

Características das gestações de adolescentes internadas em maternidades do estado de São Paulo, 2011*

doi: 10.5123/S1679-49742014000200012

Characteristics of teenage pregnancies hospitalized in maternity hospitals in São Paulo state, Brazil, 2011

Maria Helena Prado de Mello Jorge

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil

Ruy Laurenti

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil

Sabina Léa Davidson Gotlieb

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil

Bruno Zoca de Oliveira

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil

Elaine Cristina Pimentel

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever as características das gestantes adolescentes internadas em hospitais no estado de São Paulo, Brasil. **Métodos:** estudo transversal realizado em seis maternidades públicas e privadas durante três meses de 2011, com adolescentes gestantes de 10 a 19 anos de idade, mediante entrevistas e consultas aos prontuários e cadernetas de pré-natal. **Resultados:** foram incluídas 1.448 gestantes adolescentes; houve 71 abortos, 16 natimortos e nove óbitos entre os 1.367 nascidos vivos (0,7%); a maioria das gestantes (79,8%) era primigesta, 11,7% referiram ter fumado, 8,8% consumiram álcool e 1,2% informaram uso de drogas ilícitas durante a gestação; a proporção de adolescentes de 10 a 14 anos que iniciaram o pré-natal ao terceiro trimestre (9,3%) foi maior do que aquela entre 15 e 19 anos (3,3%). **Conclusão:** observou-se elevada prevalência de fatores de risco gestacional entre as adolescentes, como tabagismo, consumo de álcool e início tardio do pré-natal.

Palavras-chave: Gravidez na Adolescência; Saúde Materno-Infantil; Estatísticas de Saúde; Epidemiologia Descritiva.

Abstract

Objective: to describe the characteristics of the pregnancy-puerperal cycle of hospitalized teenagers in the State of São Paulo, Brazil. **Methods:** this is a descriptive cross-sectional study conducted in five public and one private maternity hospitals over a three month period in 2011 with teenagers aged 10-19, through interviews and consulting medical records and antenatal care forms. **Results:** 1,448 pregnant teenagers were included in the study. There were 71 miscarriages and 16 stillbirths. Nine of the 1,367 live births died. 23.5% had Caesarean sections. For the majority (79.8%) it was their first pregnancy 11.7% reporting smoking, 8.8% alcohol use and 1.2% illicit drug use during pregnancy. The proportion of those aged 10-14 starting antenatal care in the third trimester of pregnancy (9.3%) was higher than among those aged 15-19 (3.3%). **Conclusion:** the results show the importance of the problem of teenage pregnancy and changes in their reproductive health care are recommended.

Key words: Pregnancy in Adolescence; Maternal and Child Health; Health Statistics; Epidemiology, Descriptive.

* Estudo financiado com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (Projeto n° 09/53253-8)

Endereço para correspondência:

Maria Helena Prado de Mello Jorge – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, Av. Dr. Arnaldo, n° 715, Pacaembu, São Paulo-SP, Brasil. CEP: 01246-904
E-mail: mhpjorge@usp.br

Introdução

Estudos demográficos evidenciam importantes transformações na fecundidade, no Brasil. O número de filhos por mulher teve declínio ininterrupto desde a década de 1940, com redução de 6,2 para pouco mais de 2 filhos/mulher no início do século XXI.¹

Essa queda, entretanto, mostrou comportamento anômalo no que se refere às adolescentes, que revelaram declínio bem mais lento no grupo de 15 a 19 anos e ascensão, ainda que leve, no de 10 a 14 anos de idade.² Uma possível explicação para essa situação é a de que a atividade sexual está se iniciando cada vez mais cedo^{3,4} e, nesse sentido, os dados oficiais mostram que, do total de nascidos vivos no país, cerca de 20% são filhos de mães adolescentes.^{5,6} O mesmo acontece com os nascidos mortos, grupo no qual a proporção de mães entre 10 e 19 anos de idade equivale a 16%.⁶

Do total de nascidos vivos no país, cerca de 20% são filhos de mães adolescentes.

No que tange às gestações terminadas em aborto, entre 2000 e 2010, ocorreram cerca de 40.000 atendimentos de adolescentes/ano com essa finalidade, no Brasil, somente nos hospitais próprios ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS). Laurenti e Mello Jorge⁶ estimaram, a partir desses valores, taxa de 3,7 gestações para cada mil adolescentes entre 10 e 14 anos e de 69,8 gestações para cada mil jovens de 15 a 19 anos, no mesmo período.

Ao lado de aspectos da área da Saúde, a gestação em adolescentes também causa impacto relevante na área social, fazendo com que muitas delas adiem sua frequência à escola, quando não abandonam os estudos, além de um retardo de sua entrada no mercado de trabalho.⁷ Autores chamam a atenção para o fato de as repercussões da gravidez em adolescentes serem maiores na área psicossocial do que seu reflexo na área biológica.^{3,8}

Entre os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, destacam-se a queda da mortalidade infantil e da mortalidade materna como metas a serem alcançadas.

O objetivo deste trabalho foi descrever as características de gestantes adolescentes e do produto de

sua gestação em seis hospitais no estado de São Paulo (SP), Brasil, no ano de 2011.

