

Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000

Factors associated with precarious prenatal care in a sample of post-partum adolescent mothers in maternity hospitals in Rio de Janeiro, Brazil, 1999-2000

Silvana Granado Nogueira da Gama ¹
 Célia Landmann Szwarcwald ²
 Adriane Reis Sabroza ¹
 Viviane Castelo Branco ¹
 Maria do Carmo Leal ¹

Abstract

This study characterizes the women receiving precarious prenatal care according to socio-demographic variables, mother's reproductive history, family support, satisfaction with pregnancy, and risk behavior during pregnancy. A total of 1,967 adolescents were interviewed in the immediate post-partum in public and outsourced maternity hospitals in the City of Rio de Janeiro. The dependent variable was the number of prenatal appointments (0-3; 4-6; 7 or more). The statistical analysis aimed to test the hypothesis of homogeneity of proportions, including bi- and multivariate analysis, using multinomial logistic regression, in which the reference category for the response variable was 7 or more prenatal visits. Higher (and statistically significant) proportions of insufficient number of prenatal visits (0-3) were associated with: precarious sanitation conditions; not living with the child's father; attempted abortion; and smoking, drinking, and/or drug use during pregnancy. The results strongly indicate that mothers with worse living conditions and risk behavior during pregnancy were the same who lacked access to prenatal care.

Pregnancy in Adolescence; Social Conditions; Logistic Models

Introdução

Numerosos estudos têm mostrado o efeito protetor do acompanhamento pré-natal sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, contribuindo, entre outros, para uma menor incidência de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal ^{1,2,3}.

Compreendendo-se a importância de avaliação da cobertura do acompanhamento pré-natal, foi introduzido no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), a partir de 1995, um campo referente ao número de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação. Para o ano de 1996, mais de 90% das gestantes do Município do Rio de Janeiro receberam assistência pré-natal. Entretanto, apenas 59% das mulheres tiveram o número de consultas maior ou igual a seis, número mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde para assegurar uma adequada atenção pré-natal ⁴.

Dentre as grávidas, é nas adolescentes que os prejuízos de uma atenção precária à gestação se mostram mais intensos ⁵. Discute-se a possibilidade de que os efeitos de um pré-natal inadequado nesse grupo sejam mais pronunciados porque a gravidez na adolescência é um fenômeno muito mais presente nas jovens de grupos sociais excluídos, freqüentemente desprovidas do apoio da família, do pai do bebê e da sociedade.

Alguns estudos têm mostrado que a grávida adolescente inicia mais tardiamente o acom-

¹ Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
² Departamento de Informações em Saúde, Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência
 Silvana Granado Nogueira da Gama
 Rua Leopoldo Bulhões 1480,
 Rio de Janeiro, RJ
 21041-210, Brasil.
 granado@ensp.fiocruz.br

panhamento pré-natal e termina por fazer um menor número de consultas, quando comparada às mulheres com vinte anos e mais^{6,7,8}. Esse fato é coerente com o momento de vida peculiar da adolescente, que geralmente não reconhece a importância de planejar o futuro⁹.

A maioria das investigações relaciona a adequação do pré-natal ao período em que ele é iniciado e ao número de consultas realizadas, sendo pouco freqüentes avaliações sobre a qualidade da assistência. Mathias et al.¹⁰ indicam que o ideal é que se iniciem as consultas no primeiro trimestre da gestação, o que possibilitaria diagnóstico e tratamento precoces de doenças e outras intercorrências que trariam consequências adversas à gestante e ao bebê. Além disso, sabe-se que os efeitos protetores do pré-natal podem se estender para além do período neonatal. Donovan et al.¹¹ chegam a afirmar que a realização de um número mínimo de consultas de pré-natal está associada ao acesso posterior de bebês aos serviços de saúde, mostrando-se como fator relevante para a prevenção de resultados adversos tanto na gestação, quanto no primeiro ano de vida.

Sob outra perspectiva, Halpern et al.¹² questionam se os efeitos positivos verificados nas gestantes de Pelotas, Rio Grande do Sul, que receberam atenção pré-natal, são de fato resultados da qualidade do atendimento prestado ou se apenas expressam um fenômeno de auto-seleção, em que as mulheres atendidas apresentam características que permitiriam ter menor freqüência de resultados adversos, ainda que não tivessem acompanhamento pré-natal. Achados discordantes foram apontados por Liu¹³, em estudo realizado na Virgínia, Estados Unidos. O autor encontrou resultados que mostram que o papel protetor do atendimento pré-natal sobre o baixo peso ao nascer em gestantes com vinte anos ou mais é, inclusive, subestimado. Ao controlar o efeito de auto-seleção das grávidas, determinado pela raça e local de moradia, o resultado benéfico do pré-natal em relação ao baixo peso ao nascer aumentou cinco vezes.

