979.

COSTA, M. C. O. et al. Sexualidade: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. In: **J. Pediat.** 77 (Supl.2): S217-224, 2001.

COSTA, M. C. O et al. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. In: **J Pediat.** Vol. 77, No 3, Pg 235-242, 2001.

COUTINHO, M. F. G.; BARROS, R. R. **Adolescência – Uma Abordagem Prática**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001. 294p.

COUTINHO, W. J. Adolescência, ritual de passagem. In: **Pediatr. Atual**, v.1 p.8-20, 1993.

_____. Depressão na infância e na adolescência. In: **Pediatr. Atual**, v.1, p.13-15, 1994.

CREASY, R.K.; PARER, J. T.; Prenatal care and diagnosis. In: RUDOLPH, A. M.; HOFFMAN, J. I. E. In: **Pediatrics**, 17 ed. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1982. p. 105-117

CRESPIN, J. **Adolescência**. São Paulo: NESTLÉ – Serviço de Atividades Científicas. 1986. (Temas de Pediatria, n.35).

CRESPIN, J. Adolescência – Reflexões sobre o motivo da consulta de 630 jovens. In: **Temas de Pediatria No 35**. Nestlé – Serviço de Informação Científica, 1986.

CRESPIN, J. – Problemas do Adolescente no Consultório Médico. In: Maakaroun, M.; Souza, R. P.; Cruz, A. R. **Tratado de Adolescência. Um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica Ltda.; 1991, p. 185-210.

CUNHA, A. A., MONTEIRO. D. L. M., REIS, A. F. F. Fatores de risco da gravidez na adolescência. In: MONTEIRO. D. L. M., CUNHA. A. A., BASTOS, A. C. **Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. Cap. 4, p.43-55.

DAHER, A. S.; BAPTISTA, M.N. Gestação de alto risco, sintomatologia depressiva e patologias gestacionais. In: **Infanto-Rev. Neuropsiq da Inf. e Adol.** 7(2):49, 1999.

DARZÉ, E. A. Gravidez e o parto na adolescência. In: Tourinho, C. R., Bastos, A. C., Moreira, A. J. **Ginecologia da infância e adolescência**. 2 ed. São Paulo: Fundação Editorial Byk-Prociex, 1982.

DARZÉ, E. **O parto na adolescência**. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, 1981.

DEBESSE, M. **Psicologia da Criança (Do nascimento à adolescência)**. São Paulo: Ed. Distrib. Livróbás Ltda. S/data. P. 157-174.

DE BRUYN, MARIA et al. **Facing the challenges of HIV/AIDS/STDs: A gender-based response**. Amsterdam: Royal Tropical Institute, 1998.

DIAZ, J, DIAZ, M; Contracepção na adolescência. In: **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, 1999. P. 249-257.

DONAS, S. **Marco epidemiológico-conceitual da saúde integral do adolescente**. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial de Saúde, 1992.

DOTT, A.B., FORT, A.T. Medical and social factors affecting early teenage pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, v.125, n.4, p.532-36,1976.

DUARTE. A. Gravidez na adolescência: o desafio. In: **Gravidez na adolescência: ai, como eu sofri por te amar**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Artes e Contos, 1997. Cap.14 P. 117-119.

EISENSTEIN, E. et al. Nutrição na adolescência. In: **J. Pediat.** 76 (Supl.3), P 263-274, 2000.

ELSTER, A.B. The effect of maternal age, parity and prenatal care on perinatal outcome in adolescent mothers. **Am J Obstet Gynecol**, v.149, n.8, p.845-47,1984.

ERKAN. K. A. et al. *Apud* In: SOUZA, R. P., MAAKAROUM, M. F. (Coord.) **Manual de adolescência**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. |199?| p.60

ESPIRIDIANO, S. Recém-nascido desnutrido intra-útero. In: **Manual de Neonatologia**: Sociedade de Pediatria de São Paulo, Departamento de Neonatologia. 2ª ed. São Paulo: Revinter, 2000. Cap. 3, p. 43-45.