Métodos

Estudo transversal, descritivo, parte da pesquisa 'Estudo do Binômio Mãe-filho: uma imperiosa necessidade para atingir os objetivos do milênio' que investigou mulheres (internadas em maternidades) de todas as idades. Para este manuscrito, foram apresentados dados referentes às adolescentes entre 10 e 19 anos de idade que tiveram aborto ou parto, internadas em hospitais-maternidades do estado de São Paulo.

Sete hospitais foram convidados, todavia um deles não aceitou participar da pesquisa. Assim, o estudo foi realizado em seis hospitais: quatro localizados na Capital e dois no interior (Baururu-SP e Jundiá-SP). Com base no levantamento da Prefeitura Municipal de São Paulo-SP realizado em 2008 (dados não publicados), foram escolhidos os hospitais de maior porte, com média mensal de atendimentos equivalentes a 500 partos/mês. Cinco desses hospitais eram próprios ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) e um realizava apenas atendimentos privados.

A coleta de dados foi realizada em cada hospital durante três meses, entre agosto e dezembro de 2011. Foram convidadas a participar da pesquisa todas as mulheres internadas nos estabelecimentos avaliados, durante o período de coleta de dados. Foram excluídas da pesquisa as estrangeiras que apresentaram dificuldade de comunicação na língua portuguesa.

Os dados foram obtidos diretamente, em entrevistas com as adolescentes internadas, e mediante coleta de dados de prontuários hospitalares, cartão de pré-natal e assemelhados, anotados em formulário específico. Foram levantadas variáveis sociodemográficas, antecedentes pessoais de morbidade específica, história gestacional pregressa e atual.

Entre as variáveis sociodemográficas, investigou-se: cor/raça (branca, preta, parda, amarela e indígena); escolaridade (Ensino Fundamental completo e incompleto, Ensino Médio, Ensino Superior e Técnico); se estava trabalhando (sim/não); situação marital (com quem vive); e idade materna no momento do parto/aborto. Sobre a história gestacional pregressa, foram coletados o número de gestações anteriores e pro-

blemas existentes. Para descrição dos dados, foi feita a seguinte categorização em duas faixas etárias: 10 a 14 e de 15 a 19 anos, de acordo com recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para estudos epidemiológicos.⁹ Do ponto de vista obstétrico, o perfil das adolescentes gestantes de 15 e 16 anos se aproxima muito mais do grupo etário de 10 a 14, enquanto as de 17, 18 e 19 anos assemelham-se às da faixa de 20 a 24 anos.³ Essa subdivisão foi empregada pelos autores nas variáveis relativas às características maternas e do concepto.

Sobre a história da gestação atual, foi investigada a existência de consulta de pré-natal (sim/não), o trimestre da gestação quando ocorreu a 1ª consulta, número de consultas realizadas, presença de hábitos como fumar, consumir bebida alcoólica e usar drogas ilícitas durante a gestação (sim/não), ocorrência de acidentes e violência (incluindo violência física, emocional e eventos estressantes como morte de familiar, conflitos de família e prisão de companheiro),¹⁰ problemas de saúde (sim/não), duração da gestação (em semanas, conforme registro no prontuário) e seu desfecho (aborto ou parto). As causas obstétricas foram classificadas em diretas e indiretas.¹¹

Os problemas de saúde foram classificados em: sugeridos e referidos. Os primeiros foram questionados mediante apresentação, a cada participante, de uma lista de 15 problemas: ameaça de aborto; anemia; convulsões/ataques; diabetes; gestação prolongada; hemorragia/sangramento; hepatite; infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/aids); infecção urinária; pressão alta; sífilis; toxoplasmose; varizes; vermes/verminose; e vômitos exagerados. Os problemas referidos foram aqueles citados voluntariamente, pelas mulheres. Entre eles, observaram-se anotações sobre casos positivos para *Streptococo betahemolítico* do grupo B.¹²

Foi considerado como aborto a gravidez interrompida até 21 semanas completas de gestação, segundo as regras internacionais.¹¹

Em relação ao concepto, as variáveis consideradas foram: sexo (masculino, feminino, ignorado e indeterminado); peso ao nascer [<1.000 gramas, 1.000 a 2.499 gramas e ≥ 2.500 gramas]; os produtos nascidos vivos e nascidos mortos foram classificados em peso adequado (≥ 2.500 g) e baixo peso (<2.500 g)]; tipo de parto (vaginal, cesáreo, a fórceps e ignorado); tipo de concepto (nascido vivo/nascido morto); presença

de anomalias congênitas e outras doenças (conforme registro no prontuário); e tipo de saída (alta/óbito/transferência). O índice de Apgar (número) foi medido no 1º e no 5º minutos de vida e a comparação de seus valores entre esses dois momentos indica evolução do estado de saúde do nascido vivo, à custa, inclusive, de manobras de ressuscitação praticadas na sala de parto.

Para a variável relativa ao pré-natal (se fez, e o mês de início do atendimento), foi realizada a comparação com gestantes das faixas etárias de 20 a 34 e 35 ou mais anos.