O objetivo do presente trabalho foi o de identificar o perfil das gestantes que tiveram um número insuficiente de consultas de atendimento pré-natal, mediante variáveis sócio-demográficas, história reprodutiva da mãe, apoio familiar, satisfação com a gestação e alguns comportamentos de risco durante a gravidez. Pretende-se, assim, fornecer subsídios para políticas de expansão da cobertura do acompanhamento pré-natal e implementação de medidas que propiciem a melhoria da qualidade do atendimento, especialmente no que se refere à gestante adolescente.

Material e método

Este estudo faz parte de um subprojeto do “*Estudo da Morbi-mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro*”, desenvolvido a partir de uma amostra de puérperas que se hospitalizaram em maternidades localizadas no município por ocasião do parto.

A seguir será apresentado um breve resumo dos procedimentos de definição da amostra, coleta de dados, variáveis selecionadas e da análise estatística utilizada neste estudo.

Amostra

Foram entrevistadas 10.072 puérperas no pós-parto imediato em maternidades no Município do Rio de Janeiro. A amostragem foi estratificada, agrupando-se os estabelecimentos de saúde em três estratos: maternidades municipais e federais; maternidades estaduais, militares, filantrópicas e privadas conveniadas com o SUS; maternidades privadas não conveniadas com o SUS. Em cada estrato, foi selecionada uma amostra de, aproximadamente, 10% de parturientes do número previsto de partos em todos os hospitais de cada estrato, exceto naqueles com menos de duzentos partos por ano. Foram amostrados 12 estabelecimentos no primeiro estrato, 10 no segundo e 25 no terceiro.

O tamanho da amostra em cada estrato foi estabelecido com o objetivo de comparar proporções em amostras iguais no nível de significância de 5% e detectar diferenças de pelo menos 3% com poder do teste de 90%¹⁴, baseando-se na proporção de baixo peso ao nascer (< 2.500g). O tamanho inicial calculado foi de 3.282 puérperas para cada estrato. Considerando-se a possibilidade de perdas, o total de cada estrato foi estabelecido em 3.500 puérperas.

Serão consideradas nesta análise apenas as mães adolescentes, entrevistadas em maternidades dos estratos 1 e 2, com idade até 19 anos.

Considerações éticas

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Para todas as puérperas do estudo ou seu responsável, em caso de menores de idade, foi entregue um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual, após exposição dos objetivos da pesquisa, era solicitada sua autorização por escrito.

Desenvolvimento do estudo

O trabalho de campo foi realizado por equipes formadas por acadêmicos bolsistas de medicina e enfermagem, contratados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, através de concurso público. Houve uma supervisão de campo realizada por duas médicas, além de uma coordenadora geral. Foram empregados na coleta de dados três questionários padronizados, um deles utilizado para a entrevista com a mãe, outro para coleta de dados do prontuário e um terceiro sobre as condições de alta da mãe e do recém-nascido.

O número de consultas de pré-natal, objeto principal desta análise, foi categorizado em: 0-3, 4-6 e 7 ou mais consultas. Para caracterizar as gestantes com número insuficiente de consultas, foram consideradas todas as variáveis descritas por nível de agregação, na Tabela 1.

A variável “idade ginecológica”, definida como o intervalo de tempo entre a menarca e a concepção, foi calculada subtraindo-se a idade da mãe (em anos) ao engravidar pela primeira

vez da idade da mãe na menarca. As questões “satisfação do pai” e “apoio do pai” expressam a percepção da mãe em relação ao sentimento e apoio recebido dele e referem-se às respostas obtidas respectivamente às perguntas: “E o pai, ficou satisfeito?” e “Você se sentiu apoiada pelo pai do bebê?”. Na abordagem das variáveis fumo de cigarro, “ingesta de bebida alcoólica”, “uso de drogas ilícitas” e “fumo anterior à gravidez”, foi considerado apenas o consumo (sim/não), sem avaliar, nesse momento, a intensidade do uso.

Análise estatística

Foram realizadas análises bivariadas com as variáveis consideradas, descritas na Tabela 1. Utilizaram-se testes qui-quadrado (χ^2) para testar a hipótese de homogeneidade de proporções, comparando grupos de mães adolescentes segundo o número de consultas realizadas no pré-natal: 0-3; 4-6; e 7 e mais consultas.

Para a análise multivariada foram utilizados procedimentos de regressão logística mul-

Tabela 1

Apresentação das demais variáveis utilizadas no estudo e suas respectivas categorias.

