

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS / UFMG
FACULDADE DE MEDICINA**

Francisco Luiz Zaganelli

**ASPECTOS DO PERFIL SOCIAL DA GESTAÇÃO E DO PARTO
DA ADOLESCENTE E DA MULHER ADULTA E SUAS
REPERCUSSÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO.**

BELO HORIZONTE

2006

Francisco Luiz Zaganelli

**ASPECTOS DO PERFIL SOCIAL DA GESTAÇÃO E DO PARTO
DA ADOLESCENTE E DA MULHER ADULTA E SUAS
REPERCUSSÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da UFMG, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre
Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador: Prof.Dr.Roberto Assis Ferreira

BELO HORIZONTE

2006

Zaganelli, Francisco Luiz
Z18a Aspectos do perfil social da gestação e do parto da adolescente e da mulher adulta e suas repercussões sobre o recém-nascido/
Francisco Luiz Zaganelli. Belo Horizonte, 2006.
120f.
Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Medicina.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente
Orientador: Roberto Assis Ferreira
1.Gravidez na adolescência/estatística & dados numéricos
2.Idade materna 3.Escolaridade 4.Estado conjugal 5.Cuidado pré-natal/utilização 6.Prematuro 7.Recém-nascido de baixo peso
8.Asfixia neonatal 9.Anormalidade I.Título

NLM: WS 462
CDU: 618.2-053.7

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

Reitor: Ronaldo Tadeu Pena

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-reitor de Pós-graduação: Jaime Arturo Ramirez

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Francisco José Penna

Vice-diretor: Tarcizo Afonso Nunes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE –
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

Coordenador: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenador: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Colegiado:

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Prof^a Ivani Novato Silva

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof. Marcos Borato Viana

Prof^a. Regina Lunardi Rocha

Prof. Roberto Assis Ferreira

Rute Velasquez (Representante Discente)

A minha esposa Marta e aos meus filhos Francisco Junior, Fabricia e Frederico, que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos da minha vida, incentivando, dando força e mostrando que meus sonhos podem se concretizar.

Dedico a vocês esta dissertação, com eterna gratidão por tudo que fizeram e continuam fazendo, por mim.

AGRADECIMENTOS

A DEUS,

Que nos deu o dom da vida
Presenteou-nos com a liberdade
Abençoou-nos com a inteligência
Deu-nos a graça de lutarmos para a conquista dos nossos sonhos,
Ao Senhor, cabe o louvor e a glória.
A nós, só cabe agradecer!

A Marta, minha esposa e meus filhos Francisco Junior (Chico), Fabrícia e Frederico e meu sobrinho José Luiz Zaganelli Junior, pela presença constante, pela paciência, incentivo ao meu desafio e carinho para comigo.

A minha mãe Elisa Palassi e pai Galdino Luiz, que me deram os ensinamentos da vida e pelo apoio constante.

A meu irmão Prof.(UFES) Galdino Luiz e cunhadas Prof.^a (UFES) Maria das Graças (UFES) e Prof.^a (UFES) Margareth Vetis (UFES), irmão Marcio Luiz (Núcleo de Processamentos de Dados/UFES) pelo exemplo de pesquisadores e ajuda no momento oportuno.

A UFMG, aos professores e Sra. Egly da Conceição Vieira e Élen Cristina de Jesus funcionários da pós-graduação da UFMG pela valiosa troca de idéias e conhecimentos e pelo privilégio da oportunidade ímpar no meu aprimoramento científico.

Ao Prof.Roberto de Assis Ferreira, meu orientador, pela amizade, pelo seu jeito sereno e paciente de ensinar, por acreditar em mim e por me ensinar o caminho a seguir.

Ao Prof. (UFMG) José Silvério Santos Diniz, para mim um exemplo de verdadeiro mestre e pesquisador, pela sua amizade e simplicidade, por

acreditar em mim e por me orientar quando eu não sabia como iniciar esta jornada do conhecimento e da pesquisa.

Ao Prof. (UFMG) Joel Lamounier, pela sua amizade, atenção, confiança e segurança em me dar a mão em todos os momentos de minhas dúvidas e incertezas.

Ao Prof. (UFMG) Enrico Colosimo pela análise estatística, orientações e pela visão prática no tratamento dos dados estatísticos.

Ao Dr. Alexandre Sales, co-autor desta pesquisa, pela amizade, pela construção do banco de dados do HUCAM e pela persistência em me auxiliar no difícil caminho da busca do conhecimento científico.

Aos Professores do Departamento de Pediatria e, em especial, ao Prof. Luis Alcides Puppim, Prof.^a Márcia Brandão, Prof.^a Jane Tagarro, Prof. Sérgio Lamego,

Aos Professores do Departamento de Gineco-Obstetrícia da UFES, aos médicos, enfermeiros e funcionários da Maternidade, do ambulatório e do Serviço de Neonatologia do HUCAM.

A Professora Maria Luiza Barros Farias pela atenção e orientações. Às bibliotecárias da UFMG e da UFES Genaide. Gozzi de Lima e funcionário da biblioteca Charles Gonçalves (UFES). Ao Prof. Marcos Ferreira Santos pela ajuda na formatação desta dissertação.

Ao IBGE, aqui representado pelos funcionários Cláudio José Maltinti e Rosana Maria Calvet, pela atenção e atendimento diferenciado.

Aos colegas do Rotary e em especial aos companheiros do Clube Praia Comprida pelo estímulo ao meu projeto e pela compreensão.

REFLEXÃO

Falar é completamente fácil quando se tem palavras em mente que expressem sua opinião. Difícil é expressar por gestos e atitudes o que realmente queremos dizer, o quanto quer dizer, antes que a pessoa se vá.

Fácil é julgar as pessoas que estão sendo expostas pelas circunstâncias.

Difícil é encontrar e refletir sobre os seus erros, ou tentar fazer diferente, algo que já fez muito errado.

Fácil é ser colega, fazer companhia a alguém, dizer o que ele deseja ouvir.

Difícil é ser amigo para todas as horas e dizer sempre a verdade quando for preciso. E com confiança no que se diz.

Fácil é analisar a situação alheia e poder aconselhar sobre esta situação.

Difícil é vivenciar esta situação e saber o que fazer. Ou ter coragem para fazer.

Fácil é demonstrar raiva e impaciência quando algo o deixa irritado. Difícil é expressar o seu amor a alguém que realmente te conhece, te respeita e te entende. E é assim que perdemos pessoas especiais.

Fácil é mentir aos quatros ventos o que tentamos camuflar. Difícil é mentir para o nosso coração.

Fácil é ver o que queremos enxergar. Difícil é saber que nos iludimos com o que achávamos ter visto e admitir que nos deixamos levar, isso é difícil.

Fácil é dizer "oi" ou como vai?". Difícil é dizer adeus". Principalmente quando somos culpados pela partida de alguém de nossas vidas...

Fácil é abraçar, apertar as mãos, beijar de olhos fechados. Difícil é sentir a energia que é transmitida quando tocamos a pessoa certa.

Fácil é querer ser amado. Difícil é amar completamente. Amar de verdade, sem ter medo de viver, sem ter medo do depois. Amar e se entregar. E aprender a dar valor a quem realmente te ama.

Fácil é ouvir a música que toca. Difícil é ouvir a sua consciência. Acenando o tempo todo, mostrando nossas escolhas erradas.

Fácil é ditar regras. Difícil é segui-las. Ter a noção exata de nossas próprias vidas, ao invés de ter noção das vidas dos outros.

Fácil é perguntar o que deseja saber. Difícil é estar preparado para escutar esta resposta. Ou querer entender a resposta.

Fácil é chorar ou sorrir quando der vontade. Difícil é sorrir com vontade de chorar ou chorar de rir, de alegria.

Fácil é dar um beijo. Difícil é entregar a alma. Sinceramente, por inteiro.

Fácil é sair com várias pessoas ao longo da vida. Difícil é entender que pouquíssimas delas vão te aceitar como você é e te fazer feliz por inteiro.

Fácil é ocupar um lugar na agenda telefônica. Difícil é ocupar o coração de alguém. Saber que se é realmente amado.

Fácil é sonhar todas as noites. Difícil é lutar por um sonho.

Eterno é tudo aquilo que dura uma fração de segundo, mas com tamanha intensidade, que se petrifica, e nenhuma força jamais o resgata.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Introdução: Na literatura, resultados controversos propiciaram este estudo para investigar diferença entre idade das mães adolescentes e adultas e repercussão no parto e condições de nascimento.

Objetivos: Descrever aspectos do perfil social da gestação e do parto da adolescente e a da mulher adulta e associações de variáveis maternas e grupo etário com repercussão sobre o recém nascido vivo, no que se refere à presença de anomalia fetal, hipóxia (apgar) no primeiro e quinto minuto de vida, duração da gestação e peso.

Metodologia: Foram analisados 6.302 prontuários médicos de gestantes, de todas as idades, internadas no período de cinco anos, de 2000 a 2004, na maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Espírito Santo, considerada de alto risco. Foi utilizado o Sistema Informático Perinatal do Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (SIP-CLAP), criado e desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A análise estatística foi realizada com a assessoria de profissional da área e em duas etapas para controlar os fatores de confusão. Inicialmente foi realizada a análise univariada e em seguida a multivariada. O modelo de regressão logística foi utilizado em ambas as análises para anomalias. Foi utilizado o modelo de regressão politômica nas duas análises para as variáveis de duração de gestação, apgar de um minuto, apgar de cinco minutos e peso. As mulheres foram divididas em grupos I (10-14 anos); II (15-19 anos); III (20-34); IV (≥ 35 anos). Grupo III serviu de referência para fins de comparação.

Resultados: De todos os nascimentos, 89(1,4%) foram de adolescentes de 10-14 anos (Grupo I) e 1.462 (23,2%) foram de 15-19 anos (Grupo II), 4.138 (65,7%) de mães do 20-34 anos (Grupo III) e 613 (9,7%) de 35 anos e mais idade (Grupo IV). Entre as 89 adolescentes de 10 a 14 anos, não havia analfabetas; 96,6% tinham de 4 a 7 anos de estudo; 46,1% viviam com um companheiro. Nesse grupo, no pré-natal 43,8% realizaram 7 ou mais consultas; não relataram ter filho vivo prévio e 98,9% relataram não ter filho morto prévio. Também, nesse grupo 57,3% tiveram filho de parto normal; em 89,9% deles em boas condições de vitalidade ou com Apgar de 7 a 10 no primeiro minuto de vida e 98,9% no quinto minuto; 73% foram a termo, 95,5% de gestação de um feto, 51,7% nasceram com peso adequado e não portadores de anomalias em 100%. Entre as 1.462 adolescentes de 15 a 19 anos (grupo II) 18 (1,2%) eram analfabetas; 41,7% tinham de 4 a 7 anos de estudo; 61,9% viviam com um companheiro. No pré-natal 45,1% realizaram 7 ou mais consultas; 79% relataram ter filho vivo prévio e 99,3% relataram não ter filho morto prévio. Quanto ao parto e nascimento, observou-se que 65,6% delas tiveram filho de parto normal; em 88,2% em boas condições de vitalidade ou com Apgar de 7 a 10 no primeiro minuto de vida e 97,7% no quinto minuto; 76,4% foram recém-nascidos a termo, 95,8% de gestação de um feto, 47,3% nasceram com peso adequado e não portadores de anomalias em 98,8%. Após análise univariada e multivariada verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de mães adolescentes e adultas no que se refere à anomalia, ao apgar de primeiro e quinto minutos de vida e prematuridade. Entretanto observou-se diferença estatisticamente significativa em relação ao Grupo materno, ao peso do recém-nascido, ao número de consultas, à cesariana e filho vivo prévio. A chance do recém nascido ser de baixo peso quando a mãe pertencia ao Grupo I foi de 0,76 vezes (24% menor) que a chance do recém-nascido da mãe pertencente ao Grupo III ($p=0,004$). A chance do recém-nascido ser de baixo peso quando a mãe pertencia ao Grupo II foi de 0,90 (10% menor) que a chance do recém-nascido da mãe pertencente ao Grupo III ($p<0,0001$). Quanto maior o número de consultas, a chance de um RN ter hipóxia grave e moderada com um minuto de vida reduziu-se em 40% ($p<0,0001$) e 18% ($p<0,0003$). Aos cinco minutos de vida a hipóxia

grave e moderada foi reduzida em 35% ($p < 0,033$) e 44% ($p < 0,0001$) respectivamente. Ter peso insuficiente foi reduzida em 29% ($p < 0,0001$). Uma consulta a mais, a chance de um RN ter baixo peso é reduzida em 54% ($p < 0,0001$). A chance de uma criança que nasceu por cesariana e ter peso insuficiente foi 0,8 vezes maior ($p < 0,0002$) daquele nascido de parto vaginal. Para o aumento em uma unidade do número de filho vivo prévio, a chance de um RN ser pré-termo reduz-se em 23% ($p < 0,0001$), ser baixo peso reduz-se em 20% ($p < 0,0001$) e ser a termo reduz-se em 10,8% ($p < 0,0001$).

Conclusões: Conclui-se que o principal fator para a ocorrência de hipóxia grave e moderada com um e cinco minutos de vida, baixo peso, peso insuficiente e prematuridade foi o número de consultas no pré-natal. Com o aumento de uma consulta, a chance de um RN ter baixo peso foi reduzida em 54% ($p < 0,0001$). Observou-se que com o aumento do número de consultas, reduziu-se a chance de um RN ter hipóxia grave e moderada com um minuto de vida em 40% ($p < 0,0001$) e em 18% ($p < 0,0003$), respectivamente. Com cinco minutos de vida, reduziu-se a chance de ter hipóxia grave e moderada em 35% ($p < 0,033$) e em 44% ($p < 0,0001$), respectivamente. Também foi reduzido o número de recém-nascido de peso insuficiente em 29% ($p < 0,0001$) e prematuridade em 19% ($p < 0,0001$). A idade da mãe adolescente não foi fator importante para aumento destas condições e para anomalia fetal.

Descritores: gravidez, adolescência, gestantes, gravidez na adolescência, cuidado pré-natal, asfixia neonatal, idade materna, recém-nascido de baixo peso, prematuridade, anomalia fetal.

ABSTRACT

Introduction: The controversial results, pointed in literature, had propitiated this study to investigate if there were differences between the age groups of adolescents and adult mothers and which were the outcomes in the newborns..

Objectives: To compare aspects of the social profile of the gestation and the childbirth of the adolescent and of the adult women and to search if the mother's age, classified by age groups, had consequences on the newborn, as far as to the presence of anomaly, hypoxia (to apgar) in first and the fifth minute of life, gestation length and weight.

Methodology: 6,302 medical records of pregnant women were analyzed, of all ages, admitted during the five year period, from 2000 to 2004, in the maternity of the Hospital of the Clinics of the Federal University of the Espírito Santo. It was used the Computer Perinatal System from the Latin American Center of Perinatology and Human Development (SIP-CLAP), created and developed by World Health Organization (WHO). The statistics analyses were carried through with assistance of a professional in the area and in two stages to control the confusion factors. Initially the univariate analysis was carried through and after that the multivaried one. The model of logistic regression was used in both the analyses for anomalies. The politomic regression model was used for duration of the gestation, for one and five minute's apgar and birth weight. Groups I, II and IV had been compared with group III, which served as reference

Results: Of all the births, 89 (1,4%) had been of adolescents 10-14 years (Group I) and 1,462 (23,2%) had been of 15-19 years (Group II), 4,138 (65,7%) of mothers 20-34 years (Group III) and 613 (9,7%) of mothers 35 years and older (Group IV). Among 89 adolescents, age range 10 to 14 years, 74.8% declared to be mulattos; none were illiterate; 96,6% had 4 to 7 years schooling; 46,1% lived with the boyfriend. Regarding prenatal care, 43.8% had 7 or more office visits; they didn't report previous live birth and 98.9% reported not having stillbirth. Regarding labor and delivery, it was observed that 57.3% of them had normal delivery and 89,9% of them were in good conditions at birth, or with Apgar of 7 the 10 in the first minute of life and 98.9% in the fifth minute; 73% were full term, 95.5% single fetus, 51.7% born with adequate weight and 100% not carrying any anomalies. Among 1,462 adolescents, age range 15 to 19 years, 76.4% declared to be mulattos, 18 (1,2%) to be illiterate; 41,7% had from 4 to 7 years of study; 61,9% lived with a boyfriend. As far as prenatal care 45,1% had 7 or more office visits; 79% reported having had a previous live birth and 99.3% reported that they didn't have previous stillbirth. Regarding labor and delivery, it was observed that 65.6% of them had normal delivery, 88,2% were in good conditions with Apgar of 7 the 10 in the first and 97.7% in the fifth minute; 76,4% were full term, 95.8% single fetus, 47.3% born with adequate weight and 98,8% not carrying any anomalies.

Conclusions: It was concluded that the main factor for the occurrence of hipoxia grave and moderated with one and five minutes of life, low birth weight, insufficient weight and prematurity was the number of consultations in the prenatal. With the increase of one medical consultation, the chance of a newborn to have low birth weight was of 54% ($p < 0.0001$) The maternal age,

being adolescent mother did not contribute for the increase of these conditions related with the newborn.