A realização desta pesquisa foi autorizada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Protocolo nº 2188/11) e de cada hospital participante. As gestantes foram formalmente integradas ao estudo após serem esclarecidas sobre todas as etapas previstas para o estudo e, sob essa condição, elas, ou seus responsáveis, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os princípios éticos expostos na resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS nº 466/2013 foram seguidos em todas as etapas da pesquisa, assim como na divulgação de seus resultados.

Resultados

A população deste estudo constituiu-se de 1.448 adolescentes, 20,5% do total das 7.058 mulheres participantes da pesquisa. Nenhuma adolescente recusou-se a participar da pesquisa. Menos de 5% das gestações de adolescentes terminaram em aborto. Foram gerados 1.383 conceptos (11 gestações gemelares), sendo 16 (1,2%) nascidos mortos e 1.367 (98,8%) nascidos vivos. Ocorreram nove óbitos (0,7%) entre os nascidos vivos, durante o período de internação no mesmo hospital de ocorrência do parto. Com relação à idade da mãe, a mais jovem tinha 12 anos e teve gravidez gemelar. A maioria das mães adolescentes era primigesta e quanto à duração da gestação, em oito casos, esteve abaixo de 37 semanas.

Aproximadamente metade das adolescentes (50,7%) tinha até o Ensino Fundamental completo, cerca de 20% trabalhavam à época da internação e a maioria era primigesta (79,8%) (Tabela 1). Quanto aos hábitos das adolescentes, 11,7% referiram ter fumado, 8,8% consumiram álcool e 1,2% usaram drogas ilícitas durante a gestação. Declararam ter sofrido acidentes durante a gestação, 11,7%, principalmente

Tabela 1 – Número e proporção (%) de adolescentes segundo faixa etária (em anos) e características maternas em seis hospitais, São Paulo, 2011

| Características maternas | 10-14 | | 15-19 | | TOTAL | |
|-------------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | n=60 | | n=1.388 | | n=1.448 | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Cor/raça | | | | | | |
| Branca | 25 | 41,7 | 580 | 41,8 | 605 | 41,8 |
| Preta | 5 | 8,3 | 137 | 9,9 | 142 | 9,8 |
| Parda | 30 | 50,0 | 600 | 43,2 | 630 | 43,5 |
| Amarela | – | – | 19 | 1,4 | 19 | 1,3 |
| Indígena | – | – | 10 | 0,7 | 10 | 0,7 |
| Sem resposta | – | – | 42 | 3,0 | 42 | 2,9 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Nenhuma | – | – | 2 | 0,1 | 2 | 0,1 |
| Ensino Fundamental incompleto | 38 | 63,3 | 240 | 17,3 | 278 | 19,2 |
| Ensino Fundamental completo | 19 | 31,7 | 715 | 51,5 | 734 | 50,7 |
| Ensino Médio completo | 2 | 3,33 | 364 | 26,2 | 366 | 25,3 |
| Ensino Superior | – | – | 3 | 0,2 | 3 | 0,2 |
| Ensino Técnico | – | – | – | – | – | – |
| Ignorada | 1 | 1,7 | 64 | 4,6 | 65 | 4,5 |
| Ocupação | | | | | | |
| Estudante | 19 | 31,7 | 122 | 8,8 | 141 | 9,7 |
| Não trabalha | 35 | 58,3 | 907 | 65,3 | 942 | 65,1 |
| Desempregada | 3 | 5,0 | 57 | 4,1 | 60 | 4,1 |
| Trabalha | 2 | 3,3 | 272 | 19,6 | 274 | 18,9 |
| Ignorada | 1 | 1,7 | 30 | 2,2 | 31 | 2,2 |
| Situação marital | | | | | | |
| Vive só | – | – | 12 | 0,9 | 12 | 0,8 |
| Vive com marido/companheiro | 20 | 33,3 | 856 | 61,7 | 876 | 60,5 |
| Vive com outros familiares | 40 | 66,7 | 503 | 36,2 | 543 | 37,5 |
| Vive com filhos | – | – | 5 | 0,4 | 5 | 0,4 |
| Ignorada | – | – | 12 | 0,9 | 12 | 0,8 |
| Gestações anteriores | | | | | | |
| Nenhuma | 58 | 96,7 | 1098 | 79,1 | 1156 | 79,8 |
| 1-2 | 2 | 3,3 | 284 | 20,5 | 286 | 19,8 |
| 3-4 | – | – | 4 | 0,3 | 4 | 0,3 |
| Ignorada | – | – | 2 | 0,1 | 2 | 0,1 |

vítimas de quedas, e 2,4% relataram ter sofrido violência na gestação atual.

A maioria das adolescentes recebeu atendimento pré-natal: 52,1% compareceram em sete a onze consultas e 7,5%, em 12 ou mais, totalizando 59,6% com

ao menos sete consultas. Adolescentes de 10 a 14 anos iniciaram mais tardiamente o pré-natal, quando comparadas àquelas com 15 a 19 anos de idade (Tabela 2).