Nome das variáveis	Categorias
1) Condições sócio-demográficas	
Faixa etária materna (anos)	10* a 14 e 15 a 19
Nível de escolaridade	≤4ª série do ensino fundamental e ≥5ª série
Água encanada	Sim e não
Vive com o pai do bebê	Sim e não
2) História reprodutiva da puérpera	
Idade materna na primeira gravidez (anos)	10 a 14; 15 a 17 e 18 a 19
Idade ginecológica na primeira gravidez	Menos que 2 anos e 2 anos e mais
Número de nascidos vivos anteriores**	Nenhum; um e dois/três
3) Apoio familiar e satisfação com a gravidez	
Satisfação materna	Sim e não
Satisfação paterna	Sim e não
Apoio do pai do bebê	Sim e não
Tentativa de interromper esta gestação	Sim e não
Acompanhada por familiares para a maternidade	Sim e não
4) Hábitos e comportamentos de risco durante a gestação	
Fumo anterior à gravidez	Sim e não
Consumo de bebida alcoólica	Sim e não
Uso de droga ilícita	Sim e não
Fumo de cigarro na gestação	Sim e não

*Esta faixa etária restringiu-se às mães de 12 a 14 anos por não terem sido encontradas no estudo puérperas com menos de 12 anos de idade.

**Para o cálculo da *odds ratio* (OR) a variável foi dicotomizada em “nenhum e um a três”.

tinomial, cuja variável dependente foi categorizada pelo número de consultas realizadas no pré-natal (0-3; 4-6; 7 e mais consultas), sendo a última a categoria de referência. O nível de significância para inclusão de variáveis foi estabelecido em 5%, utilizado para qualquer uma das categorias da variável-resposta. Dentre o conjunto de variáveis consideradas neste estudo, foram incluídas neste procedimento aquelas listadas nos itens 1, 2 e 3 do quadro de variáveis, excetuando-se as variáveis “satisfação paterna” e “apoio do pai do bebê”, por serem muito correlacionadas com a variável “vive com o pai do bebê”, e a variável “idade materna na primeira gestação”, por ser muito correlacionada com “idade ginecológica na primeira gravidez”.

Foram estimadas as razões de produtos cruzados *odds ratio* (OR) brutos e ajustados e os respectivos intervalos de 95% de confiança para as variáveis que permaneceram no modelo.

Resultados

Das 6.974 mulheres entrevistadas, as 1.801 puérperas adolescentes, objeto deste estudo, representaram 25,8%, após exclusão das perdas (2,2 % da amostra).

Na Tabela 2, podem ser observadas as distribuições de frequências relativas segundo o número de consultas realizadas no pré-natal e alguns fatores sócio-demográficos. Não foram encontradas diferenças estatísticas entre as proporções de mães dos dois grupos etários em relação ao número de consultas. Portanto, procedeu-se à análise sem a categorização pelas faixas etárias.

Ainda analisando os dados dispostos na Tabela 2, pode-se observar que foi mais elevado o percentual de mães com menor grau de instrução (até a 4ª série do ensino fundamental) e residentes em domicílios sem água encanada que fizeram 0-3 consultas de pré-natal (26,0% e 23,1% respectivamente), em relação àquelas que tinham 5ª série ou mais e dispunham de água encanada em casa (14,6% e 16,3%). Das que viviam com o pai do bebê, observam-se proporções significativamente menores (14,4%) com 0-3 consultas em relação àquelas que não viviam com o pai (21,5%).

No tocante à história reprodutiva das mães, as proporções de puérperas foram estatisticamente diferentes segundo os grupos de frequência de consultas de pré-natal (Tabela 3). Entre as diferenças, destaca-se que as mães que tinham idade entre 10 e 14 anos na época da primeira gravidez apresentaram maior proporção de precária assistência pré-natal (21,3%),

Tabela 2

Distribuição de frequências relativas de alguns fatores sócio-demográficos, segundo o número de consultas de pré-natal.

Variáveis	Número de consultas de pré-natal			Total		Valor de p
	0-3 %	4-6 %	7 e + %	n	%	
Faixa etária materna (anos)						
10*-14	21,5	47,7	30,8	65	100,0	0,172
15-19	16,6	41,1	42,3	1.623	100,0	
Escolaridade						
≤ 4ª série do fundamental	26,0	38,8	35,2	335	100,0	0,000
≥ 5ª série do fundamental	14,6	41,9	43,5	1.352	100,0	
Água encanada em casa						
Rede pública	16,3	41,0	42,7	1.538	100,0	0,025
Outro	23,1	44,2	32,7	147	100,0	
Vive com o pai do bebê						
Sim	14,4	39,7	45,9	1.122	100,0	0,000
Não	21,5	44,7	33,8	562	100,0	

*Esta faixa etária restringiu-se às mães de 12 a 14 anos por não terem sido encontradas no estudo puérperas com menos de 12 anos de idade.