Key words: pregnancy, adolescence, pregnant women, prenatal care, low birth weight, neonatal hypoxia

TABELAS

Tabela 1: POPULAÇÃO DE MULHER ADOLESCENTE DE 10 A 19 ANOS DE IDADE BRASIL ANO IBGE	22
Tabela 2: BRASIL E ESTADOS COM MAIORES NÚMEROS DE NASCIDOS VIVOS E REGISTRADOS POR MIL MULHERES DE 10 A 14 ANOS –e 15 a 19 anos IBGE – ANO 2000	24
Tabela 3 NÚMERO DE GESTANTES POR GRUPO-HUCAM/UFES 2000 A 2004	41
Tabela 4 TIPO DE UNIÃO PORGRUPO-HUCAM/UFES 2000 A 2004	42
Tabela 5 ESCOLARIDADE POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 A 2004.	42
Tabela 6 CONSULTAS NO PRÉ-NATAL POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 A 2004	43
Tabela 7 NÚMERO DE FILHOS VIVOS PRÉVIOS POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 A 2004	44
Tabela 8 : NÚMERO DE FILHOS MORTOS PRÉVIO POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 A 2004	45
Tabela 9 : DURAÇÃO DA GESTAÇÃO POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 A 2004	46
Tabela 10 : TIPO DE GRAVIDEZ POR GRUPOHUCAM/UFES 2000 A 2004.	46
Tabela 11 : TIPO DE PARTO POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 A 2004.	47
Tabela 12 SEXO DO RECEM NASCIDO POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 A 2004	47
Tabela 13 PESO DO RECÉM-NASCIDO POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 a 2004	48
Tabela 14 ANOMALIA FETAL OU MÁ FORMAÇÃO FETAL POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 A 2004	49
Tabela 15 APGAR NO PRIMEIRO MINUTO DE VIDA POR HUCAM/UFES 2000 A 2004	50
Tabela 16 APGAR NO QUINTO MINUTO DE VIDA POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 A 2004	51
Tabela 17 ANÁLISE UNIVARIADA: ANOMALIA FETAL-HUCAM/UFES 2000 A 2004.	52
Tabela 18 ANÁLISE MULTIVARIADA:ANOMALIA FETAL-HUCAM/UFES 2000 A 2004.	53
Tabela 19 ANÁLISE MULTIVARIADA:DURAÇÃO DA GESTAÇÃO:PREMATURIDADE-HUCAM/UFES	54
Tabela 20 ANÁLISE MULTIVARIADA: APGAR DO PRIMEIRO MINUTO DE VIDA-HUCAM/UFES 2000 A 2004	56
Tabela 21 ANÁLISE MULTIVARIADA: APGAR DO QUINTO MINUTO DE VIDA-HUCAM/UFES 2000 A 2004	58

Tabela 22	ANÁLISE MULTIVARIADA: PESO DO NATIVIVO-HUCAM/UFES 2000 A 2004	60
Tabela 23	CARACTERÍSTICAS DAS ADOLESCENTES- HUCAM/UFES-2000 A 2004	73
Tabela 24	CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS- HUCAM/UFES 2000 A 2004	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CLAP	Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano
DNV	Declaração de nascidos vivos
ES	Espírito Santo
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes ou Hospital das Clínicas / UFES
IBGE	INSTITUTO Brasileiro De Geografia e Estatística
NV	Recém-Nascido Vivo ou Nativivo.
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido
RNAIG	Recém-nascido Adequado para a Idade Gestacional
RNGIG	Recém-nascido Grande para a Idade Gestacional
RNPIG	Recém-nascido Pequeno para a Idade Gestacional
RNBP	Recém-nascido Baixo Peso
RNPT	Recém-nascido Pré-Termo ou prematuro
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos, Ministério da Saúde, Brasil.
SIP CLAP	Sistema Informático Perinatal, criado e desenvolvido pelo Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano e Organização Mundial de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 JUSTIFICATIVA E IMPORTÂNCIA DO TEMA.....	18
1.2 NÚMEROS E CARACTERÍSTICAS DOS ADOLESCENTES	20
1.3 NÚMEROS DE MÃES NA ADOLESCÊNCIA;.....	23
1.4 NÚMERO DE RN VIVOS E REGISTRADOS	23
1.5 INTERNAÇÕES PARA CURETAGEM PÓS-ABORTO E ÓBITOS FETAIS... 25	
1.6 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ATRAVÉS DOS TEMPOS.....	25
1.7 TENDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNDO DE HOJE . 26	
1.8 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUAS CONSEQÜÊNCIAS.....	28
1.9 FECUNDIDADE DA ADOLESCENTE E POBREZA	31
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3 METODOLOGIA	34
3.1 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	34
3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	37
3.3 POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO.....	37
3.4 PROCEDIMENTOS E LOCAL DE COLETA DE DADOS.....	37
3.5 INSTRUMENTO	39
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	39
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	39
3.8 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	40
3.9 COMISSÃO DE ÉTICA.....	40
RESULTADOS	41
4.1 ANÁLISE INIVARIADA E MULTIVARIADA	52
4.1.1 ANOMALIA.....	52
4.1.2 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO:PREMATURIDADE.....	54
4.1.3 APGAR 1 MIN	56
4.1.4 APGAR 5 MIN	58
4.1.5 PESO	60
5 DISCUSSÃO	63
5.1 ASPECTOS METOLÓGICOS E VIÉS.....	63
5.2 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....	64
5.3 FAIXA ETÁRIA ESTUDADA.....	67
5.4 FREQUENCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	69
5.5 ESTATÍSTICAS DO REGISTRO CIVIL IBGE BRASIL.....	72
5.6 CARACTERÍSTICAS DAS ADOLESCENTES DESTA PESQUISA	73
5.7 CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS DESTA PESQUISA	74
5.8 TIPO DE UNIÃO MATERNA	74
5.9 ESCOLARIDADE MATERNA.....	76
5.10 PARTO VAGINAL VERSUS CESARIANA	80
5.11 PRESENÇA DE ANOMALIA FETAL	84
5.12 FREQUENCIA DE RECÉM-NASCIDO COM HIPÓXIA GRAVE NO	
PRIMEIRO E QUINTO MINUTO DE VIDA.....	85
5.13 FREQUENCIA DE PREMATURIDADE	89

5.14 FREQUENCIA DE RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO.....	95
6 CONCLUSÕES.....	102
7 COMENTÁRIOS FINAIS.....	103
8 REFERÊNCIAS.....	104
9 GLOSSÁRIO.....	113
10ANEXOS.....	118

1. INTRODUÇÃO e REVISÃO DA LTERATURA

1.1 JUSTIFICATIVA E IMPORTÂNCIA DO TEMA

As **observações pessoais** no alojamento conjunto, ambulatório e enfermarias do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, aliadas à oportunidade de aprendizados sobre a gravidez na adolescência, foram fatores determinantes para a pesquisa que originou esta dissertação.

Nos últimos anos, chamou-me a atenção a presença de crianças acompanhadas por uma avó muito jovem e a causa era gravidez na adolescência.

O desafio inicialmente foi tentar entender a evolução de variáveis ligadas à gravidez na adolescência através do tempo, desde 1939, quando da comunicação de ESCOMEL a LA PRESSE MEDICALE até os dias atuais em 2006.

A dificuldade foi tentar comparar as publicações de importantes autores brasileiros e estrangeiros, bem como de importantes institutos como o INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, INSTITUTO ALLAN GUTTMACHER e MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL,, entre outros.

Importante foi conhecer o Banco de dados da maternidade do HUCAM / UFES, fruto de um trabalho pessoal, competente e diário, do Dr.Alexandre Salles, a partir de 1999 até os dias atuais o qual me foi cedido gentilmente para essa dissertação.

Preocupante foi saber que toda a riqueza desse Banco de dados pode desaparecer, pois o único recurso humano que existe nele é o Dr Alexandre

Este estudo torna-se atual e importante a partir:

- ✓ Da pergunta de que se ainda são válidos os conhecimentos das diferentes conclusões de publicações da década de 1970/1980, no que se refere à idade como fator determinante para alto risco da gravidez;
- ✓ Da dificuldade de comparação nas diversas publicações devido à metodologia bastante diversificada;
- ✓ Da constatação de que a evolução da gravidez da adolescente em nosso meio envolve vários fatores complexos, e intimamente interligados, e, portanto fatores de confusão;
- ✓ Da tendência de diminuição das taxas de gravidez na adolescente dos países desenvolvidos em contraste com os países subdesenvolvidos;
- ✓ Do conhecimento de que foram internadas 38.160 adolescentes de 10 a 14 anos e do sexo feminino, no Brasil, no ano 2000, tendo como causa da internação a gravidez, o parto e o puerpério;
- ✓ Do conhecimento de que 75,01% das 13.547 das internações hospitalares pelo SUS (10 a 19 anos), no Espírito Santo em 2001 foram devido aos grupos de causas de “gravidez, parto e puerpério”;
- ✓ Da necessidade de se conhecer melhor a situação no Brasil para a gestante de 10 a 14 anos de idade;
- ✓ Da necessidade de preservar, divulgar e valorizar o Banco de Dados da Maternidade do Hospital das Clínicas (HUCAM), bem como ampliá-lo.
- ✓ Da escassez de artigos publicados no Espírito Santo.

1.2 NÚMEROS E CARACTERÍSTICAS DOS ADOLESCENTES

O número de adolescentes entre 10 e 19 anos no âmbito mundial supera um bilhão. Na América Latina e no Caribe, tem-se estimado um aumento dessa população de 138%; de 40,1 milhões a 95,7 milhões no período de 1960 – 1990 ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1990. O índice de masculinidade ou a razão homem / mulher na região é semelhante para ambos os sexos, ou seja, que o número de homens e mulheres adolescentes é quase o mesmo. A distribuição por grupo de idade de acordo com o sexo, é semelhante para os grupos de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos (OMS, 1988-1998).

Em quase todo o mundo, a maioria das mulheres torna-se sexualmente ativa na adolescência. Do ponto de vista numérico, esse contingente pode chegar a cerca de 50% na América Latina e no Caribe, alcançar a 75% em grande parte dos países desenvolvidos e ultrapassar 90% em muitos países da África sub-Saariana. Em algumas sociedades, as mulheres começam sua vida sexual na adolescência, pois se espera que se casem e comecem a procriar cedo. Em outras, o casamento normalmente ocorre mais tarde, mas é comum o início da atividade sexual antes do casamento. Sem dúvida, algumas sociedades encontram-se em transição de uma norma social para a outra. Os adolescentes de hoje, o maior contingente entre 10 a 19 anos de idade da história, vêm chegando à idade adulta num mundo bem diferente daquele em que cresceram seus pais. Embora o ritmo das mudanças varie de uma região do mundo para outra e até mesmo na mesma região, a sociedade se transforma ampla e rapidamente, criando uma série vertiginosa de novas possibilidades e de novos desafios para a juventude ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 2005.

A adolescência, período de transição entre a infância e a idade adulta, caracteriza-se por alterações fisiológicas rápidas e objetivas, tais como um crescimento rápido, maturação do sistema reprodutor e alterações no aspecto físico. Na passagem da dependência da infância para a interdependência da

idade adulta, ao longo de um processo de maturação progressiva, ocorre um significativo desenvolvimento psicossocial, em particular nos aspectos emocional, intelectual e espiritual OMS(WHO), 2001.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência ocorre desde a idade de 10 anos até os 19, existindo notável diferença, sob o ponto de vista da saúde, entre as etapas precoce – que vai dos 10 aos 14 anos – e a tardia – que abarca dos 15 aos 19 anos (LOPES, G. et al.,1992). Ainda que se registrem gestações no grupo de 10 a 14 anos, a maior quantidade de informação disponível sobre o assunto refere-se a etapa tardia. Este fato é de interesse porque a existência de riscos durante a gravidez se apresenta neste último grupo com maior facilidade, intensificando-se os transtornos emocionais e a negação da gravidez (MADDALENO, 1995; SILVER, 1995)

A saúde sexual e reprodutiva é um componente fundamental da saúde das mulheres e homens durante toda a sua existência. O momento mais relevante para o reconhecimento da sexualidade, para o aprendizado do corpo e, com muita freqüência, para a tomada de decisão sobre as potencialidades reprodutivas, é no tempo da adolescência. A adolescência é uma etapa que está marcada por mudanças biológicas, psicológicas e sociais, acompanhadas por notórios sentimentos de atração sexual e profundas meditações sobre a capacidade de decidir. Uma parte muito grande dos adolescentes contrai responsabilidades maternas e paternas antes de conseguir um mínimo de estabilidade de trabalho ou de ter alcançado uma profissão ou trabalho digno (HUBNER, 1988-1998).

A saúde dos adolescentes (10 a 19 anos) e dos jovens (15 a 24 anos) é um elemento chave para o progresso social, econômico e político de todos os países e territórios das Américas Entretanto, com muita freqüência suas necessidades e direitos não figuram nas políticas públicas, nem na agenda do setor saúde, exceto quando sua conduta é inadequada MADDALENO, M. (2003).

Segundo dados do IBGE, em 2000, no Brasil, um em cada cinco habitantes era adolescente. O país possuía aproximadamente 170 milhões de habitantes e os adolescentes de 10 a 19 anos representavam 20,8%; uma população de 35.302.972. As meninas de 10 a 14 anos de idade eram 5,04% (8.570.428) e as de 15 a 19 anos eram 5,25% (8.920.685 9). A população das mulheres adolescentes de 10 a 19 anos teve um aumento de 55,7% (6.259.116) e vem mudando sua situação de domicílio nos últimos 30 anos.

Tabela 1: POPULAÇÃO DE MULHER ADOLESCENTE DE 10 A 19 ANOS DE IDADE BRASIL ANO IBGE

POPULAÇÃO DE MULHER ADOLESCENTE DE 10 A 19 ANOS DE IDADE
BRASIL - ANO - IBGE

DOMICILIO/ ANO	1970	1980	1991	2000
URBANO	56%	67%	75%	80%
RURAL	44%	33%	25%	20%
TOTAL	11.232.022	13.960.278	16018.633	17.491.138

1.3 NÚMEROS DE MÃES NA ADOLESCÊNCIA

Anualmente, cerca de 14 milhões de mulheres entre 15 a 19 anos de idade se tornam mães no mundo. A maternidade entre adolescentes é mais comum nos países em desenvolvimento, onde muitas vezes cerca de 25% a 50% de jovens tiveram seu primogênito antes de completarem 18 anos de idade. Em contraste, nos países desenvolvidos e em pequeno número de países em desenvolvimento, menos de uma entre 10 jovens tem filhos precocemente (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 2005).

Segundo Nelson (Tratado de Pediatria, 1983), “Não se conhece o número exato de gravidezes, devido aos abortos espontâneos ou provocado e não notificados, mas estima-se que o total esteja bem acima de 600.000 adolescentes, anualmente, nos Estados Unidos”.

1.4 NÚMERO DE RN VIVOS E REGISTRADOS

No Brasil, no ano de 2000, foram registrados 2.611.922 nascidos vivos e 21,34% (557407) eram filhos de mães adolescentes (10 a 19 anos), o que corresponde a 62,59 por mil mulheres desta faixa etária. A distribuição de nascidos vivos e registrados não é uniforme nos estados brasileiros. Para a faixa de 10 a 14 anos, os estados de Mato Grosso do Sul, Acre e Amapá foram os de maior número de nascidos vivos e registrados, com 4,08, 3,80 e 3,66 por mil habitantes mulheres desta mesma faixa etária. Para a faixa de 15 a 19 anos os estados do Acre, Mato Grosso do Sul e Roraima foram os de maior número de nascidos vivos e registrados, com 88,53, 82,29 e 80,72 por mil habitantes mulheres desta mesma faixa etária.

Tabela 2: BRASIL E ESTADOS COM MAIORES NÚMEROS DE NASCIDOS VIVOS E REGISTRADOS POR MIL MULHERES DE 10 A 14 ANOS –e 15 a 19 anos IBGE – ANO 2000

A

BRASIL E ESTADOS COM MAIORES NÚMEROS DE NASCIDOS VIVOS E REGISTRADOS POR MIL MULHERES DE 10 A 14 ANOS - IBGE – ANO 2000

	Pop. Mulheres*	NV e Registrados**	NV por mil***
Brasil	8.570.427	18.047	2,11
MGSul	106.529	435	4,08
Acre	33.694	128	3,80
Amapá	29.266	107	3,66

* Pop. Mulheres: População de mulheres de 10 a 14 anos

* NV e Registrados: Recém nascido vivo ou Nativivo de mães de 10 a 14 anos.

* NV por mil: Recém nascido vivo ou Nativivo que nasceram de uma população de mulheres de 10 a 14 anos.

BRASIL E ESTADOS COM MAIORES NÚMEROS DE NASCIDOS VIVOS E REGISTRADOS POR MIL MULHERES DE 15 A 19 ANOS -- IBGE - ANO 2000

	Pop.Mulheres	NV e Registrados	NV por mil
Brasil	8.920.685	539.556	60,48
Acre	33.288	2.947	88,53
MGSul	107.930	8.882	82,29
Rondônia	77.280	6.238	80,72

* Pop. Mulheres: População de mulheres de 15 a 19 anos

* NV e Registrados: Recém nascido vivo ou Nativivo de mães de 15 a 19 anos.

* NV por mil: Recém nascido vivo ou Nativivo que nasceram de uma população de mulheres de 15 a 19 anos.

IBGE – 2006

No Brasil, a taxa de natalidade total foi de 24,21 em 1990; 21,13 em 2000 e 20,64 por mil habitantes em 2004 (IBGE, 2006).

1.5 INTERNAÇÕES PARA CURETAGEM PÓS-ABORTO E ÓBITOS FETAIS

Em 1998, mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto, sendo que quase três mil delas tinham apenas entre 10 a 14 anos. Entre 1993 e 1998, observou-se um aumento de 31% no percentual de parto de meninas de 10-14 anos atendidas pela rede do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil, 2003). No Brasil, ano de 2004, ocorreram 28.852 óbitos fetais e 15,8% (4.551) foram de mães adolescentes (10 a 19 anos). (IBGE, 2006).

1.6 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ATRAVÉS DOS TEMPOS

A atividade sexual e a gravidez na adolescência surgem como problema emergente, que não é, todavia, peculiar à nossa época. A História da Civilização mostra que, desde sempre, a atividade sexual dos adolescentes suscitou medidas coercitivas em alguns países da Ásia e da África, enquanto que em outros o estímulo ao casamento precoce encoraja e faz prosperar as prenhez e o parto nas meninas. Algumas culturas africanas toleram a prática sexual de crianças em fase pré-puberal, mas há reservas rituais à gravidez ocasional, ensinando-se o coito interrompido. Quando, malgrado as preocupações, a gestação desponta, impõe-se o abortamento e aplicam-se punições diversas: o ostracismo, a desgraça social e até o infanticídio. Em muitas outras regiões (América Latina, África, Ásia, Oceania) onde a atividade sexual e a reprodução pré-conjugal são culturalmente aceitáveis, há tradição

de casamento não oficial, consensual ou conivente, com frequência muito grande de prenhez em crianças e adolescentes. É o caso de gestação mais precoce até hoje cadastrado o de Lina Medina, acontecido no Perú, cuja autenticidade não não padece dúvida. Diversos obstetras a examinaram presenciando, do mesmo passo, a cesariana que lhe foi praticada, aos cinco anos incompletos. O produto, de aproximadamente 3 quilos, foi obtido vivo. Lina Medina menstruava regularmente desde os primeiros meses de vida, tinha configuração corpórea de mulher púbere, em miniatura perfeita. (REZENDE, 2005). A publicação foi feita por ESCOMEL, 1939.

Em meados da década de 1970, os Estados Unidos foram informados de que havia uma “epidemia” de gravidez na adolescência (GUTTMACHER, 1976). Desde então, de acordo com GUTTMACHER (1994), houve uma tendência geral de diminuição da taxa de gravidez entre meninas e mulheres sexualmente experientes de 15 a 19 anos de idade. Apesar disso, a procriação muito cedo atraiu grande interesse, não apenas da comunidade médica, mas também de todos os segmentos da sociedade. De acordo com GOLDENBERG e KLIERMAN (1995). “O clamor político atual... contra a gravidez na adolescência não foi causado basicamente por preocupação com as evoluções daquelas gestações. Em vez disso, originou-se de sentimentos profundos sobre moralidade e paternidade simples e de raiva em relação a pagamentos à previdência social”. Durante a década de 1970 a gravidez na adolescência era primariamente um problema social com conseqüências médicas (HOLLINGSWORTH and KREUTNER, 1980).