Verificou-se que três produtos de parto com idade gestacional inferior a 22 semanas foram incluídos

Tabela 2 – Número e proporção (%) de gestantes que tiveram parto, segundo faixa etária (em anos) e trimestre do início das consultas de pré-natal em seis hospitais, São Paulo, 2011

| Pré-natal | 10-14 | | 15-19 | | 20-34 | | 35 e mais | | Total | |
|------------------------|-----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % |
| SIM | | | | | | | | | | |
| 1º trimestre | 29 | 53,7 | 802 | 60,9 | 2.901 | 63,7 | 404 | 66,8 | 4.136 | 63,3 |
| 2º trimestre | 15 | 27,8 | 326 | 24,7 | 924 | 20,3 | 112 | 18,5 | 1.377 | 21,1 |
| 3º trimestre | 5 | 9,3 | 44 | 3,3 | 138 | 3,0 | 26 | 4,3 | 213 | 3,3 |
| Ignora o mês de início | 4 | 7,4 | 128 | 9,7 | 531 | 11,7 | 51 | 8,4 | 714 | 10,9 |
| NÃO | 1 | 1,8 | 16 | 1,2 | 52 | 1,1 | 10 | 1,7 | 79 | 1,2 |
| IGNORADO | – | – | 2 | 0,2 | 7 | 0,2 | 2 | 0,3 | 11 | 0,2 |
| Total | 54 | 100,0 | 1.318 | 100,0 | 4.553 | 100,0 | 605 | 100,0 | 6.530 | 100,0 |

Nota:

Não estão incluídas as gestantes que tiveram aborto (n=528)

entre os conceptos (nascidos vivos ou mortos), embora tivessem sido considerados como aborto pelos hospitais (Tabela 3).

A duração da gestação esteve concentrada na classe de 37 a 41 semanas (88,4%), estando abaixo de 37 semanas cerca de 10% dos conceptos nascidos vivos e mortos. A maioria dos partos foi vaginal (64,4%). Entre as gestantes com 10 a 14 anos de idade, observou-se maior frequência de uso de fórceps (23,2%) em relação àquelas de 15 a 19 anos (11,7%). Todas as adolescentes tiveram alta médica, não obstante três delas terem apresentado morbidade por complicações ou má evolução no pós-parto ou puerpério imediato, sendo submetidas a atendimento em unidade de tratamento intensivo (UTI). Em dois desses casos, foi realizada histerectomia.

Entre as adolescentes não primigestas (n=290), a quase totalidade (n=288) tinha entre 15 e 19 anos e destas, 50 (17,4%) informaram complicações na gestação anterior. As causas mais comuns dessas complicações foram ‘Transtornos maternos ligados à gravidez’, ‘Gravidez que termina em aborto’ e ‘Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte’. Neste último agrupamento, incluem-se causas obstétricas indiretas, na proporção de 24%. Portanto, as causas obstétricas diretas foram os problemas predominantes em gestações anteriores (76,0%).

Na gestação atual, foram observadas complicações em 931 adolescentes (64,3%). As 40 adolescentes com menos de 15 anos informaram a ocorrência de 55 problemas sugeridos e 17 referidos, de um total de 72 problemas relatados (1,8 problemas por mulher). Observou-se predominância de infecção urinária, vômitos exagerados e anemia (Tabela 4).

Entre as adolescentes de 15 a 19 anos, foram identificados 1.214 problemas sugeridos e 265 referidos, perfazendo 1.479 (1,7 problemas/mulher), dos quais infecção urinária, anemia e vômitos exagerados, nesta ordem, foram os principais. Houve a menção de 91 casos de hipertensão como problema (Tabela 4). Detectou-se um conjunto de casos com resultado positivo para *Streptococo betahemolítico* do grupo B, nos problemas referidos.

Com relação aos conceptos, houve predomínio do sexo masculino, entre nascidos mortos e nascidos vivos: razões de sexo de 1,6 e 1,1 menino para cada menina, respectivamente.

O peso médio ao nascer foi de 1.832g entre os nascidos mortos e de 3.201g entre os nascidos vivos. Os pesos mínimos e máximos foram, respectivamente, de 410g e 4.795g para nascidos mortos e de 355g e 5.475g para os nascidos vivos.

O índice de Apgar, medido no 1º e no 5º minutos de vida, mostrou valores adequados – entre 8 e 10 – para

Tabela 3 – Número e proporção (%) de adolescentes segundo faixa etária (em anos), duração e desfecho da gestação em seis hospitais, São Paulo, 2011

| Desfecho/duração da gestação | 10-14 | | 15-19 | | Total | |
|---------------------------------------|-----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Interrupção | | | | | | |
| Aborto | 6 | (100,0) | 65 | (92,9) | 71 | (93,4) |
| Gravidez ectópica | – | – | 4 | (5,7) | 4 | (5,3) |
| Mola hidatiforme | – | – | 1 | (1,4) | 1 | (1,3) |
| Subtotal | 6 | 10,0 | 70 | 5,0 | 76 | 5,2 |
| Parto (em semanas de gestação) | | | | | | |
| <22 | 1 | (1,9) | 2 | (0,2) | 3 | (0,2) |
| 22-27 | – | – | 16 | (1,2) | 16 | (1,2) |
| 28-36 | 4 | (7,4) | 120 | (9,1) | 124 | (9,0) |
| 37-41 | 48 | (88,9) | 1.164 | (88,3) | 1.212 | (88,4) |
| ≥42 | – | – | 11 | (0,8) | 11 | (0,8) |
| Ignorado | 1 | (1,9) | 5 | (0,4) | 6 | (0,4) |
| Subtotal | 54 | 90,0 | 1.318 | 95,0 | 1.372 | 94,8 |
| Total | 60 | 100,0 | 1.388 | 100,0 | 1.448 | 100,0 |