FABRÍCIO, S. C., COSTA, L. N., SARETTA, R., SANT'ANNA, M. J. C. Incidência de aleitamento materno entre mães adolescentes em uma comunidade predominantemente rural. **Tema livre VII Congresso Internacional, III Congresso da ASBRA, VIII Congresso Brasileiro de Adolescência**, 13 a 17 maio de 2001, Salvador, Bahia.

FAMILY CARE INTERNACIONAL. **Fact sheets on Youth & Adolescent Health, Contraception, Unsafe Abortion**. Internet: <http://www.familycareintl.org/>, March 1999.

FANAROFF, A. A. ; MARTIN, R. J. **Neonatal-Perinatal medicine: diseases of the fetus and infant**. 6 ed. Mosby – Year Book, 1997, vol. 1, p.3-12.

FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, E. A. Comportamento de risco na adolescência. In: **J. Pediat.** 77 (Supl.2), P125-134, 2001.

FERRAZ, E.; FERREIRA, I. Q. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (COORD.) **Seminário Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: Saúde do Adolescente – Ministério da Saúde, 1998. P.47-54.

FONSECA, A. P. F. Sexualidade. In: Coutinho, M. F. G., Barros, R. R. **Adolescência – Uma Abordagem Prática**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001. Cap. 17, p. 231-236.

FOUCAULT, M. História da sexualidade. In: **A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. P.100.

FRISANCHO, A. R., MATOS J., BOLLETTINO, L. S. Role of gynecological age and growth maturity status in fetal maturation and prenatal growth of infants born to young still growing adolescent mothers. **Hum Biol** 1984;56:583-93.

FRISANCHO, A. R., MATOS, J., LEONARD, W.R., YEROCH, L. A. Developmental and nutritional determinants of pregnancy outcome among teenagers. **Am J Phys Antropol** 1985;66:247-61.

GALLO, P. R.; REIS, A. O. A.; LEONE, C. Características de seguimento pré-natal, do parto e do recém-nascido de adolescentes grávidas, município de Joinville, estado de Santa Catarina, Brasil, 1995. In: **Pediatria** (São Paulo) 2000, 22 (2): 123-129.

GAUDERER, E. C. Sexualidade pediátrica ou sexualidade e o pediatra. In: **Pediatr. Atual**, v.3, p. 59-58, 1993.

GOBBATO, D. O. et al. Perfil das adolescentes grávidas. In: **Pediatr. Atual**, v. 12, n.8, p. 53-57, 1999.

GOLDANI, M. Z., BETTIOL, H., BARBIERI, M. A. et al. Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southeast Brazil, in 1978-79 and 1994. **Cad. Saúde Pública**, december 2000, vol. 16 no 4.

GONZALES, E. S. C. **Cuidados para crianças menores de 2 anos e características maternas em comunidades de baixa renda de Olinda e Recife**. Dissertação (Mestrado). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 1998.

Gravidez precoce: estatísticas assustam – **Diário do Nordeste**. Fortaleza, Quarta-feira, 24 de janeiro de 2001. Caderno Regional.

GUIMARÃES, E. B.; Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: SAITO, M. I., SILVA, L. E. V. **Adolescência – Prevenção e Risco**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001. Cap. 28, p. 291-298.

GUIMARÃES, E. M. B.; COLLI. A. S. Mães adolescentes: características biopsocossociais In: **Gravidez na adolescência** Goiânia: Ed. UFG. 1998. 93p. Cap. 3), p.47-54.

GUIMARÃES, E. M. B. – Relação Médico-Adolescente e a Consulta Clínica na Adolescência. In: Maakaroun, M.; Souza, R. P.; Cruz, A. R. **Tratado de Adolescência. Um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica Ltda.; 1991, p. 179-184.

GÜNTER, I. A. Adolescência e projeto de vida. In: **Cadernos da Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, 1999. P 86-92.

HEILBORN, M. L. Gravidez na Adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; McKAY, A. (COORD.). **Seminário Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: Saúde do Adolescente – Ministério da Saúde, 1998. P.23-32.

HERMANN, D. M. M. L.; FIGUEIRA, F.; ALVES, J. G. B. Causas básicas de óbito em recém-nascidos no Instituto Materno-infantil de Pernambuco (IMIP). In: **Pediatria**. São Paulo, 21(3): 223-229, 1999.