1.7 TENDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNDO DE HOJE

As taxas de gravidez na adolescência variam através dos países desenvolvidos, de uma taxa muito pequena nos Países Baixos (12 gravidezes por 1.000 mulheres de 15 a 19 anos por ano) para uma taxa muito alta na

Federação Russa (102 por 1.000). O Japão e muitos países da Europa Ocidental têm baixas taxas (menor que 40 por 1.000). Austrália, Canadá e Nova Zelândia e alguns países Europeus têm taxas moderadas (40-69 por 1.000). Cinco países têm taxa de gravidez na adolescência de 70 ou mais – Belarus, Bulgária, Romênia, Federação Rússia e Estados Unidos (SINGH e DARROCH, 2000).

Enquanto a taxa de fertilidade da mulher brasileira diminuiu de 6,2 até 3,7 filhos por mulher entre 1960 e 1985, a taxa de gravidezes entre adolescentes de 15 a 19 anos aumentou de 75 até 81 por mil. Em São Paulo, houve aumento de 64 até 78 (22%) por mil entre 1970 e 1986. Considerando somente adolescentes de 15 e 16 anos, o aumento entre 1970 e 1980 foi de 300 e 129%, respectivamente. Considerando todos os nascidos vivos de mães adolescentes brasileiras (entre 10 e 19 anos), 30% deles em 1976 tinham mãe até 17 anos de idade; em 1984, este número aumentou para 36%. Assim, o Brasil mostra, como ocorre no mundo inteiro, um aumento da incidência de gravidez na adolescência com tendência a incrementos maiores nas idades maternas mais baixas (CORREA E COATES, 1993).

Segundo dados do MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, a gravidez entre 15 e 19 anos cresceu 26% entre 1970 e 1999, contrariando a tendência geral de diminuição das taxas de fecundidade. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 1996 demonstrou que 14% das mulheres nessa faixa etária tinham pelo menos um filho e que as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior do que as de melhor nível socioeconômico.

No Brasil, no período de dez anos, de 1994 a 2003, o número de nascidos vivos de mãe de 10 a 19 anos aumentou 32,4% (164.701), de 508.344 para 673.045 sendo que o de mães de 10 a 14 anos aumentou 54,5% (9.611) de 17.628 para 27.239 e de mãe de 15 a 19 anos aumentou 31,6% (155.090) de 490.716 para 645.806.(DATASUS, 2006).

A taxa de gravidez da adolescente de 15 a 19 anos nos Estados Unidos, diminuiu 28% entre 1990 e 2000. Após ter alcançado 117 gravidezes por 1.000 em 1990, a taxa da gravidez diminuiu para 84 gravidezes por 1.000. Os dados da gravidez incluem nascimentos, abortos e perdas fetais (HENSHAW, S.K. 2004).

1.8 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUAS CONSEQÜÊNCIAS

GOLD, (1968), em seu artigo "Identificação de alto risco do feto" relaciona a idade da mãe em menor do que 16 anos e mais de 40 anos na concepção, como fatores de alto risco para a gravidez.

Profissionais de saúde do mundo inteiro preocupam-se com a gravidez na adolescência, pela importância cada vez maior e de suas implicações biológicas e psicossociais para a mãe adolescente e seu filho. A gravidez na adolescência é uma doença da sociedade, tendo suas origens no passado, existindo conosco no presente e, se não for detida e prevenida, continuará a se espalhar no futuro. (CLARK, 1971).

Constitui séria ameaça à vida e a saúde da mulher, ocorra ou não o parto dentro do casamento, e o risco aumenta incisivamente com o nascimento do segundo ou terceiro filho nesta década da vida, quando 10% delas engravidam anualmente e 6% dão à luz a despeito das condições adversas. A maternidade precoce, não importa o estado civil, é mais perigosa para a adolescente e seus conceitos do que para mulheres adultas. Ao diferir o primeiro parto, reduzem-se, expressivamente, morbidade e mortalidade perinatal e infantil. (REZENDE, 2005).

Na adolescência, é a prenhez sempre de alto risco e sintoma de desordem social (PERKINS, 1978). HOLLINGSWOORTH & KREUTNER (1980) resumiram a literatura médica e observaram que riscos obstétricos em

adolescentes mais velhas - 16 a 18 anos – estavam associados a fatores sociais como pobreza e não simplesmente a atributos biológicos de idade materna. Contrariamente, aquelas com 15 anos ou menos pareciam ter complicações da gravidez relacionadas à sua idade jovem

As complicações orgânicas para a jovem grávida são também múltiplas, incluindo maior morbidade e mortalidade por complicações da gravidez, parto e puerpério. Há, entre outros, mais desproporção feto pélvicas com suas seqüelas, especialmente nas muito jovens. Ademais, a gravidez leva muitas vezes a co-habitação ou casamento com o pai do filho, porém estas uniões contraídas antes dos 20 anos de idade terminam em separação numa proporção três a quatro vezes maiores do que aquelas que se iniciam após os 20 anos de idade. Assim, frequentemente essas jovens mais cedo ou mais tarde se encontrarão sozinhas no lar e na maioria das vezes com vários filhos, aumentando ainda mais as suas dificuldades psicossociais e econômicas. Em vista de tantas complicações em potencial, costuma-se considerar a gravidez na adolescência como gravidez de alto risco. Porém, é possível diminuir a incidência de todas essas complicações para a mãe e seu filho, se a gestante iniciar um pré-natal precoce (desde o primeiro trimestre da gravidez) e especial com seguimento multiprofissional e interdisciplinar por obstetra, pediatra, nutricionista, psicóloga, enfermeira e assistente social. O êxito deste tipo de atendimento foi comprovado em todos os serviços onde foi instalado, tanto no Brasil quanto no exterior, diminuindo inclusive a reincidência da gestação na adolescência e aumentando a retomada da educação formal pela jovem mãe após o nascimento do seu filho (CORREA & COATES, 1993).

SATIN e col. , (1994) “analisaram as evoluções da gravidez em mais de 16.500 mulheres nulíparas, e constataram que o parto pré-termo aumentou significativamente entre 1.622 gestações em mães de 11 a 15 anos. Inversamente, mães de 16 a 19 anos não apresentaram mais complicações em comparação com mães mais velhas primíparas”.

Lactentes de muito baixo peso ao nascimento - menos de 1.500 g - eram quase duas vezes mais freqüentes em mulheres com menos de 18 anos, em comparação com a população obstétrica geral. "Há controvérsias quanto ao fato de inadequações biológicas ou sociais explicarem melhor essas aparentes desvantagens reprodutivas" (MILLER, 1996).

AMINI et col, (1996) analisaram as evoluções de mulheres nulíparas em 69.096 partos, durante o período de 1975 a 1993, em Cleveland, Ohio e encontraram 1.875 (2,7%) na faixa de 12-15 anos e 17.359 (25,3%) na de 16-19 anos, a proporção de cesariana nas adolescentes de 12-15 anos foi de 11,6%, significativamente maior do que 9,4% nas de 16-19 anos e 10,2% nas adultas ($p < 0,001$). Concluíram que as adolescentes de 16-19 anos tiveram melhor evolução obstétrica do que as adultas, enquanto que as de 12-15 anos tiveram pior evolução do que as adultas.

A gravidez na adolescência tem sido identificada como um dos grandes problemas de saúde pública tanto no Brasil, como em muitos países, principalmente porque vem aumentando neste final de século (SANTOS JUNIOR, 1999).

Muitas características das mães adolescentes de 13 a 17 anos foram mais desfavoráveis do que daquelas com 18 e 19 anos. Estas especificidades no grupo de adolescentes necessitam ser melhor estudadas e compreendidas e levadas em conta no planejamento da oferta de serviços de atenção ao pré-natal e ao parto (RIBEIRO e col, 2000).

Os resultados apontaram entre adolescentes alta prevalência de nascidos vivo e baixo nível de escolaridade, além do risco aumentado para analfabetismo, não realização de pré-natal, baixo peso e peso insuficiente do RN, principalmente na faixa do 10 a 16 anos, em comparação com as outras faixas estudadas (COSTA e col, 2001).

SIMÕES e col, (2003) analisaram 2.429 partos de mulheres residentes em São Luiz, Maranhão, e concluíram que as adolescentes de 18 a 19 anos apresentaram resultados perinatais semelhantes aos de mulheres de 25 a 29 anos. Já as menores de 18 anos tiveram maiores proporções de filhos com baixo peso ao nascer, prematuros e com maior risco de mortalidade infantil. Isto sugere que a imaturidade biológica possa estar associada a maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil.

Apesar das mães adolescentes apresentarem condições socioeconômicas mais desfavoráveis do que as mães adultas jovens, a idade materna não influenciou significativamente no peso ao nascer (KASSAR e col, 2005)

No Brasil, no ano 2000, ocorreram 38.160 e 736.667 internações hospitalares de adolescentes do sexo feminino, de 10 a 14 e 15 a 19 anos, respectivamente e tendo como causa da internação a gravidez, o parto e o puerpério (DATASUS, 2006).

No Estado do Espírito Santo, no ano de 2001, ocorreram 18.060 internações hospitalares de adolescentes do sexo feminino, de 10 a 19 anos, sendo que 75,01% (13.547) foram devidas aos grupos de causas de “gravidez, parto e puerpério” (DATASUS, 2001”).

1.9 FECUNDIDADE DA ADOLESCENTE E POBREZA

Até 1960, a Taxa de Fecundidade Total (TFT) apresentava-se estável (6,2 filhos por mulher); nas décadas de 1960 a 1970 constatou-se leve declínio da fecundidade nas regiões Sudeste e Sul do Brasil. Já na década de 1970, a queda da fecundidade atingiu todas as regiões do Brasil em ritmo mais acentuado (24,5% de declínio), passando a TFT de 5,8, em 1970, para 4,4 filhos por mulher, em 1980. Na década de 1980, a queda atingiu percentual de 38,6%, passando a TFT para 2,7; finalmente, entre 1990 e 1996, a diminuição

representou um percentual de 7,4%, sendo a TFT de 2,5 filhos por mulher., segundo o IBGE - PNDS-1996.

A Taxa de Fecundidade Total (TFT) considera o período reprodutivo das mulheres a faixa de idade de 15 a 49 anos (IBGE, 1996).

Observa-se uma importante associação entre níveis de pobreza e fecundidade, mostrando que é entre as mais pobres que o número de partos é maior. (MADDALENO & MORELLO, 2000).

Os **resultados controversos**, apontados na literatura, propiciaram este estudo que teve como objetivo comparar aspectos do perfil social da gestação e do parto da adolescente e a da mulher adulta e suas repercussões sobre o recém nascido no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Espírito Santo, (HUCAM) em Vitória, Espírito Santo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os aspectos do perfil social da gestação e do parto da adolescente e comparar com a mulher adulta e suas repercussões sobre o recém nascido

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Investigar a associação da idade materna com as seguintes condições do recém nascido, nas variáveis: hipóxia no primeiro e quinto minuto de vida, prematuridade (idade gestacional), sexo e anomalias fetais (má formações)

3 METODOLOGIA

3.1 VARIÁVEIS ESTUDADAS

Grupos etários: A **gestante** foi agrupada em **quatro grupos etários**: Grupo I, de 10 a 14 anos; Grupo II, de 15 a 19 anos; Grupo III, de 20 a 34 anos e Grupo IV, com 35 anos e mais.

O **tipo de união por grupo** foi dividido em: mãe sem companheiro que é aquela que vive sozinha, e com companheiro, aquela que convive com um parceiro seja em casamento civil ou em união consensual.

A **escolaridade por grupo** foi analisada considerando-se o número de anos estudados pela mãe e foi considerado: analfabeta quando não tinha nenhum ano de estudo, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e 12 anos e mais de estudo.

O **número de consultas por grupo** do pré-natal foi nenhuma, 1 a 3, 4 a 6 e 7 ou mais consultas.

O **número de filho vivo prévio por grupo** quando a grávida fazia relato na internação de ter tido um, dois, três, quatro, cinco e seis a onze filhos, vivos em gravidez anterior.

O **número de filho morto prévio por grupo** quando a grávida fazia relato na internação de ter tido um, dois, três ou mais filhos, mortos em gravidez anterior.

O **tipo de gravidez por grupo** foi único quando era de um feto, dupla com dois e tripla ou mais quando tinha três ou mais fetos.

O **tipo de parto por grupo** foi vaginal e cesariana.

O **sexo por grupo** foi masculino e feminino.

A **hipóxia do RN** por grupo foi considerada no **primeiro e no quinto minuto** e foi determinada pelo médico residente na sala de parto. Foi considerado o escore de Apgar no momento do nascimento. As notas do escore de Apgar variam de zero a dez e o recém nascido apresentava hipóxia grave quando a nota do escore de Apgar foi igual à zero, um, dois e três. Apresentava hipóxia moderada quando a nota do escore de Apgar foi quatro, cinco e seis e o recém nascido era hígido ou sem hipóxia, quando a nota foi de sete, oito, nove e dez.

O **peso do nascimento por grupo** foi o primeiro peso do RN, obtido após o nascimento, foi tomado na primeira hora de vida e com o recém nascido despido. Foi expresso em gramas e categorizado em aborto ou feto não viável quando era de até 500 g, baixo peso entre 501 g e 2.500 g, peso insuficiente com peso entre 2.501 g e 3.000 g e peso adequado com 3001 g e maior. Os fetos menores que 500 gramas não são considerados viáveis e, portanto, não foram considerados como nascimentos para fins de estatísticas perinatais.

Foi utilizada balança eletrônica com escala de 05 gramas e até 15.000 gramas.

A **idade gestacional por grupo** foi categorizada de acordo com o método do CAPURRO (1967) somático na avaliação do médico residente no primeiro exame físico do recém nascido na sala de parto. Foi considerado pré-termo ou prematuro o recém nascido com 22 a 36 semanas, recém nascido a termo quando tinha 37 a 41 semanas e pós-termo quando tinha 42 ou mais semanas de idade gestacional.

Anomalia fetal ou má formação por grupo foi sim e não quando foi e não foi detectada má formação do recém nascido ao nascimento.

As anomalias fetais ou má-formações referidas são: espinha bífida com e sem hidrocefalia, hidrocefalia, outras anomalias congênitas do sistema nervoso central, do Aparelho respiratório, do Aparelho circulatório, fissura da abóboda palatina e lábio leporino, do aparelho digestivo, dos Órgãos genitais, do Aparelho urinário, má-formação congênita do quadril, anomalias

cromossômicas, síndromes de malformações congênitas que acometem múltiplos sistemas

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo, de revisão de todos os 6.302 prontuários médicos da maternidade e do serviço de neonatologia do Hospital Universitário (HUCAM) da UFES em Vitória, capital do Espírito Santo, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2004.

3.3 POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO

A população alvo foi formada por 6.302(100%) gestantes internadas no Hospital das Clínicas da UFES no período de cinco anos, de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2004 e pertencentes a todas as idades.

A pesquisa foi realizada no Estado do Espírito Santo, que possui duas maternidades consideradas de alto risco para o Sistema Único de Saúde (SUS) e ambas estão localizadas no município de Vitória. A maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Espírito Santo (HUCAM) é uma delas. O HUCAM possui serviço de residência médica em gineco-obstetria e de pediatria e seus pacientes são predominantemente do SUS. Possui serviço de atendimento a adolescente grávida.

3.4 PROCEDIMENTOS E LOCAL DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado o prontuário médico de cada gestante, existente no HUCAM. O número do prontuário da mãe foi o mesmo do RN, exceto quando o RN era considerado doente.

Cada prontuário continha folhas para:

História clínica perinatal (anamnese e exame físico)

Ficha do Clap.

Evolução clínica

Exames de laboratório

Prescrição médica

Notificação de alta hospitalar

As informações contidas no prontuário médico foram descritas pelos médicos residentes de obstetrícia e pediatria. A História clínica perinatal (anamnese e exame físico) foi preenchida em dois momentos: Antes do parto, os itens de identificação, antecedentes obstétricos e gestação atual (pré-natal). Após o parto foram preenchidos os itens de trabalho de parto, parto e primeiro exame físico do RN. A Ficha do Clap que é um formulário do Centro Latino-Americano de Perinatologia, compõe um banco de dados informatizado e serviu para as anotações das informações básicas e as condições de saúde e assistência médica relacionadas à gestação, parto e nascimento. O médico residente de obstetrícia preencheu a parte de antecedentes, gestação atual, parto e puerpério. O médico residente de pediatria preencheu a identificação (nome do município e número do prontuário) e as informações da internação e alta do RN.

A folha de Evolução clínica foi feita diariamente pelo médico residente da obstetrícia e da pediatria e consistiu nas anotações de problemas encontrados na mãe e no RN, respectivamente.

A folha de Exames de laboratório foi destinada à colagem dos resultados dos exames laboratoriais do paciente (mãe e RN).

A folha de Prescrição médica foi destinada à prescrição diária de medicamentos.

A folha de Notificação de alta hospitalar foi utilizada pela paciente para sua liberação na portaria

3.5 INSTRUMENTO

Para o **peso do RN** foi utilizada balança eletrônica com escala de 05 gramas e até 15.000 gramas.

Para a digitação das informações contidas em cada prontuário foram utilizadas as folhas do Clap.

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações foram obtidas pelo médico residente, e transcritas para a folha do Clap, a qual compõe o prontuário de internação da mãe e do recém-nascido. O banco de dados foi construído a partir da digitação dessas informações, quando da alta da puérpera, e por um médico ginecologista e obstetra do Serviço. Esse médico era sempre o mesmo a digitar as informações e era o responsável pela manutenção do banco de dados da maternidade do HUCAM. Foi utilizado o Sistema Informático Perinatal do Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (SIP-CLAP), criado e desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (centro latino americano de perinatologia e desenvolvimento humano, 1988).

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada com a assessoria de profissional da área e em duas etapas para controlar os fatores de confusão. Inicialmente foi realizada a análise univariada e em seguida a multivariada. O modelo de regressão logística foi utilizado em ambas as análises para anomalias. Foi utilizado o modelo de regressão politômica nas duas análises para as variáveis de duração de gestação, apgar de um minuto, apgar de cinco minuto e peso.

Os grupos I, II e IV foram comparados com o grupo III, que serviu de referência (HOSMER & LEMESHOW, 1989).

Os grupos I e II foram comparados com o grupo III, que serviu de referência.

3.8 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como **critério de inclusão** considerou-se 6.302 (100%) grávidas, pertencentes a todas as idades, que foram hospitalizadas na Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Espírito Santo (HUCAM), no período de cinco anos compreendidos entre 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2004.

Como **critério de exclusão** foi considerada a grávida transferida para outra maternidade e os natimortos.

3.9 COMISSÃO DE ÉTICA

A pesquisa está em consonância com a Resolução 196/196 do Ministério da Saúde que trata da pesquisa em seres humanos.

4 RESULTADOS

No período de 1 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2004, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Espírito Santo, HUCAM (UFES), em Vitória, Espírito Santo, foram atendidos 6.302 nascidos vivos (NV). Destes, 1.551 eram filhos de mães adolescentes e 4.751 eram filhos de mães adultas, correspondendo a 24,6% e 75,4% respectivamente.

Das mães adolescentes, 89 (1,4%) pertenciam ao Grupo I e 1.462 (23,2%) ao Grupo II. Das mães adultas, 4.138 (65,7%) pertenciam ao Grupo III e 613 (9,7%) ao Grupo IV (Tabela 1).