Tabela 3

Distribuição de freqüências relativas à história reprodutiva da mãe, segundo o número de consultas de pré-natal.

Variáveis	Número de consultas de pré-natal			Total		Valor de p
	0-3 %	4-6 %	7 e + %	n	%	
Idade materna na 1ª gravidez (anos)						
10-14	21,3	45,0	33,7	282	100,0	0,000
15-17	17,7	41,1	41,2	1.031	100,0	-
18-19	11,1	39,1	49,7	368	100,0	-
Idade ginecológica na 1ª gravidez (anos)						
< 2	25,7	39,0	35,3	136	100,0	0,010
≥ 2	15,8	41,4	42,8	1.459	100,0	-
Nascidos vivos anteriores						
Nenhum	12,8	40,6	46,5	1.238	100,0	0,000
Um	26,1	44,4	29,6	372	100,0	-
Dois e três	36,8	39,5	23,7	76	100,0	-

em comparação com as que engravidaram mais tarde (11,1%). Situação semelhante foi observada quando as mães foram comparadas pela idade ginecológica segundo o número de consultas. Naquelas com intervalo menor de dois anos, há maior proporção de mães com 0-3 consultas (25,7%). Comparando os grupos com e sem experiência de maternidade anterior, observa-se associação inversa, ou seja, o número de consultas diminui à medida que cresce o número de nascidos vivos anteriores.

A Tabela 4 mostra as distribuições de freqüências relativas segundo o número de consultas de pré-natal e o apoio recebido do pai do bebê e de familiares, bem como a satisfação com essa gestação. Os resultados apontam uma maior proporção de mães insatisfeitas com a gestação (23,9%) com número insuficiente de consultas, quando comparadas com as satisfeitas (15,9%). Ou seja, à medida que se eleva o grau de satisfação com a gravidez aumenta o número de consultas. O mesmo ocorre em relação à satisfação paterna. Adicionalmente, no que diz respeito ao apoio do pai, foram apresentados valores também significativamente menores (15,3%) entre as que fizeram menor número de consultas.

Nas mulheres que tentaram interromper essa gestação, foi maior a proporção de gestantes que fizeram um número insuficiente de consultas. Pode-se observar também maior proporção com 0-3 consultas no grupo que não teve a companhia de familiares para chegar à maternidade (22,7%).

Na Tabela 5, são apresentados dados sobre hábitos e comportamentos de risco praticados pelas puérperas durante a gestação, segundo o número de consultas de pré-natal. Observa-se que aquelas que fumaram na gestação (32,0%) fizeram menor número de consultas do que as que não fumaram (14,8%). Também foi significativa a diferença entre as que consumiram bebida alcoólica, 24,6%, em relação às outras, 15,3%. O número de gestantes que informaram uso de drogas ilícitas foi pequeno, porém significativamente maior nas adolescentes que receberam nenhuma ou pouca atenção pré-natal (53,8%). Chama a atenção que, dentre as adolescentes que fumavam antes de engravidar, foi tanto maior a proporção de mães que abandonaram o hábito, quanto maior o número de consultas.

A Tabela 6 expõe os resultados da análise de regressão logística multinomial. Do conjunto de variáveis independentes, foram selecionadas sete variáveis para inclusão no primeiro modelo, de acordo com os critérios estatísticos previamente estabelecidos, e apenas três no segundo.

Em relação à realização de número precário de consultas (0-3), as variáveis com efeito significativo foram: “filhos nascidos vivos anteriormente”, sendo a razão ajustada de produtos cruzados (OR) igual a 3,181 e (p = 0,000); “baixo nível de escolaridade materna” (OR ajustado = 1,628; p = 0,006); “consumo de bebidas alcoólicas” e “uso de cigarros na gestação” (OR ajustado = 2,581; p = 0,000); “tentativa de interromper esta gestação”. Os fatos de a mãe “viver

Tabela 4

Distribuição de freqüências relativas de apoio familiar e satisfação com a gestação, segundo o número de consultas de pré-natal.