HERTER, L. D.; ACCETTA, S. G. Anticoncepção e gestação na adolescência. In: **J. Pediat.** 77(Supl.2): P 170-178, 2001.

HOFFERTH, S.; HAYES, C. Risking the future: Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing. In: **Working papers and statistical appendixes**. Washington D.C.: National Academy Press, 1987, V.II.

HURLOCK, E. B. **Psicología da la Adolescencia**. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1971

IBGE. **Estatísticas de registro civil**. 21. Ed. Rio de Janeiro, 1998.

JESUS, J. L. **Recém-nascidos pré-termo: incidência, mortalidade neonatal precoce e associação com variáveis maternas**. Dissertação (Mestrado). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 1988.

KESSNER, D.M. et al; **Infant death: an analysis by maternal risk and health care.** Washington, D.C.: National Academy of Sciences, 1973.

KÖCHE, J. C. – **Fundamentos da Metodologia Científica. Teoria da ciência e prática da pesquisa.** 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

KUDO, A. M. et al. **Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria.** São Paulo: Sarvier, 1990.

LEE, K. et al. Maternal age and incidence of low birth weight at term: a population study. In: **Am. J. Obst. Gynec.**,158:84, 1988.

LEITE, A. J.M. **Mortalidade perinatal e aspectos da qualidade da atenção à saúde no município de Fortaleza, 1995.** Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1996. 117p.

LESHKEVICH, I. A., KATLOVA, I. P., ZUBKOVA, N. Z., ANDRIUSHINA, E. V., MIKHAL'SKAIA, E. V., AMIROVA, Zh. V. Sem'ia i problemy iunogo materrinstva. **Probl Sotsialnoi Gig Istor Med;**(2):8-11, 1996.

LIZO, C. L. P., AZEVEDO-LIZO, Z., ARONSON, E., SEGRE, C. A. M. Relação entre ganho de peso materno e peso do recém-nascido. **J. Pediatr.** (Rio J.). 1998; 74(2):114-118.

LUZ, A. M. Mulher adolescente: sexualidade, gravidez e maternidade. In: **Adolescência como fator de risco para complicações obstétricas, prematuridade, baixo peso etc..** P. 176-182.

LUZ, M. T. M; CASTRO E SILVA, R. **Vulnerabilidade e adolescência,** idem, p. 93-96.

LYRA, J. L. Participação masculina na gravidez adolescente. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; McKAY, A. (COORD.) In: **Seminário Gravidez**

na Adolescência. Rio de Janeiro: Saúde do Adolescente – Ministério da Saúde, 1998. P. 119-126.

MAAKAROUM, M. F. A. A profilaxia do abandono. In: **Clín. Pediátr.**, v. 2, p.8-20, 1993.

MACHADO, D. V. M. **Ação psicoprofilática do pediatra.** São Paulo: Sarvier, 1979. (Monografias Médicas. Série Pediátrica)

MADDALENO, H. Y.; OJEDA, E. N. S. – Situación social de los adolescentes y jovens en America Latina. In: MADDALENO, H. Y.; MENIST, M.; SERRANO, C. V.; SILBER, T. J.; OJEDA, E. N. S.; YUNES, I. In: **La Salud del Adolescente y del Joven.** Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica no 552, 1995, p. 70-84.

MANDÚ, E.N.T. Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução. In: **Adolescer: compreender, atuar, acolher.** Projeto Acolher/ Associação Brasileira de Enfermagem – Brasília: ABEn, 2001. 304p.

MARCONDES, E. et al. **Pediatria em consultório.** São Paulo: Sarvier, 1988.

MARDONES-RESTAT, F; **Comunicaciones personales.** Instituto de Nutrición, Universidad de Chile, 1986.

MARIOTONI, G. G. B., BARROS FILHO, A. A. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **J. Pediatr.** (Rio J.). 1998; 74(2):107-113.

MARIOTONI, G. G. B. **Tendência secular de peso ao nascer em Campinas, 1971-1995.** Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas (tese de doutorado), 1998.

MARSHALL, H. K.; AVROY, A. – **Alto risco em neonatologia.** 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan: 1990.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. Serviço de Neonatologia. **Dados evolutivos de 1994 a 1998**. Fortaleza, 1999.