Tabela 3 NÚMERO DE GESTANTES POR GRUPO-HUCAM/UFES 2000 A 2004

Grupos	Faixa Etária	n	%
I - *	10 a 14 anos	89	1,4
II –	15 a 19 anos	1462	23,2
III –	20 a 34 anos	4138	65,7
IV –	35 anos e mais	613	9,7
	Total	6302	100,0

* A gestante adolescente de menor idade pertencente ao Grupo I tinha 11 anos.

Em relação ao **tipo de união materna** (Tabela 2), verificou-se que 4.646 (73,7%) declararam estar com companheiro. Entre as mães com companheiro 41 (46,1%) eram de mães do Grupo I e este número aumentava com a idade do grupo materno.

Tabela 4 TIPO DE UNIÃO POR GRUPO-HUCAM/UFES 2000 A 2004

Grupos	SEM		COM	
	companheiro		companheiro	
	n	%	n	%
I	48	53,9	41	46,1
II	557	38,1	904	61,9
III	941	22,8	3193	77,2
IV	104	17,0	508	83,0
Total	1650	26,2	4646	73,7

A falta de registro desta variável foi observada em 6 (0,1%) prontuários.

Em relação à **escolaridade materna** (Tabela 3), verificou-se que o nível mais freqüente de estudo foi de 4 a 7 anos de estudos (42,4%) e a maior proporção observada foi entre as mães pertencentes ao Grupo I com 96,6%. Foram encontradas 82 (1,3%) mães analfabetas, porém nenhuma entre as mães do Grupo I.

Tabela 5 ESCOLARIDADE POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 A 2004.

Grupos	Nenhuma	1-3 anos	4 - 7 anos	8 - 11 anos	12 ou >					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I	-	-	3	3,4	85	96,6	-	-	-	-
II	18	1,2	17	1,2	609	41,7	625	42,8	191	13,1
III	45	1,1	47	1,1	1699	41,1	1173	28,4	1166	28,2
IV	19	3,1	14	2,3	274	44,7	133	21,7	173	28,2
Total	82	1,3	81	1,3	2667	42,4	1931	30,7	1530	24,3

A falta de registro desta variável foi observada em 11 (0,17%) prontuários.

Em relação ao **número de consultas no pré-natal** (Tabela 4), verificou-se que a maior freqüência foi de mães que realizaram 7 ou mais consultas (54,4%) e essa proporção de mães aumenta com a idade do grupo. Entre as 108 (1,7%) mães declararam que não realizaram nenhuma consulta, 3 (3,4%) eram do Grupo I e 30 (2,1%) do Grupo II.

Tabela 6 CONSULTAS NO PRÉ-NATAL POR GRUPO-HUCAM/UFES 2000 A 2004

Grupos	Nenhuma		1 a 3		4 a 6		7 ou mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
I	3	3,4	13	14,6	34	38,2	39	43,8
II	30	2,1	193	13,2	579	39,7	658	45,1
III	67	1,6	343	8,3	1373	33,3	2344	56,8
IV	8	1,3	36	5,9	188	30,8	379	62,0
Total	108	1,7	585	9,3	2174	34,6	3420	54,4

A falta de registro desta variável foi observada em 15 (0,24%) prontuários;

Em relação ao **número de filho vivo prévio**, (Tabela 5), verificou-se que a maior freqüência foi de mães que declaram nenhum filho vivo prévio 1814 (44,7%), destas, observou-se que 89 (100%) pertencem ao Grupo I. O número de mães do Grupo II que declaram ter um filho vivo prévio foi de 259 (17,7%), dois 41 (2,8%), três 6 (0,4%), 1 (0,1%) por quatro filhos prévios.

Tabela 7 NÚMERO DE FILHOS VIVOS PRÉVIOS POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 A 2004

Filhos prévio	vivo				Total	
	Grupo	I	II	III		IV
Nenhum		89 (100%)	1153 (79,0%)	1480 (35,8%)	92 (15,0%)	1814 (44,7%)
Um		-	259 (17,7%)	1268 (30,7%)	151 (24,7%)	1678 (26,7%)
Dois		-	41 (2,8%)	831 (20,1%)	156 (25,5%)	1028 (16,3%)
Três		-	6 (0,4%)	338 (8,2%)	86 (14,1%)	430 (6,8%)
Quatro		-	1 (0,1%)	135 (3,3%)	47 (7,7%)	183 (2,9%)
Cinco		-	-	54 (1,3%)	31 (5,1%)	85 (1,4%)
Seis a Onze		-	-	27 (0,7%)	49 (8,0%)	76 (1,2%)

*Número de casos com a % entre parênteses.

Em relação ao **número de filho morto prévio**, (Tabela 6), verificou-se que a maior frequência foi de mães que declarou nenhum filho morto prévio 6.108 (97,6%). O número de mães que declararam ter um filho morto prévio foi de 119 (1,9%).

**Tabela 8 NÚMERO DE FILHOS MORTOS PRÉVIO POR GRUPO
HUCAM/UFES 2000 A 2004**

Filho prévio	Grupo				Total
	I	II	III	IV	
Nenhum	86 (98,9%)	1440 (99,3%)	4020 (97,7%)	562 (92,4%)	6108 (97,6%)
Um	1 (1,1%)	8 (0,6%)	75 (1,8%)	35 (5,8%)	119 (1,9%)
Dois	-	2 (0,1%)	19 (0,5%)	10 (1,6%)	31 (0,5%)
Três	-	-	1 (0,0%)	1 (0,2%)	2 (0,0%)

*Número de casos com a % entre parênteses.

A falta de registro desta variável foi observada em 42 (0,66%) prontuários.

Em relação à **duração da gestação** (Tabela 1.7), verificou-se que 4.768 (75,9%) eram de 37 a 41 semanas e, portanto, RN a termo.

Tabela 9 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 A 2004

Grupos	22 a 36		37 a 41		42 ou mais	
	n	%	n	%	n	%
I	24	27,0	65	73,0	-	-
II	329	22,6	1112	76,4	13	0,9
III	924	22,4	3162	76,6	37	0,9
IV	175	28,6	429	70,2	6	1,0
Total	1452	23,1	4768	75,9	56	0,9

Das 1.452 (23,1%) com tempo de gestação entre 22 a 36 semanas e pré-termo, verificou-se que as maiores proporções estavam no Grupo IV com 175 (28,6%) e no Grupo I com 24 (27%).

Em relação ao **tipo de gravidez** (Tabela 8) verificou-se que 5.934 (94,2%) são única, 347 (5,5%) dupla e 21 (0,3%) tripla ou mais.

Tabela 10 TIPO DE GRAVIDEZ POR GRUPO-HUCAM/UFES 2000 A 2004.

Grupos	Única		Dupla		Tripla ou mais	
	n	%	n	%	n	%
I	85	95,5	4	4,5	-	-
II	1400	95,8	59	4,0	3	0,2
III	3872	93,6	254	6,1	12	0,3
IV	577	94,1	30	4,9	6	1,0
Total	5934	94,2	347	5,5	21	0,3

O parto vaginal (Tabela 9) foi realizado em 3.393 (53,9%) mães e a **cesariana** em 2.897 (46,1%). A maior frequência de cesariana foi no Grupo IV com 378

(61,8%). A menor frequência de cesariana foi no Grupo II com 502 (34,4%). No Grupo I a cesariana ocorreu em 38 (42,7%).

Tabela 11 : TIPO DE PARTO POR GRUPO- HUCAM/UFES 2000 A 2004.

Grupos	Vaginal		Cesariana	
	n	%	n	%
I	51	57,3	38	42,7
II	958	65,6	502	34,4
III	2150	52,1	1979	47,9
IV	234	38,2	378	61,8
Total	3393	53,9	2897	46,1

A falta de registro desta variável foi observada em 12 (0,2%) prontuários.

A distribuição do **sexo dos NV por grupo**, (Tabela 10), apontou 48,0% do sexo feminino e 52% do sexo masculino.

Tabela 12 SEXO DO RECEM NASCIDO POR GRUPO-HUCAM/UFES 2000 A 2004

Grupos	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
I	39	43,8	50	56,2
II	683	46,8	775	53,2
III	1999	48,4	2127	51,6
IV	293	47,9	319	52,1
Total	3014	48,0	3271	52,0

A falta de registro desta variável foi observada em 17 (0,27%) prontuários.

Com relação ao **peso de nascimento por grupo** (Tabela 11), 3.158 (50,1%) NV apresentaram peso adequado e a maior proporção estava entre os NV de mães do Grupo I (51,7%). Entre os 1.518 (24,1%) com peso insuficiente, a maior proporção foi entre os de mães do Grupo II (27,4%). Entre os 617

(25,7%) NV de baixo peso, a maior frequência foi entre os NV de mães do Grupo IV. Encontrou-se 6 (0,1%) com peso menor que 500 gramas e considerados aborto.

Tabela 13 PESO DO RECÉM-NASCIDO POR GRUPO-HUCAM/UFES 2000 a 2004

Grupos	Baixo Peso 501 a 2500 g		Peso insuficiente 2501 a 3000		Peso adequado 3001 g e maior	
	N	%	n	%	n	%
I	24	27,0	19	21,3	46	51,7
II	369	25,2	400	27,4	691	47,3
III	1032	25,0	980	23,7	2121	51,3
IV	192	31,4	119	19,4	300	49,0
Total	1617	25,7	1518	24,1	3158	50,1

A falta de registro desta variável foi observada em 3 (0,05%) prontuários.

Observou-se que 6.218 (98,7%) NV não apresentam **anomalia fetal** e 66 (1%) apresentam (Tabela 12). Não foi observada anomalia entre os NV de mães do Grupo I.

Tabela 14 ANOMALIA FETAL OU MÁ FORMAÇÃO FETAL POR GRUPO HUCAM/UFES 2000 A 2004

Grupos	Sim		Não	
	n	%	n	%
I	-	-	89	100
II	13	0,9	1445	98,8
III	44	1,1	4081	98,7
IV	9	1,5	603	98,4
Total	66	1,0	6218	98,7

A falta de registro desta variável foi observada em 18 (0,3%) prontuários.

Em relação ao escore de **Apgar com um minuto de vida (Tabela 13)**, observa-se que 5.356 (88,9%) dos NV são hígidos. Hipóxia grave foi encontrada em 183 (3,0%) NV, com maior proporção entre os de mães do Grupo IV e menor proporção entre os de mães do Grupo I. Hipóxia moderada foi encontrada em 486 (8,1%) NV, com maior proporção entre os de mães do Grupo IV e menor proporção entre os do grupo I.

Tabela 15 APGAR NO PRIMEIRO MINUTO DE VIDA POR-HUCAM/UFES 2000 A 2004

Grupos	Hipóxia Grave		Hipóxia moderada		RN Hígido	
	Apgar 0-1-2-3		Apgar 4-5-6		Apgar 7-8-9-10	
	n	%	n	%	n	%
I	2	2,3	6	6,7	80	89,9
II	47	3,3	118	8,4	1239	88,2
III	113	2,9	305	7,7	3533	89,4
IV	21	3,6	57	9,8	504	86,6
Total	183	3,0	486	8,1	5356	88,9

A falta de registro desta variável foi observada em 277(4,4%%) prontuários.

Quanto ao escore de **Apgar aos cinco minutos de vida (Tabela 14)** observou-se que 5.941 (97,8%) dos NV eram hígidos. Hipóxia grave aos cinco minutos de vida foi observada em 38 (0,6%) NV com maior proporção entre os de mães do grupo I e menor nas do grupo II. Hipóxia moderada aos cinco minutos de vida foi encontrada em 98 (1,6%) NV com maior proporção entre os de mães do grupo IV nenhum do grupo I.

Tabela 16 APGAR no quinto minuto de vida por grupo HUCAM/UFES 2000 A 2004

Grupos	Hipóxia Grave Apgar 0-1-2-3		Hipóxia moderada Apgar 4-5-6		RN Hígido Apgar 7-8-9-10	
	n	%	n	%	n	%
I	1	1,1	-	-	87	98,9
II	5	0,4	27	1,9	1386	97,7
III	27	0,7	59	1,5	3893	97,8
IV	5	0,8	12	2,0	575	97,1
Total	38	0,6	98	1,6	5941	97,8

A falta de registro desta variável foi observada em 225 (3,57%) dos prontuários.

4.1 ANÁLISE UNIVARIADA E MULTIVARIADA

A análise estatística foi realizada em duas etapas para controlar os fatores de confusão. Inicialmente foi realizada a análise univariada (Tabela 16) e em seguida a multivariada (Tabela 17). O modelo de regressão logística foi utilizado em ambas as análises para anomalias. Foi utilizado o modelo de regressão polinômica nas duas análises para as variáveis de gestação, apgar no primeiro minuto, apgar no quinto minuto de vida e peso (HOSMER & LEMESHOW, 1989).

4.1.1 ANOMALIA

Tabela 17 ANÁLISE UNIVARIADA: ANOMALIA FETAL-HUCAM/UFES 2000 A 2004.

VARIÁVEL	VALOR- p
Escolaridade da mãe	0,928
Quantidade de filho vivo	0,758
Gravidez	0,423
Tipo de parto:Cesariana	0,000
Consulta	0,430
Sexo	0,682
Raça	0,766
Estado civil	0,511
Grupo	0,670

Tabela 18 ANÁLISE MULTIVARIADA: ANOMALIA FETAL-HUCAM/UFES 2000 A 2004.

Variáveis	B	Sig p	Exp(B) OR	I.C	Exp(B)
				Inf.	Sup.
Tipo de					
Parto:Cesariana	-0,930	0,000	0,395	0,234	0,664
Constante	6,006	0,000	405,926		

Interpretação: a chance de uma criança que nasceu por cesariana ter anomalia é 0,4 vezes a chance daqueles que nasceram por parto vaginal.

4.1.2 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO: PREMATURIDADE

Tabela 19: ANÁLISE MULTIVARIADA: DURAÇÃO DA GESTAÇÃO-HUCAM/UFES 2000 A 2004.

Duração da gestação		B	Sig. p	Exp(B) O R	95% I.C. Exp(B)	
					Menor	Maior
Pré termo	Constante	-1,801	0,000			
	Número de filho vivo prévio	-0,132	0,000	0,876	0,833	0,922
	Tipo de gravidez	1,619	0,000	5,049	4,047	6,299
	Tipo de parto:Cesariana	0,642	0,000	1,901	1,673	2,161
	Nº de consultas	-0,585	0,000	0,557	0,513	0,605
Pós termo	Constante	-5,392	0,000			
	Número de filho vivo prévio	0,135	0,107	1,144	0,971	1,348
	Tipo de gravidez	0,113	0,874	1,120	0,275	4,558
	Tipo de parto:Cesariana	0,084	0,762	1,087	0,632	1,870

Interpretação (Pré termo): a chance de uma criança que nasceu por cesariana ser pré-termo é 1,7 vezes (70% maior) que a chance daquele que nasceu por parto vaginal.

Para o aumento em uma unidade do número de filho vivo prévio, a chance de um RN ser pré termo reduz-se em 23%.

Quando aumentamos o número de consultas, a chance de um RN ser pré-termo é reduzida em 19%.

Quando o tipo de gravidez aumenta (única, dupla, tripla ou mais) a chance de um RN ser pré-termo aumenta em 35%.

Interpretação (A termo): a chance de uma criança que nasceu por cesariana ser a termo é 0,9 vezes a chance daqueles que nasceram por parto vaginal.

Para o aumento em uma unidade do número de filho vivo prévio a chance de um RN ser a termo reduz-se em 12,6%.

Quando aumentamos o número de consultas à chance de um recém nascido ser a termo é reduzida.

Quando o tipo de gravidez aumenta (única, dupla, tripla ou mais) a chance de um RN ser a termo é reduzida.

4.1.3 APGAR 1 MIN

Tabela 20 ANÁLISE MULTIVARIADA: APGAR DO PRIMEIRO MINUTO DE VIDA-HUCAM/UFES 2000 A 2004

APGAR 1 MIN		B	Sig.	Exp(B)	95% I.C. Exp(B)	
					Menor	Maior
Hipóxia grave	Constante	-3,855	0,000			
	Tipo de gravidez	0,549	0,017	1,731	1,103	2,716
	Tipo de parto:Cesariana	0,616	0,000	1,852	1,357	2,526
	Nº de consultas	-0,508	0,000	0,602	0,501	0,723
	Sexo	0,404	0,009	1,498	1,104	2,031
	Constante	-3,152	0,000			
Hipóxia moderada	Tipo de gravidez	0,489	0,001	1,631	1,210	2,199
	Tipo de parto:Cesariana	0,448	0,000	1,565	1,290	1,899
	Nº de consultas	-0,192	0,003	0,825	0,727	0,936
	Sexo	0,134	0,162	1,143	0,948	1,379
	Constante					

Interpretação (Hipóxia grave): a chance de uma criança que nasceu por cesariana ter hipóxia grave é 1,9 vezes (90% maior) que a chance daqueles que nasceram por parto vaginal.

Quando aumentamos o número de consultas, a chance de um RN ter hipóxia grave é reduzida em 40%.

Quando aumentamos o tipo de gravidez da mãe (única, dupla, tripla ou mais) a chance de um RN ter hipóxia grave é 70% maior.

A chance de uma criança do sexo masculino ter hipóxia grave é 1,5 vezes (50%) a chance das crianças do sexo feminino.

Interpretação (Hipóxia moderada): a chance de uma criança que nasceu por cesariana ter hipóxia moderada é 1,6 vezes (60% maior) que a chance daqueles que nasceram por parto vaginal.

Quando aumentamos o número de consultas, a chance de um RN ter hipóxia moderada é reduzida em 18%.

Quando aumentamos o tipo de gravidez da mãe (única, dupla, tripla ou mais), a chance de um RN ter hipóxia moderada é 60% menor.

A chance de uma criança do sexo masculino ter hipóxia moderada é 1,1 vezes (10%) maior que a chance das crianças do sexo feminino.

4.1.4 APGAR 5 MIN

Tabela 21 ANÁLISE MULTIVARIADA: APGAR DO QUINTO MINUTO DE VIDA-HUCAM/UFES 2000 A 2004

APGAR 5 MIN		B	Sig.	Exp(B)	95% I.C. Menor	Exp(B) Maior
Hipóxia grave	Constante	-7,328	0,000			
	Número de filho vivo prévio	0,222	0,023	1,249	1,032	1,512
	Tipo de gravidez	0,829	0,047	2,291	1,010	5,194
	Tipo de parto:Cesariana	0,618	0,077	1,855	0,936	3,673
	Nº de consultas	-0,434	0,033	0,648	0,435	0,965
	Sexo	0,835	0,020	2,306	1,139	4,666
Hipóxia moderada	Constante	-3,821	0,000			
	Número de filho vivo prévio	-0,080	0,336	0,923	0,785	1,086
	Tipo de gravidez	0,508	0,093	1,662	0,918	3,009
	Tipo de parto:Cesariana	0,579	0,007	1,785	1,173	2,716
	Nº de consultas	-0,588	0,000	0,556	0,437	0,706
	Sexo	0,199	0,335	1,220	0,814	1,829

Interpretação (Hipóxia grave): a chance de uma criança que nasceu por cesariana ter hipóxia grave é 1,9 vezes (90% maior) a chance daqueles que nasceram por parto vaginal.