Variáveis	Número de consultas de pré-natal			Total		Valor de p
	0-3 %	4-6 %	7 e + %	n	%	
Satisfação materna						
Sim	15,9	41,0	43,1	1.486	100,0	0,005
Não	23,9	44,3	31,8	201	100,0	–
Satisfação paterna						
Sim	14,7	41,6	43,7	1.458	100,0	0,000
Não	31,2	40,3	28,5	186	100,0	–
Apoio do pai do bebê						
Sim	15,3	40,8	43,9	1.411	100,0	0,000
Não	24,6	44,9	30,5	272	100,0	–
Tentativa de interromper a gestação						
Sim	27,8	40,7	31,5	162	100,0	0,000
Não	15,6	41,5	42,9	1.521		–
Foi com familiares para a maternidade						
Sim	15,9	40,7	43,4	1.448	100,0	0,002
Não	22,7	45,0	32,4	238	100,0	–

com o pai do bebê” (OR ajustado = 0,462; $p = 0,000$) e dispor de “água encanada em casa” (OR ajustado = 0,564; $p = 0,024$) apareceram como variáveis de proteção para uma melhor atenção pré-natal. A última variável com efeito parcial significativo, controlada pelas demais, foi a, “tentou interromper essa gestação” constituindo-se em fator associado ao número insuficiente de consultas de pré-natal (OR ajustado = 1,644; $p = 0,033$).

Quanto à realização de número intermediário de consultas (4-6), as variáveis com efeitos significativos foram: “uso de cigarros na gestação” (OR ajustado = 1,632; $p = 0,012$), a presença de “filhos nascidos vivos anteriores” (OR ajustado = 1,786; $p = 0,000$). Já “viver com o pai do bebê” (OR ajustado = 0,622 $p = 0,000$) foi um fator de proteção.

Discussão

Dados da pesquisa não expostos neste artigo apontam para uma ampla cobertura do pré-natal entre as adolescentes entrevistadas, embora limitada no que diz respeito ao número

adequado de consultas e ao período de início do atendimento. Quase 95% delas referiram ter tido pelo menos uma consulta, mas somente 42% compareceram a seis consultas ou mais. A inserção das adolescentes no pré-natal se deu em diferentes estágios da gravidez, tendo apenas a metade delas iniciado o acompanhamento no primeiro trimestre da gestação (51%).

Encontrou-se no presente estudo uma associação entre as diversas variáveis de baixa condição de vida com a não realização ou realização inadequada do pré-natal, tais como o baixo grau de escolaridade e a não disponibilidade de água encanada em casa. É importante destacar que a cobertura da rede pública de água no Rio de Janeiro é bastante ampla; assim, não dispor desse serviço representa uma condição de vida bastante desfavorável. Entretanto, uma das limitações para avaliar condição de vida foi a resposta inadequada em relação à questão sobre o local de moradia (favela ou não), visto que uma parcela das adolescentes não respondeu corretamente, como verificado em uma subamostra por visita domiciliar. Sendo assim, essa variável foi descartada da análise.

Tabela 5

Distribuição de freqüências relativas de alguns comportamentos de risco na gestação, segundo o número de consultas de pré-natal.

Variáveis	Número de consultas de pré-natal			Total		Valor de p
	0-3 %	4-6 %	7 e + %	n	%	
Fumo de cigarro na gestação						
Sim	32,0	43,5	24,5	200	100,0	0,000
Não	14,8	41,1	44,2	1.488	100,0	-
Ingestão de bebidas alcoólicas na gestação						
Sim	24,6	41,8	33,7	297	100,0	0,000
Não	15,2	41,3	43,6	1.391	100,0	-
Consumo de drogas ilícitas na gestação						
Sim	53,8	30,8	15,4	13	100,0	0,001
Não	16,5	41,5	42,0	1.674	100,0	-
Fumava antes de engravidar						
Deixou de fumar na gestação	26,5	43,0	51,1			
Não deixou de fumar na gestação	73,5	57,0	48,9			
Total**						
%	100,0	100,0	100,0			
n	83	142	94			
p valor	0,000	0,000	0,000			

*Esta análise se restringe apenas às mães que fumavam antes da gravidez.

**O percentual soma 100,0 nas colunas.

Os resultados do presente estudo corroboraram achados anteriores. No Estado de São Paulo, foi encontrada uma forte associação entre o baixo grau de escolaridade e o menor número de consultas de pré-natal¹⁵. Em relação à má condição de vida, em Pelotas, Rio Grande do Sul, Silveira et al.¹⁶ mostraram que, apesar da ampla cobertura do pré-natal naquele município, as mulheres que não receberam assistência pré-natal eram as mais pobres e seus filhos apresentaram incidência de baixo peso ao nascer 2,5 vezes maior do que os daquelas que realizavam mais do que cinco consultas.

Uma outra dimensão relevante diz respeito ao apoio familiar e do pai da criança. Viver com o pai, perceber sua satisfação com a gravidez e sentir-se apoiada por ele influenciaram significativamente no número de consultas realizadas pela gestante. A experiência do *Teenage Pregnancy and Parenting Project* (TAPP), em São Francisco, Califórnia, descrita por Fonseca¹⁷, revelou que o envolvimento do pai do bebê

nas atividades de educação para a saúde e na preparação para o cuidado infantil levou a uma maior participação dele no pré-natal, chegando a influenciar o aumento do peso dos bebês ao nascer. Também Wiemann et al.⁷ encontraram que a falta de contato com o pai do bebê e um menor grau de instrução em gestantes adolescentes se associavam com a entrada tardia no pré-natal, acarretando um número reduzido de consultas.