McANARNEY, E. R.; GREYDANUS, D. E.; Adolescência. In: KEMPE, C. H.; SILVER, H. K.; O'BRIEN, D. **Pediatria – diagnóstico e tratamento**, 8 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1986, p. 176-205.

MENEZES, A. M. B. et al; Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. In: **Rev. Saúde Pública**, 32 (3): 209-16, 1998.

MIRANDA, F. A., LIMA, U. P., MOSZKOWICZ, B., COUTINHO, M. F. G. Perfil da adolescente até 14 anos no pré-natal Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth. **Tema livre VII Congresso Internacional, III Congresso da ASBRA, VIII Congresso Brasileiro de Adolescência**, 13 a 17 maio de 2001, Salvador, Bahia.

MIRANDA, L. E. V.; LOPES, J. M. A. (Coordenadores). **Manual de Perinatologia**, Sociedade Brasileira de Pediatria, Comitê de Perinatologia, 2000.

MONROY, V.A., MORALES, G.M.N., MONROY, L.V. **Fecundidad en la adolescencia: causas, riesgos y opciones**. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1988 (Caderno técnico, n.12)

MONTEIRO, C. A.; BENICIO, M. H.D.; ORTIZ, L. P.; Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). In: **Rev. Saúde Pública**. N 34 (6 Supl), p. 26-40, 2000.

MONTGOMERY, T. L. Adolescent sexuality and paramarriage. **Amer. J. Obstet. Gynecol.** 124:818-824, 1976.

MORAES, L. L. Problemas de saúde na adolescência. In: MORAES, L. L. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Fundo Ed. Byk-Prociex, 1985. P.155-162.

MORAES, L. L. Proteção à saúde materno-infantil. In: MORAES, L. L. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Fundo Ed. Byk-Prociex, 1985. P.127-136.

MOTA, S. B. et al. Gravidez na adolescência: um risco para o recém-nascido. In: **XXXII CONGRESSO ANUAL DO CENTRO MÉDICO CEARENSE**. Fortaleza, 1995.

MOTA, S. B. et al. Mortalidade de recém-nascidos e fatores gestacionais. In: **XXXII CONGRESSO ANUAL DO CENTRO MÉDICO CEARENSE**. Fortaleza, 1995.

MOURA, J.V.C. **Gravidez na adolescência – Estudo retrospectivo nos anos de 1978, 1982 e 1987 na Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba – SP**. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública de São Paulo – Departamento de Saúde Materno-Infantil. São Paulo, 1991.

MUNITZ, M.; SILBER, T. El embarazo en la adolescencia. In: LOPEZ, G.; YUNES, J.; SOLÍS, J. A.; OMRAN, A. R. (ed.) **Salud Reprodutiva en las Americas**. Organizacion Panamericana de la Salud, OPAS/OMS, 1992. P. 96-124.

NEVES FILHO, A. C. Adolescência e gravidez. In: **Revista da Maternidade Escola Assis Chateaubriand**, v. 2, n. 2, p. 43-46, 1995.

NINA M.D., ANDRADE, A. S. Caracterização da gestação de alto risco. In: SÉGRE, C. A. M., ARMELLINI, P.A. **RN**. São Paulo: Savier, 1985. P. 7-9.

NÓBREGA, F.J.; Antropometria, patologias e malformações congênitas do RN brasileiro e estudos de associação com algumas variáveis maternas. In: **J. Pediatr** 1:59 (2), 1985.

NÓBREGA, F.J.; TRINDADE, C.E.P. Desnutrição Intrauterina. In: RAMOS, J.L.A.; LEONE, C.R. **O Recém-nascido de baixo peso**. Monografias Médicas, Série “Pediatria”, vol.XXVII. São Paulo: Sarvier, 1986. P. 42-52.

NOGUEIRA, M. I. Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida. Rio de Janeiro, Ed. Hucitec, 1982.

OKAY, Y. Estágios em especialidades na residência básica: prós e contras. In: **Pediatria** (São Paulo), v. 14, n. 2, p. 47-48, 1992.

_____. Atenção global a criança e modelo biomédico. In: **Pediatria** (São Paulo). v. 8, n. 2, p. 172-175, 1986.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Programa de saúde materno-infantil. **O Marco Conceitual da Saúde Integral do Adolescente e de seu Cuidado**. Washington D. C., 1992.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Necessidades de la Salud de los Adolescentes** – Série de Informes Técnicos 1977; no. 609: 7-55.