Para o aumento em uma unidade do número de filho vivo prévio, a chance de um RN ter hipóxia grave aumenta em 24,9%.

Quando aumentamos o número de consultas, a chance de um RN ter hipóxia grave aos cinco minutos de vida é reduzida em 35%.

Quando aumentamos a gravidez da mãe (única, dupla, tripla ou mais), a chance de um RN ter hipóxia grave é maior em 130%.

A chance de uma criança do sexo masculino ter hipóxia grave é 2,3 vezes (130% maior) que a chance das crianças do sexo feminino.

A chance de uma criança branca ter hipóxia grave é 2,1 vezes (110% maior) que a chance das crianças pardas.

Interpretação (Hipóxia moderada): a chance de uma criança que nasceu por cesariana ter hipóxia moderada é 1,8 vezes (80% maior) que a chance daqueles que nasceram por parto vaginal.

Para o aumento em uma unidade do número de filho vivo prévio a chance de um RN ter hipóxia moderada reduz-se em 8%.

Quando aumentamos o número de consultas a chance de um RN ter hipóxia moderada aos cinco minutos de vida é reduzida em 44%.

Quando aumentamos o tipo de gravidez (única, dupla, tripla ou mais) a probabilidade de um RN ter hipóxia moderada é aumentada em 66%.

4.1.5 PESO:

Tabela 22 ANÁLISE MULTIVARIADA: PESO DO NATIVIVO-HUCAM/UFES 2000 A 2004

Peso do RN		B	Sig.	Exp(B)	95% I.C. Exp(B)	
					Maior	Menor
Baixo peso	Constante	-0,480	0,110			
	Número de filho vivo prévio	-0,221	0,000	0,80	0,802	0,757
	Tipo de gravidez	2,829	0,000	16,93	16,935	11,758
	Tipo de parto:Cesariana	0,418	0,000	1,52	1,519	1,328
	Nº de consultas	-0,780	0,000	0,46	0,459	0,419
	Sexo	-0,267	0,000	0,77	0,766	0,673
	Grupo 1	-0,279	0,004	0,76	0,756	0,443
	Grupo 2	-0,110	0,000	0,90	0,896	0,758
	Grupo 4	0,571	0,000	1,77	1,769	1,420
Peso insuficiente	Constante	-0,340	0,288			
	Número de filho vivo prévio	-0,114	0,000	0,89	0,892	0,845
	Tipo de gravidez	1,657	0,000	5,24	5,241	3,495
	Tipo de parto:Cesariana	-0,206	0,002	0,81	0,814	0,714
	Nº de consultas	-0,337	0,000	0,71	0,714	0,651
	Sexo	-0,322	0,000	0,72	0,725	0,640
	Grupo 1	-0,309	0,257	0,73	0,734	0,423
	Grupo 2	0,063	0,855	1,07	1,065	0,909
	Grupo 4	0,037	0,763	1,04	1,037	0,817

Interpretação (Baixo peso): a chance de uma criança que nasceu por cesariana ter baixo peso é 1,6 vezes (60% maior) que a chance daquele que nasceu por parto vaginal.

Para o aumento em uma unidade do número de filho vivo prévio, a chance de um RN ser baixo peso reduz-se em 20%.

Quando aumentamos uma consulta, a chance de um RN ter baixo peso é reduzida em 54%.

Quando aumentamos o tipo de gravidez (única, dupla, tripla ou mais), a chance de um RN ter baixo peso é maior 16 vezes

A chance de uma criança do sexo feminino ter baixo peso é 1,25 vezes (25% maior) que a chance das crianças do sexo masculino.

A chance de baixo peso em uma criança do Grupo III é de 1,3 vezes (30% maior) a chance da criança do Grupo I ($p=0,004$).

A chance de baixo peso em uma criança do Grupo 3 é 12% maior do que a do Grupo II ($p<0,0001$).

A maior chance de baixo peso é no Grupo IV. No entanto, o Grupo I tem menos chance que o II que, por sua vez, tem menor chance que o III.

A chance de uma criança do grupo IV ter baixo peso é 1,77 (77% maior) que a chance das crianças do grupo III.

Interpretação (Peso insuficiente): a chance de uma criança que nasceu por cesariana ter peso insuficiente é 0,8 vezes maior a chance daquele que nasceu por parto vaginal.

Para o aumento em uma unidade do número de filho vivo prévio a chance de um RN ser a termo reduz-se em 10,8% .

Quando aumentamos o número de consultas, a probabilidade de um RN ter peso insuficiente é reduzida.

Quando aumentamos a gravidez da mãe (única, dupla, tripla ou mais), a probabilidade de um RN ter peso insuficiente é aumentada.

A chance de uma criança do sexo masculino ter peso insuficiente é 0,7 vezes a chance das crianças do sexo feminino.

A chance de uma criança do grupo I ter peso insuficiente é 0,3 vezes a chance das crianças do grupo III.

A chance de uma criança do grupo II ter peso insuficiente é 0,4 vezes a chance das crianças do grupo III.

A chance de uma criança do grupo IV ter peso insuficiente é 0,8 vezes a chance das crianças do grupo III.

5 DISCUSSÃO

5.1 ASPECTOS METOLÓGICOS E VIÉS

Vários aspectos metodológicos podem afetar os resultados de uma pesquisa, devendo ser considerados no momento da discussão. Inicialmente, é importante ressaltar que a descrição quantitativa da incidência de mães adolescentes e de recém nascido portador de anomalia fetal; recém-nascido prematuro, de baixo peso e que apresentava hipóxia no primeiro e quinto minuto de vida, conforme realizado no presente trabalho, não reflete, per si, o comportamento de uma população de uma região. Também é fundamental dizer que, por se tratar de um estudo descritivo e retrospectivo, não se identificou aqui relação causal entre variáveis, mas apenas associações descritivas.

A análise estatística é fator decisivo na busca da evidência científica e foi realizada nesta pesquisa.

A falta de consenso ou de padronização para o ponto de corte da faixa etária das adolescentes estudadas e a faixa de idade das mães adultas que serviram para comparação; os diferentes bancos de dados e as características locais das mães adolescentes estudadas, certamente poderá dificultar ou impedir a comparação dos resultados encontrados nos estudos e poderá levar os pesquisadores a superestimar ou subestimar os verdadeiros aspectos da gravidez na adolescência.

No presente estudo, foi utilizado a população total das grávidas internadas num período de cinco anos na maternidade do Hospital Universitário da UFES. Desta forma, os resultados não podem ser generalizados para a população do estado ou da região, visto que, refletem a realidade apenas de uma população específica que tem suas características próprias, as das grávidas internadas na maternidade do Hospital Universitário / HUCAM / UFES.

A escolha do HUCAM/UFES foi relevante para a qualidade dos dados apresentados no presente trabalho e acreditamos que a possibilidade de viés de informação e de memória seja remota, pois o HUCAM possui residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura para Gineco-Obstetrícia e Pediatria. As informações foram colhidas rotineiramente de todas as pacientes hospitalizadas, pelos médicos residentes, presentes nos serviços diuturnamente. Todas as atividades dos médicos residentes foram supervisionadas pelos médicos especialistas do staff do HUCAM. Os médicos residentes transcreveram as informações dos prontuários médicos para um protocolo padronizado pelo Centro Latino de Perinatologia (OPS/OMS), História Clínica Perinatal, já implantado no HUCAM e que é a folha do Clap, a qual foi revisada na alta da puérpera e seguiu-se a digitação por um médico gineco-obstetra treinado no Centro Latino-Americano de Perinatologia. Registramos, no presente estudo, a falta de dados menor que 1%, exceto para o Apgar, que foi de 277(4,4%) e 225 (3,57%) de todas as internações para o Apgar de 1 minuto e de 5 minutos, respectivamente. Não foi possível obtermos o número de natimortos e de grávidas transferidas para outras maternidades. Entretanto, acreditamos poder excluir essas faltas de dados como viés, uma vez que foram distribuídas ao longo dos cinco anos de estudo e foram incluídas todas as internações realizadas no mesmo período.

5.2 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A maternidade do HUCAM é uma das duas maternidades de alto risco do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Espírito Santo. É credenciada como de alto risco pelo Ministério da Saúde do Brasil. Esse credenciamento eleva a qualidade dos serviços prestados às grávidas ali internadas, uma vez que é obrigatória a presença de médicos especialistas diuturnamente nos serviços de gineco-obstetrícia e pediatria, bem como a necessidade de centro obstétrico, Unidade de tratamento intensivo de adulto (UTI) e Unidade de Tratamento intensivo neonatal (UTIN). O Serviço de Gineco-Obstetrícia do

HUCAM possui ambulatório especializado para acompanhamento da gestante adolescente. Atende a gestante de alto risco de todo o Estado do Espírito Santo. A gestante adolescente, em geral, é moradora da grande Vitória, e faz a maior parte do pré-natal no HUCAM. A gestante adulta, em geral é proveniente do Estado inteiro e é referenciada a uma das duas maternidades de alto risco. Assim, a gestante de alto risco na adolescência (Grupo I e II) e a gestante de alto risco pela idade de 35 anos e mais (Grupo IV) foi comparada à outra gestante adulta de alto risco devido a patologias como diabetes, hipertensão, infecções etc. (Grupo III) que serviu de referência de comparação. De um modo geral, as gestantes hospitalizadas no HUCAM são de alto risco.

A gravidez na adolescência tem sido considerada há muito tempo como de alto risco perinatal (PERKINS e col. 1978).

FISHER and PATON, IN KLAUS and FANAROFF, 1979, relacionaram critérios para identificação da gestação de alto risco: a idade da paciente adolescente (menos de 16 anos no momento da concepção) e mães idosas (superior a 40 anos no momento da concepção).

A pesquisa desta dissertação, a adolescente grávida, em geral, foi acompanhada durante o pré-natal por equipe multidisciplinar composta de médico gineco-obstetra, pediatra, enfermeira, assistente social, nutricionista. Os partos ocorreram na presença do médico obstetra, pediatra e enfermeiros. A avaliação da vitalidade do recém nascido ou escore de Apgar foi dado pelo médico no momento do parto. O primeiro exame físico foi realizado pelo médico residente no nascimento. O recém nascido foi pesado imediatamente ao nascer por técnico de enfermagem. A determinação da idade gestacional foi realizada por exame físico realizado pelo médico residente da pediatria. Quando necessário, a mãe e o recém nascido, foram encaminhados para UTI ou UTIN do HUCAM.

Outros aspectos que merecem ser pontuados dizem respeito à falta de consenso na literatura para os 4 itens abaixo:

- As diferenças no ponto de corte utilizado para as faixas etárias estudadas na adolescência e ponto de corte utilizado para a idade da mulher adulta que serve para comparação.

Neste estudo foram consideradas as idades de 10-14, 15-19, 20-34 e 35 anos e mais. As faixas etárias de 10-14 anos ou Grupo I, as de 15-19 anos ou grupo II, as de 35 anos e mais ou Grupo IV, foram comparadas com as de 20-34 anos ou Grupo III.

- Os diferentes bancos de dados utilizados como, por exemplo, o uso da base de dados do SINASC, ou o banco de dados de uma maternidade, de um ambulatório de pré-natal, etc. O SINASC, que é o Sistema de Informações de Nascidos Vivos, do MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. O SINASC utiliza como base de dados os constantes dos formulários DNV, que é a Declaração de Nascidos Vivos, as quais, em geral, são preenchidas por auxiliares ou técnicos de enfermagem dos hospitais onde ocorreu o nascimento.
- As diferenças entre a amostra ou população estudada. As diferenças nos estudos realizados em maternidade, em colégio ou domicílio. No estudo realizado em maternidade, a coleta das informações é diretamente da grávida no momento da hospitalização para o parto; no estudo realizado em colégio ou domicílio, a coleta da informação é de mulheres ou rapazes que relatam a ocorrência de gravidez na adolescência. Mesmo entre as maternidades há diferenças importantes como, por exemplo, a presença ou não do médico pediatra para atender o recém nascido durante o nascimento e determinar o escore de Apgar, realizar o exame físico e assim determinar a idade gestacional.

No presente estudo foi utilizado um banco de dados da maternidade do HUCAM e o tamanho da amostra foi representado por toda a população de grávidas atendidas no período de cinco anos, num total de 6.302 grávidas.

- As grandes diferenças dos países ou estados ou locais do estudo no que dizem respeito ao fato de ser ou não desenvolvido. Nos países desenvolvidos, os problemas decorrentes do analfabetismo, de dificuldade de acompanhamento pré-natal, por exemplo, são menores. Os recursos humanos e materiais disponibilizados no trabalho de parto, como a presença na própria maternidade do obstetra, do pediatra e da enfermeira, a existência de UTI para a mãe ou a UTIN para o recém nascido também são alguns dos fatores importantes no atendimento ao parto e ao recém-nascido. Em nosso Estado, a falta de vaga para o momento do parto é informação relativamente freqüente das mães e este fato poderá influenciar decisivamente nas condições do parto e do nascimento. Uma gestante em trabalho de parto, quando, por falta de vagas ou quando tiver sua hospitalização protelada, por qualquer motivo, certamente terá um maior risco de hipóxia. Quando se tratar de uma gestante, já rotulada como de alto risco, certamente, ela irá tentar procurar uma maternidade que possua no mínimo uma Uti Neonatal.

5.3 FAIXA ETÁRIA ESTUDADA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência ocorre desde a idade de 10 anos até os 19, existindo notável diferença, sob o ponto de vista da saúde, entre a etapa precoce – que vai dos 10 aos 14 anos – e a tardia – que abarca dos 15 aos 19 anos (LOPEZ, G. et al., 1992). Ainda que se registrem gestações no grupo de 10 a 14 anos, a maior quantidade de informação disponível sobre o assunto refere-se à etapa tardia. Este fato é de interesse porque a existência de riscos durante a gravidez se apresenta neste último grupo com maior facilidade, intensificando-se os transtornos emocionais e a negação da gravidez (MADDALENO, 1995; SILBER, 1995).

COSTA e col. 2001 estudaram 5.279 Nascidos Vivos pelo SINASC em Feira de Santana, Bahia e consideraram as idades de 10-16 anos, 17-19 anos e 20-24 anos.

AQUINO e col. 2003, pesquisaram a gravidez na adolescência em inquérito domiciliar, em entrevistas de uma amostra estratificada de 4.634 jovens (homens e mulheres) em Salvador na Bahia, Rio de Janeiro, RJ e Porto Alegre no Rio Grande do Sul, para avaliação retrospectiva de gravidez na adolescência e referiram idades de relato de gravidez antes dos 15 anos, antes dos 18 anos e antes dos 20 anos

TAUIL e col., 2001, Distrito Federal, estudaram 106.492 partos pelo SINASC e consideraram as idades de menores de 16 anos, 17-19 anos, 20-34 anos e mais de 34 anos.

MIRANDA e col., 2001, estudaram a Soroprevalência de HIV, Hepatite B e Sífilis em 1.607 mulheres na primeira consulta de pré-natal em Vitória, Espírito Santo e consideraram as idades de 15 anos e menores, 16-25 anos, 26-35 anos, 36-45 anos de idade.

ARAGÃO e col., 2004, em estudo sobre Fatores de risco para nascimentos prematuros em São Luís, Maranhão, selecionaram 2.443 Nascidos Vivos em dez hospitais, públicos e privados (96,3% de todos os nascimentos em São Luís) e consideraram as idades de menos de 18 anos, 18 a 19 anos, 20 a 24 anos e 25 anos e mais.

SIMÕES e col., 2003, em estudo sobre a gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão, selecionaram 2.429 partos, 94% dos nascimentos hospitalares, e consideraram as idades de 13 a 17 anos, 18 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos e 35 a 49 anos de idade.

COIMBRA e col., 2003, em São Luís , Maranhão, em estudo sobre Fatores associados à inadequação da assistência pré-natal, selecionaram 2.831 puérperas e referiram as idades de menores de 18 anos, 18 a 34 anos e 35 anos e maiores.

GAMA e col, 2004, RJ, em estudo de 6.974 mulheres no pós-parto imediato, selecionaram 1.801 adolescentes e referiram às idades de 10 a 14 anos, 15-19 anos.

ZANCHI e col, 1999, RS realizaram o estudo Análise retrospectiva da gestação na adolescência no Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, com amostra de 1.000 grávidas, selecionaram 204 adolescentes e consideraram as idades de 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 anos.

SANTOS e col. 2000, em estudo sobre Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, amostra de 396 mulheres, consideraram as idades de menos de 20, 20-24, 25-29, 30-34 e mais de 34 anos.

O ponto de corte escolhido para a idade das adolescentes deste estudo foi de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, de acordo com o preconizado pela OMS, IBGE entre outros.

Não foi determinada, nesta pesquisa, a idade ginecológica das mães.

5.4 FREQUENCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

COSTA e col., 2001, utilizaram dados do SINASC-1998, e verificaram que, do total de 10.164 nascidos vivos em Feira de Santana, no ano de 1998, 2.194 eram de filhos de adolescentes e 3.085 de adultas jovens, correspondendo a 21,6% e 30,4% de nascidos vivos, respectivamente.

TAUIL e col. 2001, utilizaram dados do SINASC -1995 a 1996, verificaram, no Distrito Federal, que dos 106.492 partos, 21,3% foram de mães adolescentes (5,3% com idade igual ou inferior a 16 anos, e 16% entre 17 e 19 anos) e 72% constituíram grupo de mães entre 20 e 34 anos. O número de partos de recém nascidos vivos em mulheres de até 34 anos foi 99.357, o que equivale a 93,3%. Mulheres acima de 34 anos que não foram incluídas nesse estudo, representaram, portanto, apenas 6,7% dos partos.

MIRANDA e col. 2001, em estudo com mulheres na sua primeira consulta a uma Clínica de pré-natal em serviço público em Vitória, Espírito Santo, com a participação de 1.608 mulheres, referiram 53 (3,3%) de gravidez em adolescentes menores de 15 anos.

SIMÕES e col. 2003, referiram 2.429 partos estudados, 319(13,1%) foram de mulheres com idade) abaixo de 18 anos (de 13 a 17 anos), 395(16,3%) com 18 e 19 anos, totalizando 714 mulheres com menos de 20 anos (29,4%)

GAMA e col. 2004, Município do Rio de Janeiro, realizaram entrevistas com 1.967 adolescentes no pós parto imediato de Maternidades públicas, conveniadas com o SUS e particulares. Das 6.974 mulheres entrevistadas, as 1.801 puérperas adolescentes, objeto deste estudo, representaram 25,8%, após exclusão das perdas (2,2% da amostra).* 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.

GAMA e col. 2002,, entrevistaram 3.118 puérperas no pós parto em maternidades municipais e federais do Município do Rio de Janeiro. E encontraram 914 (30,1%) de menores de 20 anos.