Nota:

Os valores entre parênteses representam frequências relativas, calculadas em relação aos subtotais.

85,2% dos nascidos vivos no 1º minuto e para 97,5% dos nascidos vivos no 5º minuto. Após a saída da sala de parto, a maioria dos recém-nascidos (1.201) foi encaminhada ao alojamento conjunto (87,9%), 102 ao berçário (7,5%) e 4,5% à UTI (62 casos), tendo ocorrido dois óbitos na sala de parto. O tipo de saída mostrou 98,8% de alta, nove óbitos, quatro transferências e três casos sem definição de alta até o término desta pesquisa.

Do total de nascidos vivos de mães adolescentes (1.367), nove (0,66%) chegaram a óbito. A distribuição dos nascidos vivos que faleceram na sala de parto ou durante a internação, segundo algumas variáveis das mães, da gestação, do parto e do nascido vivo, é apresentada na Tabela 5.

Quanto à idade ao morrer dos nascidos vivos, mais da metade dos óbitos ocorreu nas primeiras 24 horas; variando de zero a 33 dias. Salienta-se que houve

cinco óbitos por prematuridade extrema e sofrimento fetal, decorrentes de gemiparidade e toxoplasmose, e dois casos de anomalias congênitas, um por sepse neonatal consequente à ruptura prematura de membranas e um de anoxia por bolsa rota protusa.

Discussão

Entre os achados da pesquisa, alguns se destacam pela importância e/ou originalidade, como o elevado uso/consumo de fumo, álcool e drogas durante a gestação, o início mais tardio do atendimento pré-natal e a ocorrência de enfermidades durante a gravidez, bem como o número elevado de cesáreas e a alta proporção de produtos com anomalias congênitas, em relação aos dados oficiais.

A maioria das gestantes incluídas no presente estudo era primigesta, e aproximadamente um quinto teve

Tabela 4 – Número de problemas de saúde (sugeridos e referidos) na gestação atual de adolescentes, segundo tipo e faixa etária, em seis hospitais, São Paulo, 2011

| Problemas | 10 a 14 (n=40) | 15 a 19 (n=891) | Total (n=931) |
|--------------------------------|-------------------|--------------------|------------------|
| Sugeridos | | | |
| Ameaça de aborto | 1 | 26 | 27 |
| Anemia | 12 | 243 | 255 |
| Convulsões/ataques | – | 3 | 3 |
| Diabetes | – | 17 | 17 |
| Gestação prolongada | – | 8 | 8 |
| Hemorragia/sangramento | 1 | 75 | 76 |
| Hepatite | – | 3 | 3 |
| Infecção HIV/aids ^a | 1 | 5 | 6 |
| Infecção urinária | 19 | 542 | 561 |
| Pressão alta | 3 | 88 | 91 |
| Sífilis | – | 14 | 14 |
| Toxoplasmose | 2 | 15 | 17 |
| Varizes | – | 10 | 10 |
| Verme/verminose | 2 | 3 | 5 |
| Vômitos exagerados | 14 | 162 | 176 |
| Subtotal | 55 | 1.214 | 1.269 |
| Referidos | 17 | 265 | 282 |
| Total | 72 | 1.479 | 1.551 |

a) HIV/aids: vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida

parto cesáreo. Adolescentes de 10 a 14 anos iniciaram mais tardiamente o pré-natal quando comparadas àquelas entre 15 e 19 anos de idade. A proporção de adolescentes no total de gestantes é semelhante à encontrada em estudos análogos.^{13,14} Em relação aos nascidos vivos de adolescentes, dados oficiais para o Brasil do fim da década de 1990 evidenciavam representatividade de quase a quarta parte do total, enquanto em 2010, mostrava-se praticamente iguais a 20%.¹⁵

A mais jovem gestante da pesquisa contava 12 anos de idade. Estudo em hospital público de São Paulo-SP¹³ encontrou 5,2% das gestantes atendidas com idade

abaixo de 14 anos, valor próximo ao obtido nesta pesquisa (4,1%). Quanto ao número de gestações anteriores, cerca de 80% eram primigestas, frequência muito próxima à de outro estudo, embora com valor ligeiramente inferior (78,4%); e superior para as demais situações (18,5% com uma gestação e 3,1% com duas gestações anteriores).¹⁴

Indiscutível é a importância de usufruir de um bom serviço de pré-natal, fator que mais contribui para a saúde materna e do conceito; aqui, detectou-se que apenas 4,4% das adolescentes não realizaram essa consulta. A ausência de atendimento pré-natal foi jus-