Chegar à maternidade sem a companhia de familiares ou do companheiro relacionou-se com o menor número de consultas, reforçando a hipótese de que a jovem que se sente pouco apoiada tem menos motivação para integrar-se adequadamente ao programa de pré-natal. Daí a importância do apoio familiar e, em especial, do companheiro. Este apoio aparece associado positivamente tanto ao bem-estar psicológico da adolescente grávida, quanto ao grau de satisfação que ela apresenta em relação à vida. Outros estudos realizados revelam

Tabela 6a

Resultados da regressão logística multinomial, simples e múltipla, tendo como variável-resposta o número de consultas de pré-natal. 0-3 consultas em relação a 7 e mais consultas.

Variável/Categoria	OR bruto	Significância	IC95%	OR ajustado	Significância	IC95%
Nível de escolaridade						
≤ 4ª série	2,201	0,000	1,597-3,0321	1,911	0,000	1,402-2,604
≥ 5ª série	1,000	-	-	1,000	-	-
Vive com o pai						
Sim	0,494	0,000	0,370-0,659	0,462	0,000	0,339-0,628
Não	1,000	-	-	1,000	-	-
Filhos nascidos vivos anteriores						
Sim	3,538	0,000	2,614-4,788	3,181	0,000	2,306-4,387
Não	1,000	-	-	1,000	-	-
Tentou interromper essa gestação						
Sim	2,417	0,000	1,576-3,706	1,644	0,033	1,042-2,596
Não	1,000	-	-	1,000	-	-
Água encanada em casa						
Sim	0,537	0,009	0,338-0,853	0,564	0,024	0,343-0,926
Não	1,000	-	-	1,000	-	-
Uso de cigarro na gestação						
Sim	3,901	0,000	2,609-5,831	2,581	0,000	1,672-3,984
Não	1,000	-	-	1,000	-	-
Consumo de bebida alcoólica na gestação						
Sim	2,097	0,000	1,492-2,946	1,494	0,034	1,031-2,166
Não	1,000	-	-	1,000	-	-

que o apoio conjugal estaria associado à diminuição do estresse emocional e da depressão, bem como ao aumento da auto-estima da mãe adolescente^{18,19}.

Entre as adolescentes entrevistadas, 9,4% relataram ter tentado abortar o bebê, expressão máxima do não desejo de levar a termo a gestação. Pôde-se constatar que entre elas foi realizado um menor número de consultas de pré-natal.

A proporção de usuárias de drogas ilícitas neste grupo foi de 0,8% (15 gestantes adolescentes). Embora numericamente pequeno, esse valor foi quatro vezes maior do que o identificado em estudo desenvolvido em Helsink, Finlândia, onde a proporção encontrada foi de 0,2% nas gestantes em geral. Após trabalho voltado para redução ou mesmo interrupção do hábito, os resultados de prematuridade, baixo peso ao nascer e Apgar foram significativamente melhores nas que foram acompanhadas pelo programa²⁰.

No presente trabalho, não foi possível obter a informação sobre o consumo de bebida alcoólica ou drogas ilícitas pela adolescente antes de engravidar, impossibilitando a avaliação do abandono desses hábitos.

No âmbito deste estudo, foi possível perceber que tanto as adolescentes que fumaram, quanto as que beberam e/ou consumiram drogas na gestação fizeram um número menor de consultas comparadas às demais. As informações disponíveis neste banco de dados mostram que esses fatores apresentam-se interligados e com outras características desfavoráveis, como: baixo grau de escolaridade, filhos anteriores, história pregressa de aborto provocado, idade entre 10 e 14 anos na primeira gestação, falta de apoio do pai do bebê, tentativa de interromper a gestação atual, entre outras, gerando um perfil da gestante com maior dificuldade de adesão ao programa de pré-natal.

Uma questão que merece destaque é a identificação de um gradiente na proporção de mães

Tabela 6b

Resultados da regressão logística multinomial, simples e múltipla, tendo como variável-resposta o número de consultas de pré-natal. 4-6 consultas em relação a 7 e mais consultas.