SANTOS e col.2000, estudaram 401 mães de quatro maternidades em Pelotas, Rio Grande do Sul, segundo dados do SINASC e observaram que a média de idade observada foi de 26 anos (DP=7 anos). Mais da metade das mães estava

na faixa etária de 20 a 29 anos, 68(17,2%) das mães eram adolescentes menores de 20 anos e 57 (14,4%) tinham mais de 34 anos de idade.

GALLO e col. 2000, utilizaram todas as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) de Joinville, Santa Catarina e realizaram estudo de 8.942 partos hospitalares. Desses, 1.738 foram de mulheres entre 10 e 20 anos de idade, ou seja, 19,4% de todos os partos foram de gestantes adolescentes. Os partos de menores de 15 anos de idade corresponderam a 2,2% do total das adolescentes que deram à luz naquele ano. A análise foi realizada por comparação de frequências simples, por faixas de idade materna, sem a aplicação de testes estatísticos, já que se tratava de dados do universo das DNs e não de uma amostra probabilística das mesmas, o que significa que os valores observados não correspondiam à estimativas, mas, sim, ao valor populacional real para aquele local e ano.

DEL CIAMPO e col.2004, realizaram quatro avaliações decenais de estudo em 1970, 1980, 1990 e 2000 e encontraram registradas 781 crianças no programa de Puericultura do CMSCVL, Ribeirão Preto, São Paulo, destas, 151 (19,3%) tinham mãe com idade inferior a 20 anos por ocasião do nascimento, e foram incluídas no estudo. Observaram que houve aumento na prevalência de mães adolescentes até 1990, com posterior redução em 2000. A média da idade das mães foi de 18,4 anos e não apresentou variação significativa entre os períodos estudados ($p > 0,05$).

RIBEIRO e col.2000, em Ribeirão Preto, São Paulo, estudaram 943 mães adolescentes em 1978/79 e 499 de 1994. Observaram aumento no percentual de mães adolescentes de 14,1% em 1978/79, para 17,5% em 1994($p < 0,05$). Esta inversão da curva de idade foi devida ao aumento dos nascimentos na faixa etária de 13 a 17 anos. Devido a essa diferença, analisou-se a distribuição das variáveis nos dois inquéritos, separadamente para as faixas etárias de 13 a 17 anos e 18 e 19 anos.

GOLDANI e col., 2000, estudaram as informações sobre as gestações que foram obtidas de duas coortes de recém nascidos vivos de parto único hospitalar, 6.681 nascimentos em 1978/1979 e 2.839 em 1994. Um questionário padronizado foi aplicado às mães após o parto e informações demográficas foram coletadas de fontes oficiais. Referem que houve aumento significativo da gravidez na adolescência (5,1% para 7,4%) e decréscimo na mortalidade infantil (36/1.000 para 17/1.000).

Assim, o Brasil mostra, como ocorre no mundo inteiro, um aumento da incidência de gravidez na adolescência com tendência a incrementos maiores nas idades maternas mais baixas (CORREA E COATES, 1993).

Observa-se que a frequência da gravidez na adolescência varia conforme a faixa etária estudada. Nestes artigos selecionados da literatura nacional, as faixas etárias estudadas, bem como o banco de dados e metodologia utilizados são diferentes, portanto torna-se difícil compará-los entre si.

5.5 ESTATÍSTICAS DO REGISTRO CIVIL IBGE BRASIL

No Brasil, no ano de 2000, foram registrados (IBGE) 2.611.922 nascidos vivos e 21,34% (557407) eram filhos de mães adolescentes (10 a 19 anos), o que corresponde a 62,59 por mil mulheres desta faixa etária. A distribuição de nascidos vivos e registrados não é uniforme nos estados brasileiros. Para a faixa de 10 a 14 anos, os estados de Mato Grosso do Sul, Acre e Amapá foram os de maior número de nascidos vivos e registrados, com 4,08, 3,80 e 3,66 por mil habitantes mulheres desta mesma faixa etária. Para a faixa de 15 a 19 anos os estados do Acre, Mato Grosso do Sul e Roraima foram os de maior número de nascidos vivos e registrados, com 88,53, 82,29 e 80,72 por mil habitantes mulheres desta mesma faixa etária.

No Brasil, a taxa de natalidade total foi de 24,21 por mil em 1994, 21,13 por mil em 2000 e 20,64 por mil em 2004 (DATASUS, 2006).

Na nossa pesquisa foram atendidas no HUCAM no período de 2000 a 2004, 6.302 grávidas. Destas 89 (1,4%) eram filhas de mães adolescentes de 10-14 anos e 1.462 (23,2%) de mães adolescentes de 15-19 anos. Das mães adolescentes de 10 a 19 anos ou menores de 20 anos foram 1.551(24,6%).

5.6 CARACTERÍSTICAS DAS ADOLESCENTES DESTA PESQUISA

Tabela 23 CARACTERÍSTICAS DAS ADOLESCENTES-HUCAM-2000 A 2004

Variável	Grupo I 10 a 14 anos	Grupo II 15 a 19 anos
União: Com Companheiro	46%	41,7%
Escolaridade: 4 a 7 anos	96,6%	41,7%
Filho vivo prévio: Nenhum	100%	79%
Filho morto prévio:Nenhum	99%	99,3%
Cons.Pré-natal: > 7	43,8%	45,1%
Tipo Gravidez: Única	95,5%	95,8%
Tipo Parto: Normal	57,3%	65,6%

5.7 CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS

Tabela 24 CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS-HUCAM-2000 A 2004

Variável	Grupo I	Grupo II
	10 a 14 anos	15 a 19 anos
Anomalia fetal:Ausente	100%	98,8%
Apgar 1 minuto: 7-10	89,9%	88,2%
Apgar 5 minutos: 7-10	98,9%	97,7%
Duração da Gravidez:	73%	76,4%
RN a termo		
Peso RN: 3.000g e >	51,7%	47,4%

5.8 TIPO DE UNIÃO MATERNA

ALMEIDA e col., 2003, Bahia, , em pesquisa em escolas entrevistou 1.664 estudantes com relato de iniciação sexual e categorizou a idade da adolescente de 11-19 anos tendo encontrado 1.024 (61,53%) de parceria não estável para todos os pacientes.

MIRANDA e col., 2001, ES, , em pesquisa de DST examinou 1.603 grávidas e categorizou a idade materna em 15 anos e menos e encontrou 53 (3,3%) pacientes; 16-25 anos e relatou 998 (62,1%); 25-35 anos com 473 (29,4%) pacientes; e 36-45 anos com 84 (5,2%) pacientes. Para o tipo de união materna sozinha, separada, viúva e divorciada encontrou 482 (29,9%) de todas as pacientes.

SIMÕES e col., 2003, Maranhão, em 2.429 nativos encontrou para a idade materna em 13-17 anos 319 (13,1%) e estavam sem companheiro 120 (37,6%); 18-19 anos com 395 (16,3%) e sem companheiro 126 (31,9%). No total de 714 (29,4%) adolescentes encontrou 246 (10,12%) sem companheiro.

LINS, 1998/99, Paraíba, estudou 120 adolescentes com idades de 14-15 anos e encontrou 7 (6%) grávidas; 16-18 anos com 73 (61%) grávidas; 19-20 anos com 40 (33%) grávidas e relatou solteira e sem união estável em 23 (9,2%).

SABROZA e col., 2004, RJ, estudou 1.228 adolescentes com idades de 12-16 anos e 320 (26,05%) puérperas e destas estavam sem união consensual 141(11,5%); 17-19 anos e 908 (73,95%) puérperas e destas 247 (20,1%) estavam sem união consensual. No total de 1.228 puérperas das adolescentes encontrou 388 (31,6%) sem união consensual.

FARINA, 2002, RS, , estudou 133 mães com idade de 12-18 anos e encontrou 100 (75,18%) com relato de solteira.

CHEMELO e col. 2001, RS, em pesquisa domiciliar, encontrou 76 mães com idade de 10-19 anos e 11 (14,5%) delas sem relato de relacionamento marital estável.

RIGOL e col. 2001, RS, categorizou em idade de 12-14 anos e encontrou 75 (8%) e 15-19 anos 856 (92%) e, para um total de 931 gestantes adolescentes, relatou que 118 (12,7%) delas estavam sem companheiro.

ZANCHI e col., 1999, RS, , em uma amostra de 1.000 grávidas, estudou 10 (4,9%) com 10-14 anos de idade, 194 (95,1%) com idade de 15-18 anos e para o total de 204 grávidas entre 13-18 anos 61 (29,9%) delas estavam solteiras.

RIBEIRO, SP, 2000 pesquisou duas coortes de nativos, uma em 1978/79 e categorizou a idade materna em 13-17 anos e encontrou 336 sendo 76 (22,6%) mães sem companheiro; 18-19 anos, 606, sendo 91(15%) mães sem companheiro. Para 1978/79 encontrou um total de 942 e 167 (17,7%) sem companheiro. Para a coorte de 1994 e 13-17 anos encontrou 206, sendo 64 (31,1%) das mães sem companheiro; e 18-19 anos 282, sendo 128 (26,2%)

das mães sem companheiro. Para 1994 encontrou um total de 488 e 128(26,2%) mães sem companheiro.

LIMA E COL., 2000, SP, , estudou 48 puérperas de 10-14 anos e 580 com 15-19 anos e encontrou 235 (38,4%) sem companheiro ou que reside com pais ou pai ou mãe ou outro familiar ou conhecido ou está só.

FUJIMORI e col., 1999, SP, , estudou 155 grávidas com idade de 13-19 anos e encontrou 12 (7,7%) solteira.

Na presente pesquisa, em relação ao tipo de união materna (Tabela 1.2 – pág.48), verificou-se que 4.646 (73,7%) declararam estar com companheiro. Entre as mães com companheiro 41 (46,1%) eram de mães do Grupo I e este número aumentava com a idade do grupo materno.

Não há como comparar os dados da presente pesquisa com os dados dos artigos selecionados. Das 6.302 puerperas, sendo 89 adolescentes de 11-14 anos e que relataram estar sem companheiro 48 (53,9%) e 1.562 adolescentes de 15-19 anos com relato de estar sem companheiro em 557 (38,1%).

5.9 ESCOLARIDADE MATERNA

COSTA e col., 2001, Bahia, verificaram que o nível mais freqüente foi o ensino fundamental incompleto (51,2%), com maior proporção entre mães adolescentes. A análise de RP mostrou que a proporção de analfabetismo foi de 25% e 31% maior entre as adolescentes de 10 a 16 anos, comparadas às de 17 a 19 e 20 a 24, respectivamente. A falta de registro desta variável foi observada em 17% das fichas do SINASC; entretanto, esta perda não comprometeu a análise das medidas de associação e testes de significância .

MIRANDA e col., 2001, Espírito Santo, estudando as faixas etárias de 15 anos e menores, 16-25 anos e 26 a 35 e 36 a 45 anos, relataram que a média de escolaridade foi de 7,2 + ou - 2,8 anos.

SIMÕES e col., 2003, Maranhão, estudaram as faixas etárias de 13-17 anos, 18-19, 20-24, 25-29,30-34 e 35 -49 anos e relataram que, para se evitar a possibilidade de viés na variável escolaridade materna, ou seja, as mulheres abaixo de 18 anos teriam menos anos de escola exatamente por serem mais novas, optou-se por considerar apenas duas categorias: zero a quatro anos e cinco ou mais anos de escolaridade. As adolescentes e as mulheres mais velhas, 35 anos e mais tiveram as maiores proporções de baixa escolaridade, mas a diferença foi marginalmente significativa ($p=0,075$).

SABROZA e col. 2004, Rio de Janeiro, estudaram as faixas etárias entre 12 e 16 anos, 17 e 19 anos e relataram que: “A maioria das puérperas adolescentes encontrava-se fora da escola ao engravidar, sendo esta proporção mais elevada entre as mais velhas, 60,1%. Os resultados encontrados demonstram que menos da metade delas considera o estudo como uma possibilidade de ascensão social e, no grupo de 17-19 anos, esse achado é mais evidente, correspondendo a 38,3%. No grupo de adolescentes com união consensual, 61,1% encontravam-se fora da escola ao engravidar, contra 36,6% que ainda estudavam. As mães sem união consensual apresentaram percentual significativamente maior de abandono escolar nesta gestação, 28,0%, quando comparadas às demais, 21,7%.

GAMA e col., 2004, Rio de Janeiro, estudaram as faixas etárias de 10-14 anos e 15 a 19 anos, relataram que: “ Foi mais elevado o percentual de mães com menor grau de instrução (até 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%). Em relação à realização de número precário de consultas (0-3), as variáveis com efeito

significativo foram: “baixo nível de escolaridade materna” (OR) ajustado = 1,628;p=0,006);

GAMA e col., 2001, Rio de Janeiro, estudaram dois grupos de mães: grupo de 15 a 19 anos e grupo de 20 a 24 anos. Relataram que: “Segundo alguns indicadores, pode ser observado que as mães adolescentes apresentaram pior grau de escolaridade do que as mães de 20-24 anos, sendo a razão dos produtos cruzados (OR) igual a 2,25 e o valor p=0,000.

SANTOS e col. 2000, Rio Grande do Sul, estudaram as faixas etárias de menores de 20 anos, 20-24,25-29,30-34 e maiores de 34 anos. Encontraram 10 (2,5%) sem escolaridade e 232 (57,90%) com primeiro grau incompleto.

RIGOL e col. 2001, Rio Grande do Sul, estudaram as faixas de idade de 15 anos e menores, 16 anos, 17 anos, 18 anos,19 anos. Assim 92% das gestantes estão na faixa entre 15 e 19 anos, sendo que a idade que aparece com maior frequência é 17 anos. Embora uma pequena proporção, chama à atenção a frequência de 8% das gestantes com idade de 12-13 e 14 anos. Relataram que: “Na população em estudo, constata-se que 42% das adolescentes têm o primeiro grau incompleto, 10,7% têm o primeiro grau completo, e 29,8% têm o segundo grau incompleto. Do restante, 0,6% chega à universidade e em 9,8% das fichas não consta nenhuma informação sobre a escolaridade. Os resultados referentes à ocupação das adolescentes demonstram que 51,2% não trabalham e não estudam, 20% somente estudam, 13% apenas trabalham, 1%trabalha e estuda e em 14% das fichas não consta esta informação.

LIMA e col., 2000, São Paulo, estudaram as faixas de idade de 12-13-14-15-16-17 e 18 anos e relataram 5 (0,78%) de analfabetas e 175 (27,43% até quarta série. Foi possível o cruzamento das informações acerca da inserção no mercado de trabalho e a situação escolar em 575 adolescentes, verificando-se que apenas15 delas (2,61%), ainda que gestantes, trabalhavam ao mesmo tempo em que continuavam seus estudos. A paridade, também, parece ser

uma das variáveis que interfere tanto na permanência escolar como na inserção no mercado de trabalho, demonstradas pelo maior número de adolescentes que não trabalham nem estudam, entre as multigestas em relação àquelas que se apresentaram como primigestas (84,4% x 66,7%)

Lamentavelmente, na América Latina a proporção de adolescentes com sete anos ou mais de educação nas áreas rurais é só a metade ou a terça parte dos adolescentes das áreas urbanas (ALAN GUTTMACHER, 1990). A proporção de mulheres adolescentes no México, Bolívia, Brasil e Colômbia que receberam uma educação básica é maior que a proporção de mulheres da geração de suas mães que receberam educação básica. A menina na Região tem uma maior probabilidade de assistir a escola junto com os filhos de sua mesma idade que em outros países em desenvolvimento. Inclusive no Brasil, Colômbia, República Dominicana e El Salvador há mais meninas assistindo ao segundo grau do que meninos. Isto pode dever-se ao fato de que os meninos começam a trabalhar em uma idade menor. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA da SAÚDE: Perfil da Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens da América Latina e Caribe: Revisão bibliográfica, 1988-1998.

Na presente pesquisa, verificou-se que o nível mais freqüente foi de 4 a 7 anos de estudos (42,4%) e a maior proporção foi entre as mães pertencentes ao Grupo I (10-14 anos) com 96,6%. Entre as 89 adolescentes de 10 a 14 anos, não havia analfabetas entre elas; 96,6% tinham de 4 a 7 anos de estudo. Entre as 1.462 adolescentes de 15 a 19 anos, havia 1,2% de analfabetas; 41,7% tinham de 4 a 7 anos de estudo. Das 6.302 puérperas, 1,3% eram analfabetas, 1,3% tinham de 1 a 3 anos de estudos, 42,4% tinham de 4 a 7 anos de estudos, 30,7% tinham de 8 a 11 anos de estudos e 24,3% tinham 12 ou mais anos de estudos. Não há como comparar os dados da presente pesquisa com os dados dos artigos selecionados.

5.10 PARTO VAGINAL VERSUS CESARIANA

COSTA e col., 2001, Bahia, relataram que: 78,2% do total das parturientes foram submetidas ao parto natural, com proporções semelhantes entre as três faixas etárias; 19,2% foram submetidas ao parto operatório, sendo observada maior frequência desse procedimento entre adultas jovens (22%). O parto a fórceps ocorreu em apenas 0,2% dos casos.

TAUIL e col., 2001, Distrito Federal, relataram que dos 106.492 partos, 21,3% foram de mães adolescentes(5,3% com idade igual ou inferior a 16 anos, e 16% entre 17 e 19 anos) e 72% constituíram grupo de mães entre 20 e 34 anos. O número de partos de recém-nascidos vivos em mulheres de até 34 anos foi 99.357, o que equivale a 93,3%. Mulheres acima de 34 anos que não foram incluídas nesse estudo. O percentual de RN nascidos de parto cesáreo, em relação ao total de nascidos vivos de mães com até 34 anos, foi de 30,7%. Quanto ao tipo de parto, a proporção de cesarianas foi maior entre as mulheres adultas. Os resultados foram estatisticamente significativos.

ARAGÃO e col. 2004, Maranhão, relataram que a maioria dos RN prematuros nasceram de parto vaginal, com o parto cesárea não representando fator de risco para prematuridade. Embora a percentagem de cesariana em São Luís tenha sido bem abaixo do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, correspondendo a cerca de 30% de todos os nascimentos, este valor não foi alto como o reportado em algumas cidades do Sudeste do Brasil (mais de 50%), onde uma associação entre cesárea e prematuridade tem sido observada (BETTIOL, 2000) e (SILVA, 2000).

SIMÕES e col. 2003, Maranhão, relataram que as mães adolescentes tiveram as menores proporções de parto cesáreas. As adolescentes com menos de 18 anos tenderam a ser semelhantes àquelas de 18-19 anos em relação às variáveis socioeconômicas. Entretanto, as adolescentes mais jovens, com menos de 18 anos, tenderam a ter filhos com pais adolescentes em maior

proporção, tiveram menor taxa de parto cesáreo, e maior proporção de primíparas.