Tabela 5 – Número de óbitos de recém-nascidos, filhos de mães adolescentes, segundo faixa etária (em anos) e algumas características maternas e do concepto, em seis hospitais, São Paulo, 2011

| Características maternas e do concepto | 10 a 14 (2) | 15-16 (2) | 17 a 19 (5) | TOTAL (9) |
|---|----------------|--------------|----------------|--------------|
| Escolaridade | | | | |
| Ensino Fundamental completo | 2 ^a | 2 | 3 ^b | 7 |
| Ensino Médio completo | – | – | 2 | 2 |
| Primigesta | | | | |
| Sim | 2 | 2 | 3 | 7 |
| Não | – | – | 2 | 2 |
| Pré-natal (em nº de consultas) | | | | |
| Nenhuma | 2 | – | – | 2 |
| <7 | – | 1 | 4 | 5 |
| ≥7 | – | 1 | 1 | 2 |
| Duração da gestação (em semanas) | | | | |
| <22 | 2 | – | – | 2 |
| 22-27 | – | – | 4 | 4 |
| 28-36 | – | 1 | 1 | 2 |
| 37-41 | – | 1 | – | 1 |
| ≥42 | – | – | – | 1 |
| Tipo de parto | | | | |
| Vaginal | – | 1 | 4 | 5 |
| Cesário | 2 | – | 1 | 3 |
| Fórceps | – | 1 | – | 1 |
| Peso ao nascer (em gramas) | | | | |
| <1.000 | 2 | – | 4 | 6 |
| 1.000 a 2.499 | – | 1 | 1 | 2 |
| ≥2.500 | – | 1 | – | 1 |
| Idade ao morrer | | | | |
| <24 horas | 2 | 2 | 1 | 5 |
| 1-6 dias | – | – | 2 | 2 |
| ≥7 dias | – | – | 2 | 2 |
| Presença de anomalias | | | | |
| Sim | – | 1 | 1 | 2 |
| Não | 2 | 1 | 4 | 7 |
| Presença de enfermidades | | | | |
| Sim | 2 | 1 | 5 | 8 |
| Não | – | 1 | – | 1 |

a) cursando

b) um, cursando.

tificada por algumas adolescentes, que relataram desconhecer o fato de estarem grávidas, e por outras, que não consideravam necessária sua realização. Alguns autores referem que, entre gestantes adolescentes, o pré-natal é iniciado mais tardiamente,¹⁶ pelo motivo de esconderem a gravidez da família e demorarem a assumir a gestação, o que se confirmou na presente pesquisa.

Considerando-se o tipo de parto, em 1985, a OMS preconizava proporção populacional de cesárea entre 5 e 15%.¹⁷ Esses valores, entretanto, são superiores e vêm aumentando, no mundo.¹⁸ Nesta pesquisa, a proporção de cesáreas foi igual a 23,5%, valor elevado se comparado ao intervalo-padrão recomendado pela OMS,¹⁸ sendo que vários autores chegaram a resultados semelhantes.^{18,19} É importante salientar, contudo, que os hospitais participantes desta pesquisa atendiam, predominantemente, usuários do SUS.

Barros²⁰ destaca que, em pesquisas com gestantes no início da gravidez, a grande maioria delas mostra desejo de que o parto seja via vaginal. Porém, no decorrer da gestação, esse desejo modifica-se e, ao final, apresenta um declínio proporcional significativo. No Brasil, a realização de parto cesáreo elevou-se de 38%, em 2000, para 52,3% dos nascidos vivos em 2010, aumento ocorrido em todos os grupos etários maternos. Especialmente nas adolescentes, o acréscimo foi de 42%.⁵ Tão elevada incidência, demonstrada desde a década de 1990, levou Mello Jorge e colaboradores²¹ (1993) a alertarem para o perigo representado por esses dados, que permitiam prever sucessivos partos cirúrgicos em gestações posteriores. Outros autores também discutem o assunto.⁸

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Apesar disso, há pequena parcela de gestantes que, em razão de características específicas, ou por algum agravo, apresenta maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de 'gestantes de alto risco'.²² O simples fato de ser adolescente tem sido considerado um desses fatores, restando, entretanto, uma indefinição quanto ao momento de corte a ser feito na idade mínima. O próprio Ministério da Saúde, baseando-se em quadro de risco apresentado por Tedesco,²² estabeleceu o limite de 16/17 anos e, a partir de 2010, considera 'gravidez de risco' a de adolescentes menores de 15 anos.²³

No que se refere aos conceitos internacionais do evento, não se verificou, nesses hospitais, qualquer confusão entre nascido vivo e nascido morto. Contudo, entre este grupo e o de abortos, detectaram-se vários casos considerados erroneamente como aborto quando, a rigor, eram nascidos mortos.