OSTERNE, M. S. Preservação da família na socialização da pobreza: adolescentes no cotidiano do mundo do trabalho. In: FORTALEZA. Núcleo Cearense de Estudos e Pesquisa sobre a Criança. **Infância e adolescência em discussão**. Fortaleza: UFC/CBIA, 1994. P. 91-98.

PAIXÃO, A. C., BISPO, M. D. Avaliação dos recém-nascidos de mães adolescentes em Sergipe de 1996 a 1999. **Tema livre VII Congresso Internacional, III Congresso da ASBRA, VIII Congresso Brasileiro de Adolescência**, 13 a 17 maio de 2001, Salvador, Bahia.

PAVLOVA-GREENFIELD, T., SUTIJA, V. G., GUDAVALLI, M. Adolescent pregnancy: positive outcome at a community hospital. **J Perinat Med** 2000;28(6):443-6.

PEDROSA, R.G. Desnutrição intrauterina. In: SÉGRE, C.A.M., AMELLINI, P.A. **RN**. São Paulo: Savier, 1985. P. 59-63.

PEREIRA, J. L. Histórico da gravidez na adolescência. In: MONTEIRO, D. L. M. CINHA, A. A., BASTOS, A. C. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. Cap. 1, p. 1-6.

PEREIRA, J. L. **Repercussões de uma assistência pré-natal diferenciada para gestantes adolescentes sobre o peso do concepto**. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1982.

PERES, A. Aborto na Adolescência. **Claudia**. Abr., 1997, p. 6-12.

PINTO ALEIXO, P. Gestação na adolescência. **J. bras. Ginecol**;91(6):439-42, 1981.

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM PEDIATRIA – **Desenvolvimento do adolescente**. PRONAP. Vol. 2, No 1. Ano II, 1997. P. 71-108.

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM PEDIATRIA – **Crescimento Puberal**. PRONAP. Vol. 1, No 1. Ano I, 1996. P. 59-74.

PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE – PROSAD – **Bases programáticas**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente, 1996. P. 5-30.

PUELL RAMIREZ, L., NEYRA, L., TAY KCOMT, F. M., SEMINARIO, A. Embarazo en adolescents: enfoque de riesgo. **Ginecol. & obstet**;45(2):120-3, 1999.

PUFFER, R. R.; SERRANO, C. V. Características del peso al nacer. **Publicación Científica No 504**. Organización Panamericana de la Salud, 1988. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

REATO. L. F. N., AZEVEDO, M. R. D. Desenvolvimento psicológico do adolescente. A “síndrome da adolescência normal”. In: **Sinopse Pediatr.**, n. 3, 1999, p. 57-59.

REATO. L. F. N. et al. Perfil dos atendimentos do ambulatório de adolescentes do centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina da Fundação ABC. In: **Sinopse Pediatr.**, N. 1, p. 17- 21, 2000.

REES, J. M.; LEDERMAN, S. A.; KIELY, J. L. Birth weight associated with lowest neonatal mortality: infants of adolescent and adult mothers. In: **Pediatrics**. Vol. 98, issue 6, p. 1161-1166. American Academy of Pediatrics, Jan, 1996.

RENFIELD, M. L. O Recém-nascido pequeno para a idade In: AVERY, G. B. **Neonatologia – Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978. Cap.13, p.183-195.

RESENDE, J.; COSLOVSKY, S. Repercussões da gravidez sobre o organismo. In: RESENDE, J. **Obstetrícia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1974. P. 130-158.

RIBEIRO, E. R. O., BARBIERI, M. A., BETTIOL, H. et al. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol. 34 no 2, abr2000.

ROCHA, J. A. Baixo peso, peso insuficiente e peso adequado ao nascer em 5940 nascidos vivos na cidade do Recife. **J. Pediatr.** (Rio J.). 1991; 67:297-4.

RODRIGUES. A. P et al. Gravidez na adolescência. **Femina**, v. 21, p. 199-223, 1993.