ANDRADE E col. 2001, Rio de Janeiro, realizaram estudo ecológico considerando, como unidades de análise, os 153 bairros do Município do Rio de Janeiro. Os indicadores que são forte e positivamente correlacionados à variável relacionada à mortalidade nos três primeiros dias de vida são a “proporção de mães adolescentes”, a “proporção de chefes com rendimento até um salário mínimo” e a “proporção de mães que não fizeram pré-natal”. Evidencia-se assim, que, quanto maior a proporção de chefes com rendimento até um salário mínimo, a proporção de mães adolescentes e a proporção de mães que não fizeram pré-natal, maior é a taxa de mortalidade nos três primeiros dias de vida. Chama a atenção que essas três variáveis são igualmente correlacionadas entre si, constituindo-se em um conjunto de fatores associados ao excesso de óbitos nos primeiros dias de vida. A proporção de partos cesáreos é a única variável correlacionada inversa e significativamente à mortalidade nos três primeiros dias de vida. Entretanto, a proporção de cesarianas apresenta, por outro lado, associação positiva com a proporção de nascimentos em estabelecimentos privados, o que parece explicar, pelo menos em parte, a associação inversa encontrada com a resposta.

FARINA e col. 2002, Rio Grande do Sul, realizaram estudo em que as pacientes em ambulatório e com idade de até 18 anos. Referem que os dados em relação à via de parto são 78,19% (104 pacientes) de partos vaginais, contra 1,80% (29 pacientes) partos cesáreos. Em seis partos foram utilizados fórceps, perfazendo 5,76% do total dos partos normais.

CHEMELLO e col. 2001, Rio Grande do Sul, realizaram estudo e referem que ocorreram 107 casos (14,7%) de gestação entre adolescentes num total de 729 nascimentos. Destas, 76 foram objeto do presente estudo, as demais gestantes ou não desejaram participar, ou não foram localizadas. Em 35% dos casos as gestações (n=27) transcorreram com a presença de patologias associadas,

observando-se uma incidência de baixo peso ao nascer de 15,3% (n=12), sendo o peso médio de nascimento de 3.061 g. Quanto à resolução obstétrica, verificou-se uma taxa de cesarianas de 55,2% (n=42), valor este sensivelmente elevado.

RIGOL e col. 2001, RS, realizaram pesquisa com 931 gestantes adolescentes. Das gestantes adolescentes atendidas pelas enfermeiras, 13,9% tinham 15 anos, 18,35% tinham 16, 23,5% tinham 17 anos, 17,8% tinham 18 anos, 18,5% tinham 19 anos. Assim 92% das gestantes estão na faixa entre 15 e 19 anos, sendo que a idade que aparece com maior frequência é 17 anos. Embora seja uma pequena proporção, chama a atenção a frequência de 8% das gestantes com idade de 12-13 e 14 anos. Consultando-se as 620 fichas em que existe o registro sobre o tipo de parto, observa-se que 81,04% das adolescentes têm seus bebês por parto normal ou com uso de fórceps e 18,96% são submetidas a parto cesáreo, o que mostra que a incidência de cesáreas nas adolescentes atendidas pela enfermeira no Programa de Atendimento a Gestantes Adolescente é bem menor do que a incidência nacional.

GALLO e col. 2000, Santa Catarina, relataram que durante o ano de 1995, ocorrerem 8.942 partos hospitalares na cidade de Joinville. Desses, 1.738 foram de mulheres entre 10 e 20 anos de idade, ou seja, 19,4% de todos os partos foram de gestantes adolescentes. Os partos de menores de 15 anos de idade corresponderam a 2,2% do total das adolescentes que deram à luz naquele ano. A análise foi realizada por comparação de frequências simples, por faixas de idade materna, sem a aplicação de testes estatísticos, já que se tratava de dados do universo das DNs e não de uma amostra probabilística das mesmas, o que significa que os valores observados não correspondiam à estimativas, mas, sim, ao valor populacional real para aquele local e ano. Quanto ao tipo de parto, verificaram que o grupo de mães adolescentes apresentava um percentual de partos normais superior ao das mães de outras faixas etárias, mas, apesar disso, aproximadamente um em cada três ou quatro partos de adolescentes, foi operatório. As mães adultas apresentaram

proporção mais elevada de partos operatórios, sempre superior a 40 % do total de partos dessa faixa etária. Cumpre salientar que, para as adolescentes, proporção semelhante é observada apenas entre as menores de 15 anos de idade.

DEL CIAMPO e col.,2004, realizaram quatro avaliações decenais do estudo, nas quais foram registradas 781 crianças no programa de Puericultura do CMSCVL. Destas, 151 (19,3%) tinham mãe com idade inferior a 20 anos por ocasião do nascimento, e foram incluídas no estudo. Foram pesquisadas a distribuição do número de mães adolescentes participantes do estudo, a média etária, condição civil, freqüência ao Programa de Pré-natal e tipo de parto, nos anos de 1970, 1980, 1990 e 2000. Observaram que houve aumento na prevalência de mães adolescentes até 1990, com posterior redução em 2000. A média de idade das mães foi de 18,4 anos e não apresentou variação significativa entre os períodos estudados ($p>0,05$). A freqüência de partos cesáreos tem aumentado gradativamente desde 1970, experimentando acréscimo de 76% no período de 1980 a 2000.

GOLDANI e col. 2000, pesquisaram os recém nascidos vivos de parto único hospitalar, sendo 6.681 nascimentos em 1978/1979 e 2.839 em 1994. Houve aumento significativo da gravidez na adolescência (5,1% para 7,4%) e decréscimo na mortalidade infantil (36/1.000 para 17/1.000). A taxa de cesariana aumentou, tornando-se o mais comum modo de nascimento em 1995, com 50,8% de todos os nascimentos. O aumento foi semelhante para os 5 grupos, porém a maior proporção ocorreu no grupo 4. Houve aumento de parto cesáreo (30,6% para 50,8%)

Na presente pesquisa, o parto vaginal (Tabela 11) foi realizado em 3.393 (53,9%) mães e a cesariana em 2.897 (46,1%). A maior freqüência de cesariana foi no Grupo IV com 378 (61,8%). A menor freqüência de cesariana foi no Grupo II, com 502 (34,4%). No Grupo I, a cesariana ocorreu em 38 (42,7%).

A cesariana teve influência nas variáveis, como segue abaixo:

A chance de uma criança que nasceu por cesariana ter anomalia é 0,4 vezes a chance daquela que nasceu por parto vaginal ($p < 0,0001$).

A chance de uma criança que nasceu por cesariana ter peso insuficiente é 0,8 vezes maior a chance daquela que nasceu por parto vaginal ($p < 0,0002$).

5.11 PRESENÇA DE ANOMALIA FETAL

LINS, e col. 2001, entrevistaram 120 gestantes adolescentes e a população de estudo foi representada por todas as gestantes adolescentes. Encontraram 1 (0,8%) recém-nascido portador de hidrocefalia, 1 (0,8%) de criptorquidia, 1(0,8%) de polidactilia e 1(0,8%) de lábio leporino e 82 (67,2%) sem anomalia. Lins e col. (1999) não fazem referência se os dados encontrados foram estatisticamente significativos para os grupos etários das adolescentes.

FARINA e col. 2002 realizaram pesquisa com 133 puérperas, com idade de até 18 anos, e encontraram dois (1,50%) recém nascidos com má-formação, sendo um com gastrosquise e outro com anencefalia. Calcificação em baço fetal foi diagnosticada eco graficamente intra-útero no pré-natal, no entanto, não houve confirmação no período neonatal e o recém nascido está tendo desenvolvimento normal. Farina e col. (1998 a 2001) não fazem referência se os dados encontrados foram estatisticamente significativos para os grupos etários das adolescentes.

Na presente pesquisa, anomalia fetal esteve presente em 66 (1%) dos recém nascidos. Não foi observada entre as mães do Grupo I (10-14 anos). Entre as mães do Grupo II (15 a 19 anos) ocorreu em 13 (0,9%) casos. Nos Grupos de

mães III (20 a 34 anos) e IV (35 anos e mais) foi de 44 (1,1%) e 09 (1,5%), respectivamente.

No presente estudo, após análise multivariada, não houve associação estatisticamente significativa entre a idade do grupo e anomalia.

5.12 FREQUENCIA DE RECÉM-NASCIDO COM HIPÓXIA GRAVE NO PRIMEIRO E QUINTO MINUTO DE VIDA

TAUIL e col. 2001 estudaram dados do Sistema de informações de nascidos vivos, no Distrito Federal, de 1995 a 1996, e relataram que para o APGAR do RN. “O percentual de RN com apgar abaixo de sete no quinto minuto em relação ao total de nascidos vivos de mães com até 34 anos, foi de 1,6%. Após controlar o possível efeito de confusão da prematuridade sobre as variáveis peso e vitalidade, foi feita estratificação da análise, abrangendo apenas os RN com 37 semanas ou mais de gestação. Verificaram maior percentual de RN de baixo peso e de menor vitalidade entre as adolescentes do que entre as gestantes adultas. Essas diferenças foram estatisticamente significativas. RN de adolescentes tiveram maior proporção de baixa vitalidade do que os de mães adultas. “Todas essas diferenças foram estatisticamente significativas”. “A adolescência foi marcador de risco para prematuridade, baixo peso do recém nascido, e baixa vitalidade, em partos realizados no Distrito Federal, nos anos de 1995 e 1996”. Os autores enfatizaram a necessidade de abordagem especial desse grupo populacional, tanto na prevenção da gravidez, como nos cuidados do pré-natal e do parto (AU).

LINS e col. 2001 relataram que a distribuição dos recém-nascidos quanto às condições de vitalidade ao nascer pelo boletim de APGAR do 1º minuto estavam sem registro 3 (2,4%) e no 5º minuto faltavam registros em 3(2,4%). Apresentaram Apgar de 0-1-2 e 3 no primeiro minuto 10 (8,2%) e no quinto minuto 4 (3,4%). Lins e col. não fazem referência se foi estatisticamente significativo.

GAMA e col. , 2001, estudaram a gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998, e agruparam o Apgar em duas categorias: a primeira concentrando os casos de asfixia grave e moderada com Apgar menor do que 7, e os valores normais do Apgar 7-8-9 e 10. Relataram que “Na medida do Apgar do primeiro minuto, foi observado maior concentração de asfixia moderada e grave (Apgar < 7) nos filhos de jovens de 15 a 19 anos em comparação aos de 20 a 24 anos”. Já no Apgar no quinto minuto, não foram encontradas diferenças significativas na comparação entre os grupos estudados.

COSTA e col. 2001 relataram que “Os dados de Apgar do quinto minuto não foram analisados, tendo em vista que 68,2% das fichas não haviam sido preenchidas com essa informação”.

A contagem de Apgar (APGAR, 1953) tem mostrado uma relação significativa entre a contagem do primeiro e quinto minuto e a mortalidade e morbidade neonatal (DRAGE and BERENDES, 1966). A avaliação inicial (contagem do primeiro minuto) identifica o recém nascido que necessita de atenção imediata (Apgar entre 0 e 6) e ajuda a avaliar o provável grau de asfixia ou hipóxia presente. A contagem do quinto minuto está relacionada mais estreitamente com a mortalidade e morbidade neonatal. Baseado na informação acima apresentada, recém nascidos com hipóxia prolongada, que mimetize apnéia secundária descrita em primatas não humanos, estarão mais deprimidos e necessitarão de um tempo de reanimação mais prolongado, resultando num Apgar baixo no quinto minuto. Dos recém nascidos com Apgar no quinto minuto de 0 a 1, 44% não sobreviveram ao segundo dia de vida, e 49% não sobreviveram ao período neonatal até 28 dias de vida (DRAGE and BERENDES, 1966). O acompanhamento de crianças que tiveram um Apgar de 0 a 3 no quinto minuto, comparadas com as que tiveram Apgar de 7 a 10, indicou que, com 1 ano de idade, anormalidade neurológica foi 3 vezes mais comum no grupo de Apgar de 0 a 3 (DRAGE and BERENDES, 1966). Se os

dados são reagrupados, quer baseados no peso, quer no Apgar individual, quanto maior Apgar menor a mortalidade e a morbidade neonatal (FISHER and PATON 1979). A criança com Apgar acima de 7 raramente necessitará de qualquer medida de reanimação, a menos que o Apgar caia subitamente alguns minutos após o nascimento. Uma criança com Apgar de 3 a 6, quando vista pela primeira vez, teve provavelmente, uma asfixia de leve a moderada. Nestas situações, a aspiração rápida das vias aéreas, seguida por ventilação com bolsa e máscara com pressão positiva, virá determinar uma rápida melhora. Uma criança com Apgar de 0 a 2 é considerada gravemente asfixiada até prova em contrário. A ajuda de uma outra pessoa treinada deve ser requisitada imediatamente para auxiliar na reanimação desta criança. Deve ser feita uma aspiração rápida (15 segundos) para desobstrução das vias aéreas, de preferência sob visualização direta com laringoscópio. Intubação endotraqueal deve ser realizada. É necessária uma ventilação adequada com oxigênio sob pressão positiva (FISHER and PATON 1979).

Neste estudo todos os nascimentos ocorreram no centro obstétrico do HUCAM/UFES, com o médico residente da gineco-obstetrícia atendendo a parturiente e o médico residente da pediatria atendendo o recém nascido. Esses médicos residentes, da gineco-obstetrícia e da pediatria foram supervisionados por médicos especialistas, nos plantões e na rotina diária. É o médico residente da pediatria o responsável por avaliar o grau de vitalidade ou hipóxia (score de Apgar) do recém nascido com 1 e 5 minutos de vida. Registramos uma falta de dados de 277(4,4%) e 225 (3,57%) de todas as internações para o Apgar de 1 minuto e de 5 minutos, respectivamente. Essas faltas referem-se a todo o período de cinco anos.

Os recursos humanos e materiais disponibilizados no trabalho de parto, a presença na própria maternidade da UTI para a mãe ou da UTIN para o recém nascido também são alguns dos fatores importantes no atendimento ao parto e ao recém nascido. Em nosso Estado a falta de vaga para o momento do parto é informação relativamente freqüente das mães e este fato poderá influenciar

decisivamente nas condições do parto e do nascimento. Certamente influencia na pontuação do Apgar de 1 e de 5 minutos.

No presente estudo, Hipóxia grave com 1 minuto de vida esteve presente em 183 (3%) dos casos. Ocorreu em 2 (2,3%), 47 (3,3%), 113 (2,9%) e 21 (3,6%) nos recém nascidos de mães dos Grupos I, II, III e IV, respectivamente.

Neste estudo a IDADE DO GRUPO não foi estatisticamente significativa para Hipóxia grave com 1 minuto de vida.

Nesta pesquisa o escore de Hipóxia grave com 5 minutos de vida esteve presente em 38 (0,6%) dos recém-nascidos. Ocorreu em 1 (1,1%), 5 (0,4%), 27 (0,7%) e 5(0,8%) nos recém nascidos de mães dos Grupos I, II, III e IV respectivamente.

Como resultado final e após afastado os fatores de confusão através de análise uni e multivariada, observou-se que a hipóxia com um e cinco minutos de vida esteve associada ao número de consultas do pré-natal, conforme assinalado : Quando aumentamos o número de consultas, a chance de um RN ter hipóxia grave com um minuto de vida é reduzida em 40% ($p < 0,0001$).

Quando aumentamos o número de consultas, a chance de um RN ter hipóxia moderada com um minutos de vida é reduzida em 18% ($p < 0,0003$).

Quando aumentamos o número de consultas, a chance de um RN ter hipóxia grave aos cinco minutos de vida é reduzida em 35% ($p < 0,033$).

Quando aumentamos o número de consultas a chance de um RN ter hipóxia moderada aos cinco minutos de vida é reduzida em 44% ($p < 0,0001$).

Não houve associação estatisticamente significativa entre a idade do grupo e Hipóxia com 1 e com 5 minutos de vida.

5.13 FREQUENCIA DE PREMATURIDADE

Prematuridade é um dos maiores problemas, não resolvidos da obstetrícia moderna (MILLER,1996).

É importante assinalar alguns dos métodos para medir a duração de gestação ou para cálculo da idade gestacional para classificar o recém nascido em prematuros, a termo e pós-maturos. Esses métodos podem ser executados de maneiras diferentes, como, por exemplo, pela informação da grávida sobre a data da sua última menstruação (DUM), pelo exame clínico do recém-nascido realizado pelo médico no momento do nascimento, pelo exame de ultrassonografia realizado no final da gestação, entre outros.

O SINASC utiliza como base de dados os constantes dos formulários DNV Que é a declaração de nascidos vivos, os quais são preenchidos por auxiliares ou técnicos de enfermagem dos hospitais onde ocorreu o nascimento. Em geral utiliza a DUM.

ARAGÃO e col. 2004 referem que a taxa de prematuridade em São Luís, Maranhão, foi de 12,7% entre as mães adolescentes e informaram que a utilização do exame físico do recém-nascido como medida de cálculo da idade gestacional não foi possível para uma grande parte da amostra e o ultrassom foi utilizado por uma minoria das pacientes. A DUM ou data da última menstruação foi o único método possível para calcular a idade gestacional.

COSTA e col.2001, em Feira de Santana, Bahia, segundo dados do SINASC-1998, relataram que quanto à idade gestacional, os RN foram classificados em prematuros (iguais e menores que 36 semanas); de termo (maior que 36 e menor que 42 semanas) e pós termo (igual e maior que 42 semanas) conforme classificação de Capurro. O resultado relacionado à idade gestacional apontou que 86,9% dos RN eram de termo, com prevalências semelhantes entre as três faixas etárias. A Razão de Prevalência para a prematuridade apontou

prevalência desta característica 5% e 7% maior entre os RN da faixa de 10 a 16 anos, comparada às de 17 a 19 e 20 a 24 anos, respectivamente, sem diferença estatisticamente significativa.

TAUIL e col., 2001, no Distrito Federal, usando dados do SINASC, e considerando parto prematuro aquele ocorrido antes da trigésima sétima semana de gestação, relataram que, quanto à duração da Gestação “O percentual de RN prematuros em relação ao total de nascidos vivos de mães com até 34 anos, foi de 4,3%. RN de adolescentes tiveram maior proporção de prematuridade do que os de mães adultas. Mostra os dados de partos entre adolescentes com idade inferior ou igual a 16 anos e aquelas entre 17 e 19 anos. No grupo de adolescentes mais jovens, houve maior proporção de RN prematuros e de baixo peso, estatisticamente significativo. O grupo de mães adolescentes foi composto daquelas com 19 anos ou menos. Esse grupo foi ainda separado em dois subgrupos, um de mães com menos de 17 anos e outro de mães com 17 a 19 anos, os quais foram comparados entre si e com o grupo de mães adultas, formado por aquelas de 20 a 34 anos. Não foram consideradas as mulheres com mais de 34 anos pela suposta maior possibilidade de incidência de complicações do parto e de problemas para o recém nascido

ARAGÃO e col., 2004, utilizando a data da última menstruação declararam que a taxa de prematuridade em São Luís foi de 12,7%. Fatores de risco para prematuridade foram a idade materna abaixo de 18 anos, renda familiar igual ou menor do que um salário mínimo mensal, primiparidade, parto vaginal em hospital público, mães sozinhas (ou vivendo sem um parceiro) e ausência de cuidados pré-natais. Após ajustar os fatores de confusão, idade menor de 18 anos ($p < 0,001$), primíparas ($p < 0,005$), e ausência de pré-natal ($p = 0,043$) permaneceram como fatores de risco para nascimento prematuro. Entre os RN pré-termo, 29,1% foram GIG.