Variável/Categoria	OR bruto	Significância	IC95%	OR ajustado	Significância	IC95%
Nível de escolaridade						
≤ 4ª série	1,142	0,342	0,868-1,504	0,998	0,991	0,750-1,329
≥ 5ª série	1,000	-	-	1,000	-	-
Vive com o pai						
Sim	0,654	0,000	0,521-0,821	0,622	0,000	0,493-0,786
Não	1,000	-	-	1,000	-	-
Filhos nascidos vivos anteriores						
Sim	1,745	0,000	1,355-2,247	1,786	0,000	1,347-2,321
Não	1,000	-	-	1,000	-	-
Tentou interromper essa gestação						
Sim	1,337	0,135	0,913-1,958	1,113	0,592	0,752-1,649
Não	1,000	-	-	1,000	-	-
Água encanada em casa						
Sim	0,709	0,083	0,481-1,046	0,680	0,058	0,457-1,013
Não	1,000	-	-	1,000	-	-
Uso de cigarro na gestação						
Sim	1,909	0,001	1,323-2,756	1,632	0,012	1,113-2,394
Não	1,000	-	-	1,000	-	-
Consumo de bebida alcoólica na gestação						
Sim	1,309	0,066	0,982-1,744	1,136	0,406	0,841-1,533
Não	1,000	-	-	1,000	-	-

que abandonaram o fumo na gestação na mesma direção em que cresceu o número de consultas realizadas. Embora não se possa afirmar que esses resultados sejam efeitos do pré-natal no grupo das adolescentes, podendo ser meramente resultado de auto-seleção das gestantes, essa evidência merece investigação particular e encontra suporte na literatura internacional. O efeito do conselho médico na redução desses hábitos foi avaliado por Jones-Webb et al.²¹, que encontraram que a prevalência de tabagismo e etilismo na gestação foi menor em gestantes aconselhadas em comparação com as demais.

Os achados deste estudo levam a refletir sobre o papel do serviço de saúde na captação deste grupo excluído para o qual, certamente, o pré-natal teria um efeito fundamental sobre o resultado da gestação. Vimos que as adolescentes que já haviam vivenciado a experiência de ter pelo menos um nascido vivo anterior, 26% das mães, freqüentaram menos os servi-

ços de saúde nesta gravidez. Uma gestação anterior deveria ter sido o momento adequado para o encaminhamento da adolescente a uma assistência multiprofissional no serviço de saúde²². A perda dessas “oportunidades” acabam por produzir uma atuação menos efetiva da equipe, refletindo diretamente na saúde da adolescente, deixando de prevenir uma nova gestação em curto prazo, junto ao serviço de anticoncepção e orientação sobre a necessidade de um intervalo mínimo de dois anos entre os partos. Caso a gravidez já tenha ocorrido, cabe ao serviço garantir o encaminhamento da gestante ao pré-natal o mais precocemente possível.

A implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Município do Rio de Janeiro deverá ter um papel fundamental enquanto ponte entre comunidade e serviço de saúde, através de busca ativa de gestantes no estágio inicial, encaminhando-as ao Programa de Pré-natal e buscando as faltosas. Enfim, criado o

vínculo entre a gestante e o serviço, aumenta a chance de acompanhamento materno regular no período pré, peri e pós-natal, propiciando cuidados com o bebê desde a gestação, encaminhando-o para consultas de puericultura/pediatria e serviço de imunização, garantindo, assim, melhores resultados em seu primeiro ano de vida.

Analisando os motivos citados pelas gestantes que não fizeram o pré-natal (5,2%), a falta de interesse e a desinformação representaram mais de 40,0% das justificativas apresentadas pelas mães. Fedak et al.⁹ mostraram que a reformulação do pré-natal com base na deman-

da das próprias adolescentes garantiu um aumento expressivo no número de participantes no programa.

De acordo com resultados encontrados por Amazarray et al.²³ em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a participação das adolescentes em programa de assistência pré-natal é considerada uma experiência interessante e válida, especialmente por esclarecer dúvidas e por proporcionar uma conscientização da condição de mãe, assim como um maior amadurecimento pessoal. Outros estudos, no entanto, relatam dificuldades em conseguir a adesão do grupo das adolescentes ao atendimento pré-natal²⁴.

Resumo

Caracterizou-se o perfil das gestantes com pré-natal precário, segundo variáveis sócio-demográficas, história reprodutiva da mãe, apoio familiar, satisfação com a gestação e comportamentos de risco durante a gravidez. Foram entrevistadas 1.967 adolescentes no pós-parto imediato de maternidades públicas, conveniadas com o SUS e particulares no Município do Rio de Janeiro. A variável dependente foi o número de consultas de pré-natal (0-3; 4-6; 7 e mais). A análise estatística testou a hipótese de homogeneidade de proporções mediante análises bi e multivariada, com o uso de regressão logística multinomial, cuja categoria de referência da variável-resposta foi a realização de ≥ 7 consultas. Foram encontradas maiores proporções de 0-3 consultas nos grupos de mães com grau de escolaridade < 4ª série do ensino fundamental; que não têm água encanada; não vivem com o pai do bebê; tiveram nascidos vivos anteriores; não ficaram satisfeitas com a gestação; não tiveram apoio do pai do bebê; tentaram interromper a gestação e as que fumaram, beberam e/ou usaram drogas durante a gestação. Pode-se concluir que as mães com piores condições de vida e comportamentos de risco na gravidez foram as que mais ficaram à margem da assistência pré-natal.