ROMERO, T.C.J. Gravidez em la adolescência. **Ginecol obstet méx** 1992 nov; 60:291-5

ROSELLI, C.A.M., SÉGRE, C.A.M., Classificação do RN. In: SÉGRE, C.A.M, AMELLINI, P.A. **RN**. São Paulo: Savier, 1985. P. 59-63.

ROTENBERG, L. K. B. Ação psicoprofilática na adolescência. In: MACHADO, D. V. M. **Ação psicoprofilática do pediatra**. São Paulo: Sarvier, 1979. P. 57-71. (monografias Médicas. Série Pediatria, v.12)

SABATINO, H. Avaliação do risco gestacional (de uma população brasileira). In: **Perinatologia Social**. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1984, Cap.17. P. 174-197.

SAGGESE, E e Leite, L.C. Saúde Mental na Adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**, vol. I Brasília, 1999 p. 197-205. Secretaria de Políticas de Saúde, Minis. Saúde.

SAITO, M. I., LEAL, M. M., SILVA, L. E. V. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes princípios éticos. In: **Pediatria**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 112-116, 1999.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. **Adolescência – Prevenção e Risco**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001. 462p.

SANT'ANNA, M. J. C., FABRÍCIO, V. C., COATES, V. Gravidez na adolescência: prevalência de nova gravidez após realização de pré-natal multiprofissional. **Tema livre** VII Congresso Internacional, III Congresso da ASBRA, VIII Congresso Brasileiro de Adolescência, 13 a 17 maio de 2001, Salvador, Bahia.

SANTOS, I.M.M., SILVA, L.R.; Estou grávida, sou adolescente e agora? Relato de experiência na consulta de enfermagem. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R.G. (org.). **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000.

SANTOS JÚNIOR, J.D.; Fatores etiológicos associados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: **Cadernos da Juventude, Saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, 1999. P 223-229.

SARINHO, S. W. **Mortalidade neonatal na cidade do Recife: um estudo caso-controlado**. Dissertação (Mestrado). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 1998.

SATIN, A. J., LEVENO, K. J., SCHERMAN, M. L., REEDY, N. J., LOWE, T. W., MCLNTIRE, D.D. Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. **Am J Obstet Gynecol** 1994; 171:184-7.

SCHIRMER et al. **Assistência Pré-natal : Manual técnico**. 3 ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/ Ministério da Saúde, 2000. 66p.

SÉGRE, C.A.M. RN pré-termo. In: SÉGRE, C.A.M., AMELLINI, P.A. **RN**. São Paulo: Savier, 1985. P. 49-58.

SERRANO, C. V., PUFFER, R. R.; Utilização dos dados hospitalares de peso ao nascer e mortalidade como indicadores de problemas de saúde na infância. In: **Bulletin of Pan American Health Organization**. Vol. VIII (4): 325-346, 1974.

SESA. **Guia para prestação de serviços em saúde reprodutiva**. Fortaleza: Diretoria de Saúde, Programa Viva Mulher, Programa de Saúde do Adolescente - Governo do Estado do Ceará, 1998. 432p.

SILBER, T. J. Risco y prevencion en la adolescencia. In: CUSMINSKY, M., MORENO, E. M., OJEDA, E. N. S. (Editores) **Crecimiento y Desarrollo – Hechos y tendencias**. Publicación Científica No 510. Organizacion Panamericana de la Salud, 1988. P 442-452.

SILVA , J.L.P. Fertilidade na adolescência. **J. bras. Ginecol**;91(2):119-23, 1981.

SILVA, J.L.P. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. In: SAITO, M. I., SILVA, L. E. V. **Adolescência – Prevenção e Risco**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001. Cap. 29, p. 299-305.

SILVA, J.L.P. Aspectos pediátricos da gravidez na adolescência. In: **J. Bras Ginecol.**, v. 94, n. 8, p. 319-326, 1984.

SILVA, V.M.B.; **Estudo da composição bioquímica do colostro de mães adolescentes e adultas em uma maternidade do Recife**. Dissertação (Mestrado). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 1995.

SIQUEIRA, A. A., TANAKA, A. C., ANDRADE, J., ALMEIDA, P. A., SANTIAGO, S., ZANATELLI, C.C., BIER, R., QUEIRÓZ, B.M., SARAN, M.R. Evolução da gravidez em adolescentes matriculadas no serviço pré-natal do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública** 15(5):449-54, 1981.