Segundo a definição internacional, óbito fetal é todo produto de gestação que, ao ser expulso ou extraído do corpo da mãe, não apresenta qualquer sinal de vida.^{11,24} Porém, o conceito de nascido morto não está claramente estabelecido nas disposições internacionais. Considerando-se o limite inferior do tempo de gestação para a mortalidade perinatal – 22 semanas –, determinou-se que deva ser este, também, o corte a ser feito para a obtenção do número de nascidos mortos. Critérios ponderais, além do tempo gestacional, foram estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina, ficando o peso igual ou maior que 500g ou estatura igual ou superior a 25 cm como as características exigidas para a complementação desse conceito.²⁵ Apesar disso, alguns desses produtos foram considerados como aborto nos hospitais onde o evento se deu, dificultando o resgate de algumas informações importantes. Fica clara a necessidade de um reforço junto às instituições no sentido de desenvolver programas de capacitação dos profissionais.

Entre as características que exercem influência sobre o estado de saúde e sobrevivência do recém-nascido, destacam-se a idade gestacional, o peso ao nascer, o valor do índice de Apgar e a presença de anomalias congênitas. O peso ao nascer do conceito é, geralmente, menor em mães adolescentes.¹⁰ Comparando-se as idades maternas, enquanto (i) no grupo de 10 a 14 anos, a proporção de nascidos vivos de baixo peso foi de 10,7%, (ii) na faixa de 15 a 19, essa proporção correspondeu a 8,5%, (iii) nas idades entre 20 e 34 anos, ela foi de 7,5% e (iv) nas mães com mais de 35 anos ou mais, chegou a 12,7%. Além da diferença entre nascidos vivos e mortos, pesos médios ao nascer de filhos de mães adolescentes apresentam-se mais baixos do que os de mães nas demais idades.

Em estudos com objetivos semelhantes, em relação a adolescentes e peso ao nascer de seus produtos, nota-se variabilidade nas proporções de baixo peso em função da idade materna. Em instituição localizada na periferia de São Paulo-SP, os valores foram de 10,1% para as mães adolescentes e de 8,6% para

as de 20 a 34 anos de idade.¹³ Em Campinas-SP, a gravidez na adolescência não representou maior risco para ocorrência de baixo peso ao nascer.²⁶ Da mesma forma, em Ribeirão Preto-SP, estudo concluiu que, quando o risco para um nascimento a termo de baixo peso era ajustado para algumas variáveis relacionadas com o comportamento reprodutivo, esse mesmo risco mostrava-se menor para as adolescentes e este risco aumentava com a idade da mãe.²⁷ Diante dessas diferenças, há, pois, necessidade de mais estudos que elucidem o assunto.

Entre os nascidos vivos, 57 apresentaram anomalias congênitas (4,1% dos casos). Esse valor mostra-se bem mais elevado do que revelam os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) para o Brasil (0,8%) e, inclusive, para o município de São Paulo-SP (1,6%), onde há grande incentivo da Secretaria Municipal de Saúde para preenchimento dessa variável²⁸ na Declaração de Nascido Vivo. Anomalias congênitas e outras morbidades dos conceptos foram responsáveis pelo encaminhamento para a UTI, para hospitais de maior complexidade ou, ainda, pelos óbitos ocorridos.

Em relação aos óbitos, (i) a idade da mãe de dois nascidos vivos (gêmeos) era de apenas 12 anos, (ii) outros dois tinham mães de 15 e 16 anos, (iii) e para cinco, a mãe encontrava-se na faixa etária entre 17 e 19 anos. A maioria das mães era primigesta (77,8%). Em oito casos, a duração da gestação não alcançou 37 semanas, com reflexo importante no peso dos nascidos vivos; seis casos (66,7%) foram de extremo baixo peso (<1.000g) e dois casos (22,2%), entre 1.000 e 2.499g, também foram considerados como baixo peso, restando apenas um produto de gestação de 40 semanas (mãe de 16 anos, primigesta, parto com fórceps, com amniorrexe prematura; o concepto nasceu com 3.445g, valores de Apgar entre 8 e 10 no 1º e no 5º minutos, tendo chegado a óbito com 8 horas de vida, por sepse neonatal).

Quanto à idade ao morrer, verificou-se concentração de casos nas primeiras 24 horas, conforme esperado, haja vista que em todas as áreas onde a mortalidade infantil declinou, existe concentração de óbitos no período neonatal, e dentro desse período, na primeira semana de vida.²⁹ Estes resultados, provavelmente, não representam a totalidade dos óbitos, uma vez que quatro casos, por conta do estado de saúde comprometido por enfermidades importantes e falta de recursos nos hospitais de nascimento, foram transferidos para instituições

mais especializadas. Acresce-se, ademais, três casos sem alta médica até o momento do término desta pesquisa, havendo possibilidade de ocorrência de óbito posterior.

A causa da morte é extremamente importante quando se analisa o padrão de mortalidade, em qualquer idade, incluindo, obviamente, os recém-nascidos. Ainda que a qualidade do registro dessas causas nos prontuários médicos não tenha sido muito boa, foi possível, em todos os casos, descrever uma ou mais causas. Estas foram classificadas em maternas e fetais, sendo importante notar que as causas maternas estiveram, sempre, acompanhadas das causas fetais, não sendo a recíproca verdadeira.