Gravidez na Adolescência; Condições Sociais; Regressão Logística

Colaboradores

S. G. N. Gama participou de todas as etapas da análise e elaboração do texto. C. L. Szwarcwald foi responsável pela amostragem do estudo, colaborou em todas as etapas da análise e na revisão e redação final do artigo. A. R. Sabroza contribuiu no levantamento bibliográfico, na redação e na discussão dos resultados. V. C. Branco participou da redação da introdução e discussão dos resultados, além de ter contribuído com o levantamento bibliográfico sobre o tema. M. C. Leal colaborou na análise e interpretação dos resultados e na redação de todos os tópicos do artigo.

Referências

1. Scholl TO, Miller LK, Salmon RW, Cofsky MC, Shearer J. Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight. *Obstet Gynecol (Med World News)* 1987; 69:312-6.
2. Reichman NE, Kenney GM. Prenatal care, birth outcomes and newborn hospitalization costs: patterns among hispanics in New Jersey. *Fam Plann Perspect* 1998; 30:182-7.
3. Visintainer PF, Uman J, Horgan K, Ibaldo A, Verma U, Tejani N. Reduce risk of low births among indigent women receiving care from nurse-midwives. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54:233-8.
4. Silva RI, Theme Filha MM, Noronha CP. Sistema de informação sobre nascidos vivos na Cidade do Rio de Janeiro 1993/1996. *Inf Epidemiol SUS* 1997; 2:33-48.
5. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:153-61.
6. Alegria FVL, Schor N, Siqueira AAF. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Rev Saúde Pública* 1989; 23:473-7.
7. Wiemann CM, Berenson AB, Pino LG, McCombs SL. Factors associated with adolescents risk for late entry into prenatal care. *Fam Plann Perspect* 1997; 29:273-6.
8. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:74-80.
9. Fedak JM, Peart DE, Connolly LM. A teen-driven prenatal program. *Can Nurse* 1996; 92:51-2.
10. Mathias L, Nestarez JE, Kanan M, Newe B. Gravidez na adolescência IV – idade limite de risco reprodutivo entre adolescentes. *J Bras Ginecol* 1985; 95:141-3.
11. Donovan EF, Perlstein PH, Atherton HD, Kotagal UR. Prenatal care and infant emergency department use. *Pediatr Emerg Care* 2000; 16:156-9.
12. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:487-92.
13. Liu GG. Birth outcomes and the effectiveness of prenatal care. *Health Serv Res* 1998; 32:805-23.
14. Fleiss JL. *Statistical Methods for rates and proportions*. 2nd Ed. New York: John Wiley & Sons; 1981.
15. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 1993; 27:49-53.
16. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:131-9.
17. Fonseca JLCL. Paternidade adolescente: da investigação à intervenção. In: Arilha M, Ridenti SGU, Medrado B, organizadores. *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Editora 34/ECOS Comunicação em Sexualidade; 1998. p. 185-214.
18. Unger DG, Wandersman LP. The relation of family and partner support to the adjustment of adolescent mothers. *Child Dev* 1988; 59:1056-60.
19. Thompson MS, Peebles-Wilkins W. The impact of formal, informal and social support networks on the psychological well-being of black adolescent mothers. *Soc Work* 1992; 37:322-7.
20. Kukko H, Halmesmaki E. Prenatal care and counseling of female drug-abusers: effects on drug abuse and perinatal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78:22-6.
21. Jones-Webb R, McKiver M, Pirie P, Miner K. Relationships between physician advice and tobacco and alcohol use during pregnancy. *Am J Prev Med* 1999; 16:244-7.
22. Ruzany MH, Szwarcwald CL. Oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente: resultados do estudo-piloto. *Adolesc Latinoam* 2000; 2:26-35.
23. Amazarray MR, Machado PS, Oliveira VZ, Gomes WB. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. *Psicol Reflex Crit* 1998; 11:431-40.
24. Brabin L, Verhoeff F, Kazembe P, Brabin BJ, Chimsuku L, Broadhead R. Improving antenatal care for pregnant adolescents in southern Malawi. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77:402-9.

Recebido em 30/Out/2001

Versão final reapresentada em 06/Jun/2003

Aprovado em 19/Dez/2003