SMITH, G. C., PELL, J. P.; Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. In: **BMJ** 2001 Sep 1;323 (7311):1-5.

SOF. **Gravidez na adolescência. Não dê as costas para isso.** Comitê de Mulheres de São Bernardo do Campo, 1992 (folheto informativo).

SOUZA, M. M. C. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: VIEIRA, E. M., FERNANDES, M. E. L., BAILEY, P., MCKAY, A. (Orgs.) **Seminário gravidez na adolescência.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1998. P 74-91.

SOUZA, R. P. MAAKAROUN, M. F., CRUZ, A. R. **Tratado de adolescência.** São Paulo: Cultura Médica, 1991.

SOUZA, R. P. Abordagem do adolescente. In: SOUZA, R. P., MAAKAROUN, M. F., (Coords.) **Manual de adolescência.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1989. p. 1-7.

STERN, C. **El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica.** Salud pública de México, vol. 39, no 2, mar/ abr de 1997. P 137-142.

STEVENS-SIMON, C. et al. Reasons for first teen pregnancies predict the rate of subsequent teen conceptions. In: AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Pediatrics.** Vol. 101, no 1, p. 8., Jan, 1993.

STEVENS-SIMON, C.; MCANARNEY, E. R.; ROGHMANN, K. J. Adolescent gestational weight gain and birth weight. In: AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Pediatrics.** Vol. 92, issue 6, p. 805-809, Jan, 1993.

SWEET, A. Y. Classificação do neonato de baixo peso. In: KLAUS, H. M., FANAROFF, A Y. **Alto Risco em Neonatologia.** 3 ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1990. P. 62-86.

TAKIUTI, A. D. – Atendimento na Rede Básica de Saúde. In: **Adolescência e Saúde – Comissão de Saúde do Adolescente**, 2 ed. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 1995, p. 11-34.

TAY KCOMT, F. M., PUELL RAMIREZ, L., NEYRA, L., SEMINARIO, A. Embarazo en adolescents: complicaciones obstétricas. **Ginecol. & obstet**;45(3):179-82, 1999.

VALENTE, C. A. et al. Assistência pré e perinatal à mãe adolescente. **J Bras Gin** 83(5):229, 1977.

VAUGHAN, V. C.; MCKAY, R. J.; NELSON, W. E. Os órgãos genitais. In: **Pediatria de Nelson**. Cap. 18. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977. P.1406-1415.

VAUGHAN, V. C.; MCKAY, R. J.; NELSON, W. E. Pediatria do desenvolvimento. In: **Pediatria de Nelson**. Cap. 2. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977. P.13-79.

VICTORIA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. **Epidemiologia da Desigualdade**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1988.

VILLON, J., LOYOLA,., ROSAS, E., GIULANO, V., TEJADA, R. Embarazo en adolescents. Estudio en Acobanba-Huancavelica, 1998. **Ginecol. & obstet**;45(2):116-9, 1999.

VITALLE, M.S.S. **Recém-nascido de mãe adolescente de baixo nível sócio-econômico, antropometria e outras variáveis**. São Paulo, 1994, 74p. Dissertação (mestrado) – Escola Paulista de Medicina.

VITIELLO, N. Gravidez de alto risco, In: FONTES, J. A. S. et al. **Perinatologia Social**. Cap.16. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1984. P. 165-173.

VITIELLO, N. **Redação e apresentação das comunicações científicas**. 1995.

WAGNER, M.B., MOTTA, V. T., PIVA, J. P. Redigindo e submetendo um artigo científico para publicação: sugestões e críticas. In: **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, 1998; 74(6): 483-485.

WHO. **Programming for Adolescent Health and Development**. Technical Report Series 886, 1998.

ZLATINK. F. J.; BURMEISTER, L. F. In: SOUZA, R. P., MAAKAROU, M. F. (Coord.) **Manual de adolescência**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1977. p. 60.

ZUCKERMAN, B et al. Neonatal outcome: is adolescent pregnancy a risk factor? In: AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS **Pediatrics**. Vol. 71, issue 4, p. 489-493, Jan, 1983.