Embora o trabalho possa ter apresentado algumas limitações – o fato de não se constituir uma amostra representativa de todas as gestantes do estado; e problemas no preenchimento dos prontuários –, seus resultados trouxeram importantes informações, capazes de contribuir para o estudo do binômio mãe adolescente-filho. Algumas delas, como o início mais tardio das consultas de pré-natal e a ocorrência de problemas de saúde durante a gestação – não disponíveis nos sistemas oficiais de informações em saúde –, representam aspectos a serem observados para evitar, por exemplo, o baixo peso ao nascer e permitir maior atenção à saúde das adolescentes e seus conceptos.

Adolescentes constituem, ademais, parte significativa da população no Brasil. Avanços relativos importantes, principalmente nos aspectos ligados à educação e à saúde, têm permitido a esse segmento da população uma maior qualidade de vida. Os resultados do presente estudo reforçam a necessidade da adoção de medidas ligadas à saúde e, principalmente, à informação^{3,6-8,30} para a mudança do comportamento reprodutivo das adolescentes.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos entrevistadores e aos hospitais que participaram desta investigação.

Contribuição dos autores

Laurenti R, Mello Jorge MHP e Gotlieb SLD contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo.

Oliveira BZ e Pimentel EC participaram da análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2010.
2. Simões CCS. A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas. São Paulo: A. Factor; 2006.
3. Guimarães E. Gravidez na adolescência. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
4. Vitale MSS. Adolescência e outros fatores de risco (nível econômico, cuidado pré-natal e tabagismo) como determinantes da prematuridade e baixo peso [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal do Estado de São Paulo; 2001.
5. Maranhão AGK, Vasconcelos AMN, Moura EC, Cortez-Escalante JJ, Reyes-Lecca R. Como nascem os brasileiros: características epidemiológicas e sociodemográficas dos nascimentos no Brasil de 2000 a 2010. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 13-27.
6. Laurenti R, Mello Jorge MHP. Adolescentes aspectos globais de sua saúde com ênfase nos problemas ligados à gravidez: relatório final apresentado à Organização Pan-Americana da Saúde: carta acordo (OPS-BR/CNT/1101180.001). São Paulo; 2011.
7. Aquino EML, Heilborn ML, Knaut D, Bozon M, Almeida MC, Araujo J, et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Cad Saude Publica. 2003 jan;19(suppl. 2):s377-88.
8. Pinto e Silva IA. A gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
9. Organización Panamericana de la Salud: la salud del adolescente y del joven en las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1985. 355 p. (Publicación Científica; 489).
10. Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidades básicas de saúde. Rev Psiq Clin. 2010;37(5):216-22.
11. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. rev. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 1995.
12. Peres TS. Colonização pelo Streptococcus do grupo B: prevalência, fatores de risco, características fenotípicas e genotípicas, no 3º trimestre de gestação atendidas nos serviços de referência materno-infantil de Goiânia, GO [dissertação]. Goiânia (GO): Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública. Universidade Federal de Goiás; 2009.
13. Perez Neto MIN, Segre CAM. Comparative analysis of gestations and frequency of prematurity and low birth weight among children of adolescent and adult mothers. Einstein (São Paulo). 2012 Jul-Sep;10(3):271-7.
14. Carniel EF, Zanolli ML, Almeida CAA, Morcillo AM. Características das mães adolescentes e seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez, em Campinas, SP, Brasil. Rev Bras Saude Mater Infant. 2006 out-dez;6(4):419-26.
15. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil-2011. Brasília; 2012.
16. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008 mai;30(5):224-31.
17. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985 Aug;2(8452):436-7.
18. Rattner D, Rabello Neto DL, Lanski S, Vilela MEA, Bastos MH. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 371-97.
19. Magalhães MLC, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho FHC, Almeida FML, Mattar R, et al. Gestação na

- adolescência precoce e tardia - há diferença nos riscos obstétricos? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006 ago;28(8):446-52.
20. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011 May;377:1863-76.
21. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Soboll MLMS, Almeida MF, Latorre MRDO. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatística de saúde. *Rev Saude Publica*. 1993 dez;27(suppl):1-46.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 164 p.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
24. Laurenti R, Mello Jorge MHP. O atestado de óbito. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 2007.
25. Ministério da Saúde (BR). Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A declaração de óbito: documento necessário e importante. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
26. Mariotoni GG, Barros Filho AA. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? *J Pediatr (Rio J)*. 1998 mar;74(2):107-13.
27. Silva AAM, Gomes UA, Bettiol H, Dal Bo CMR, Mucillo G, Barbieiri MA. Associação entre idade, classe social e hábito de fumar maternos com peso ao nascer. *Rev Saude Publica*. 1992 jun;26(23):150-4.
28. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Manual de Aperfeiçoamento no diagnóstico de anomalias congênitas. São Paulo; 2012.
29. Horovitz DDG, Llerena Junior JC, Mattos RA. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. *Cad Saude Publica*. 2005 jun-ago;21(4):1055-74.
30. Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2008.

Recebido em 20/08/2013
Aprovado em 18/02/2014