A proporção de PIG foi maior entre os RN a termo (15,2%) do que entre os RN pré-termo (7,1%). A Prevalência de RN Pré-termo foi alta para mães menores

de 18 anos (22,5%), com o risco ajustado de uma mãe adolescente ter um filho pré-termo de 1,9 vezes do observado em outros grupos.

SILVA e col., 2003, São Luís, Maranhão, estudaram uma amostra de 2.829 nascimentos, incluindo somente nascidos vivos únicos. A idade materna média foi de 22,9 anos com desvio padrão de 5,4 anos. Após ajustar fatores de confusão, o risco de prematuridade com mãe adolescente < 18 anos permanece significativo (OR=1,70, 95% CI 1,11, 2,60). Quanto à duração da Gestação (medida de acordo com a DUM) verificou-se que a taxa de pré-termos foi de 12,6% (95% CI 11,3, 14,0). Mãe adolescente tem significativamente maior taxa de pré-termos do que o grupo de comparação (22,9% das mães < 18 anos comparada com 10,9% das mães de 25-29 anos de idade. Outras variáveis associadas com prematuridade foram baixo nível econômico, não coabitar com o pai, parto vaginal, primípara, atendimento público e baixa estatura. O risco de prematuridade foi maior para as mães < 18 anos (OR=2,42, 95% CI 1,64, 3,57), mas não para as mães de 18-19 anos de idade (OR=0,89, 95% CI 0,56, 1,38). Devido a significativa interação entre idade materna e paridade ($p < 0,001$), ORs também foi analisado separadamente para o primeiro filho e o segundo e mais filhos prévios. Para as mães não primíparas o risco de prematuridade foi um tanto maior para mulheres < 18 anos de idade, porém sem significância estatística. Na análise estratificada, somente o risco de prematuridade entre mães primíparas < 18 anos de idade permanece estatisticamente significativo (OR=1,77, 95% CI 1,02, 3,08). O grupo de mães primíparas e não primíparas de 18-19 anos não tiveram um aumento do risco de prematuridade. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$. *** Mães de 25-29 anos foram referência na categoria. Risco estimado e ajustado para família pobres, estado marital, tipo de parto, paridade, assistência a saúde (público e privado) e baixa estatura materna.

LINS e col., 2001 João Pessoa-Paraíba-Brasil 1998/1999, a partir de entrevistas realizadas com as mães, no puerpério imediato, estudaram 120 gestantes adolescentes. A população de estudo foi representada por todas as gestantes adolescentes. A idade gestacional foi avaliada pelo método de

CAPURRO(CAPURRO et al.,1975). Com relação à idade gestacional, predominaram os RNs a termo (78,7%), sendo a incidência de pré-termos de 20 (16,5%).A prematuridade entre os RNs do grupo de mães da faixa etária entre 14 e 15 anos foi de 28,5%. Não há referencia se há significância estatística.

GAMA e col., 2001, em pesquisa sobre: Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998, usando dados brutos do SINASC, analisou dois grupos de mães: grupo de 15 a 19 anos e grupo de 20 a 24 anos. Concluiu que ser mãe entre 15 e 19 anos, em comparação com as de 20 a 24 anos, constituiu-se em fator relevante na explicação de ocorrência de BPN, sendo a razão de produtos cruzados (OR) igual a 1,30 com valor de $p=0,026$. O efeito da idade materna se manteve mesmo quando controlado pelas demais variáveis. A idade gestacional no momento do nascimento também foi diferenciada segundo a faixa etária da mãe. Verifica-se que as mães mais jovens (15-19 anos) apresentaram maiores riscos de ter filhos prematuros comparados às mães de 20-24anos de idade. No grupo de adolescentes o percentual de prematuros foi significativamente maior que no outro grupo.

FARINA e col. 2002, realizaram estudo no ambulatório de adolescentes do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e atenderam 133 pacientes que realizaram seu pré-natal e tiveram seus partos no hospital referido. As pacientes que consultam no ambulatório têm idade de até 18 anos. A idade gestacional média do nascimento foi de 38,5 semanas. Houve 16 pacientes (12,03%) prematuros (considerados com menos de 37 semanas), 6 pacientes (4,51%) pos data (maior ou igual a 42 semanas) e a grande maioria 111 (83,45%) das pacientes nasceram a termo. Não há referência sobre significância estatística e como foi medida a idade gestacional.

GALLO e col., 2000, pesquisaram 8.942 partos hospitalares na cidade de Joinville, Santa Catarina. Desses, 1.738 foram de mulheres entre 10 e 20 anos

de idade, ou seja, 19,4% de todos os partos foram de gestantes adolescentes. Os partos de menores de 15 anos de idade corresponderam a 2,2% do total das adolescentes que deram à luz naquele ano. A análise foi realizada por comparação de freqüências simples, por faixas de idade materna, sem a aplicação de testes estatísticos, já que se tratava de dados do universo das Declarações de Nascidos Vivos e não de uma amostra probabilística das mesmas, o que significa que os valores observados não correspondiam à estimativas, mas, sim, ao valor populacional real para aquele local e ano. Quanto à duração da gestação, observa-se maior proporção de partos prematuros entre as adolescentes. Quando se considera apenas as primíparas, verifica-se uma proporção de prematuros semelhante entre as adolescentes e as primíparas adultas de 20 a 34 anos, com um nítido aumento da proporção de prematuros entre as primíparas de mais de 35 anos de idade.

Considerando-se a idade gestacional apenas dos RNBP, em função da faixa etária materna, verifica-se que, entre as mães adolescentes, ao contrário do que ocorre com as adultas, há um ligeiro predomínio da prematuridade. Nota-se que praticamente metade das ocorrências das crianças nascidas de baixo peso era conseqüência de retardo do crescimento intra-uterino.

RIBEIRO e col., 2000, observaram aumento no percentual de mães adolescentes de 14,1% em 1978/79, para 17,5% em 1994($p < 0,05$). Esta inversão da curva de idade foi devida ao aumento dos nascimentos na faixa etária de 13 a 17 anos. Devido a essa diferença, analisaram a distribuição das variáveis nos dois inquéritos, separadamente para as faixas etárias de 13 a 17 anos e 18 e 19 anos e abrangeu recém nascidos vivos de parto único, de famílias residentes em Ribeirão Preto, SP. Foi utilizado o teste do qui quadrado, com nível de significância de 0,05. Não houve aumento do baixo peso ao nascer (BPRN) e da prematuridade entre as mães adolescentes no período.. Em 1978/79, o grupo mais jovem apresentou o dobro do percentual de baixo peso observado na faixa etária de 18-19 anos, e praticamente o mesmo resultado foi observado em 1994. As taxas de prematuridade também

foram maiores para o grupo de 13 a 17 anos, tanto em 1978/79 quanto em 1994.

GOLDANI e col.,2000, Ribeirão Preto, São Paulo, (1978-79 e 1994) pesquisam sobre as gestações de duas coortes de recém nascidos vivos de parto único hospitalar. Houve um aumento no nascimento pré-termo de 7,2 % para 13,6% e para o baixo peso ao nascer de 7,2% para 10,6% de 1978 para 1994. O mais proeminente aumento no baixo peso ao nascer e nascimento prematuro foi nos grupos 4(30-35 anos) e 5 (36-49 anos), e o menor foi no grupo 2 (18-19 anos). O Grupo 1(17 anos e menos) ficou no grupo de maior risco para baixo peso ao nascer e nascimento prematuro. Teste estatístico: qui quadrado para verificar a diferença entre duas proporções e com grau de confiança de 95% e foi usado o Epiinfo software.

Nesta pesquisa, a determinação da idade gestacional e conseqüente classificação dos recém-nascidos em pré-termo, a termo e pós-termo foi realizado pelo exame físico do recém nascido e realizado pelo médico residente presente na sala de parto no momento do nascimento. A presença de prematuridade ocorreu em 1.452 (23,1%) dos recém nascidos. Quanto a sua distribuição foi de 24 (27%), 329(22,6%), 924(22,4% e 175(28,6%) recém nascidos de mães dos Grupos I, II, III e IV, respectivamente.

Como resultado final e após afastado os fatores de confusão através de análise uni e multivariada, observou-se que a prematuridade esteve associada ao número de consultas. Pois quando aumentamos esse número de consultas no pré-natal, a chance de um RN ser pré-termo é reduzida em 19% ($p < 0,0001$).

Não houve associação estatisticamente significativa entre a idade do grupo e recém nascido prematuro.

5.14 FREQUENCIA DE RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO

COSTA, M. C. O e col. 2001 encontraram com relação ao peso ao nascer, 55,8% dos NV apresentaram peso adequado (>3.000 g), com maior proporção entre as adultas jovens (20-24 anos). No que se refere ao baixo peso (<2.500g) e peso insuficiente (2.501g – 3.000g), verificou-se que os NV de mães adolescentes, nas duas faixas etárias, apresentaram maior proporção, em relação às adultas jovens, sendo que, na faixa de 10 a 16 anos, a soma dos índices de baixo peso e de peso insuficiente (47,3%) foi maior que o de peso adequado (45,9%). A análise da RP do peso de nascimento dos RN entre as faixas etárias maternas mostrou que a proporção de baixo peso foi de 9% e 29% maior entre os RN da faixa 10 a 16 anos, comparados aos daquelas de 17-19 e 20-24 anos, respectivamente, sendo essa associação estatisticamente significativa. Quanto ao peso insuficiente, foi verificado que os filhos de adolescentes de 10 - 16 anos apresentaram proporções de 19% e 35% maiores desta característica, em relação às outras faixas etárias, com associação estatisticamente significativa. A razão de prevalência entre faixa etária materna e prematuridade não mostrou diferenças entre as três faixas etárias estudadas. O cálculo da razão de risco ajustada (OR) entre faixa etária materna e peso de nascimento, controlando-se variáveis confundidoras (escolaridade materna, pré-natal e idade gestacional) apontou que os RN das mães de 10 – 16 anos apresentaram proporções de 36% e 58% maiores de RN com peso insuficiente em relação aos RN daquelas de 17-19 e 20-24 anos, respectivamente, com resultados estatisticamente significantes. Esse mesmo cálculo mostrou que a proporção de baixo peso dos RN das mães de 10 a 16 anos foi 11% maior em relação aos RN daquelas de 20 a 24 anos, sem associação estatisticamente significativa. Por outro lado, a análise do peso adequado constatou que os RN de mães de 10 a 16 anos apresentaram proporções 22% e 40% menores, respectivamente, desta característica, comparado aos RN de mães das outras faixas estudadas, com associação estatisticamente significativa.

TAUIL, P. L e col. 2001, referem que o percentual de RN com baixo peso em relação ao total de nascidos vivos de mães com até 34 anos, foi de 7%.

Após controlar o possível efeito de confusão da prematuridade sobre as variáveis peso e vitalidade, foi feita estratificação da análise, abrangendo apenas os RN com 37 semanas ou mais de gestação. Verificou-se maior percentual de RN de baixo peso e de menor vitalidade entre as adolescentes do que entre as gestantes adultas. Essas diferenças foram estatisticamente significativas. RN de adolescentes tiveram maior proporção de baixo peso ao nascer do que os de mães adultas. Os dados de partos entre adolescentes com idade inferior ou igual a 16 anos e aquelas entre 17 e 19 anos, mostraram no grupo de adolescentes mais jovens, que houve maior proporção de RN prematuros e de baixo peso, estatisticamente significativo.

SIMÕES, V. M. F e col. 2003 relataram que comparadas àquelas com 25 a 29 anos, observou-se risco 2,85 vezes maior de baixo peso ao nascer no grupo de adolescentes muito jovens (com menos de 18 anos). Estas jovens também apresentaram risco aumentado de ter filhos prematuros (Razão de Prevalências (RP) = 2,09) e pequenos para a idade gestacional (RP=1,68). Seus filhos tiveram um risco 4,23 vezes maior de mortalidade infantil. Adolescentes de 18-19 anos apresentaram maiores risco de terem recém nascidos pequenos para a idade gestacional. Entretanto o grupo de 18 e 19 anos demonstrou o mesmo risco de ter filhos com baixo peso ao nascer e prematuros. O risco de mortalidade infantil no grupo de filhos de adolescentes de 18 e 19 anos também foi o mesmo em relação às mães mais velhas.

GAMA, S. G. N. e col. 2001, relataram que, verifica-se que também o baixo peso ao nascer foi maior nos filhos de mães adolescentes, no grupo de mulheres que realizou de 0-3 consultas no pré-natal. Nenhuma outra diferença se mostrou significativa. Foram categorizados os resultados adversos pelo numero de consultas no pré-natal, por ter sido esta variável que melhor discriminou os riscos de desfechos negativos. Os resultados mostraram que

não houve diferença estatística entre os “desfechos negativos”, e os grupos maternos quando a gestante compareceu a quatro consultas ou mais no pré natal. Por outro lado, naquelas em que a cobertura do pré-natal foi insuficiente ou nula (0-3 consultas), o risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer foi significativamente maior no grupo de mães adolescentes. Outro ponto a ser destacado nesta tabela e a relação inversa entre o número de consultas realizadas no pré-natal e a proporção de prematuridade e baixo peso ao nascer nos três grupos maternos. O baixo peso ao nascer foi significativamente maior entre o grupo de mães adolescentes do que no grupo de 20-24 anos. A ocorrência de BPN fortemente determinada pela prematuridade (idade gestacional < 37 semanas). Embora a prematuridade tenha explicado grande parte da variável resposta, outras variáveis também se mostraram relevantes. O fato de a mãe apresentar um número pequeno de consultas (≤ 6) ou não ter nenhum atendimento no pré-natal revelou um OR bruto e ajustado, significativos no nível de 5% quando comparado as mães que tiveram mais de seis consultas no pré-natal. Igualmente, a faixa etária de 15-19 anos correspondeu a associações significativas com BPN em relação ao grupo de 20-24 anos. O mesmo pode ser dito na comparação das mães que tiveram bebês em maternidades públicas (estaduais e municipais) – OR ajustado = 1,66 e $p=0,001$ -, no que se referem as que foram atendidas para o parto nos estabelecimentos privados ou militares. No segundo modelo de regressão logística, foram excluídos os prematuros. A falta de assistência (nenhuma consulta) no pré-natal foi a variável que melhor explicou o BPN, com um OR ajustado de 2,18 ($p=0,000$). O fato da mãe não ter completado o primeiro grau de escolaridade não evidenciou chance maior de ter um filho com BPN em relação às mulheres com primeiro grau completo ou mais. O modelo mostrou que ser mãe entre 15 e 19 anos, em comparação as de 20 a 24 anos, constituiu-se em fator relevante na explicação de ocorrência de BPN, sendo a razão dos produtos (OR) igual a 1,30 com valor de $p=0,026$. O efeito da idade materna se manteve mesmo quando controlado pelas demais variáveis.

RIGOL, J. L e col. 2001, relataram que somente 9,3% dos recém nascidos tiveram peso abaixo de 2.500 g. Do restante, 67,4% tiveram peso entre 2.500 g e 3.500 g e 23,3% pesaram acima de 3.500 g.

ZANCHI, M. T.e col. 1999, pesquisaram 204 grávidas entre 13 e 18 anos, e encontraram 20,4%. A idade média da gestante no momento do parto foi de 16,75 (dp+- 1,15). O baixo peso ao nascer (abaixo de 2.500g) foi constatado em 32 (15,92%) recém-nascidos.

GALLO, P. R. e col. 2000, relataram que durante o ano de 1995, ocorrerem 8.942 partos hospitalares na cidade de Joinville. Desses, 1.738 foram de mulheres entre 10 e 20 anos de idade, ou seja, 19,4% de todos os partos foram de gestantes adolescentes. Os partos de menores de 15 anos de idade corresponderam a 2,2% do total das adolescentes que deram à luz naquele ano. A análise foi realizada por comparação de freqüências simples, por faixas de idade materna, sem a aplicação de testes estatísticos, já que se tratava de dados do universo das DN's e não de uma amostra probabilística das mesmas, o que significa que os valores observados não correspondiam à estimativas, mas, sim, ao valor populacional real para aquele local e ano. Já no que se refere ao peso da criança ao nascer, verifica-se uma proporção mais elevada de recém-nascidos de baixo peso entre as mães menores de 20 anos, enquanto que a proporção de recém-nascidos com quatro quilos de peso ou mais é nitidamente superior nas mães adultas. Quando se considera apenas as primíparas, mostra tendência semelhante à anterior, embora evidencie um aumento bastante relevante de recém-nascidos de baixo peso entre as mães adultas, mormente nas de 35 anos de idade ou mais. Considerando-se a idade gestacional apenas dos RNBP, em função da faixa etária materna, verifica-se que, entre as mães adolescentes, ao contrário do que ocorre com as adultas, há um ligeiro predomínio da prematuridade. Nota-se também que praticamente metade das ocorrências das crianças nascidas de baixo peso eram consequência de retardo do crescimento intra-uterino.

Del CIAMPO, L. A. e col. 2004, referem que a prevalência de prematuridade aumentou mais de cinco vezes entre 1980 e 1990, reduzindo-se em 2000, embora se mantivesse cerca de quatro vezes mais elevada quando comparada à de 1980. O peso médio e o comprimento médio de nascimento não apresentaram variações significativas durante os períodos do estudo ($p>0,05$), embora possa observar-se que vem ocorrendo discreto aumento nessas variáveis, desde 1970. A condição de baixo peso ao nascer foi maior nos anos 70 e 80 com redução significativa nos anos de 1990 e 2000 ($p<0,05$).

RIBEIRO, E. R. O e col. 2000, estudaram 943 mães adolescentes em 1978/79 e 499 de 1994. Não houve aumento do baixo peso ao nascer (BPRN) e da prematuridade entre as mães adolescentes no período.. Em 1978/79, o grupo mais jovem apresentou o dobro do percentual de baixo peso observado na faixa etária de 18-19 anos, e praticamente o mesmo resultado foi observado em 1994. As taxas de prematuridade também foram maiores para o grupo de 13 a 17 anos, tanto em 1978/79 quanto em 1994.

Nesta pesquisa, o recém-nascido de baixo peso ao nascer esteve presente em 1.617 (25,7%) dos casos. Ocorreu em 24(27%), 369(25,2%), 1.032(25%) e 192(31,4%) dos recém nascidos de mães dos Grupos I, II, III e IV, respectivamente.

É contraditória influencia da idade da mãe adolescente no baixo peso ao nascer. O grupo de mães adolescentes tem sido considerado de maior risco para baixo peso, mesmo quando controlados por outras variáveis.

Importante assinalar que a maternidade do HUCAM / UFES sendo considerada de alto risco recebe as grávidas referenciadas de todo o estado do Espírito Santo. Essas são referenciadas por apresentarem problemas de doenças da gravidez, como a diabete, a hipertensão arterial, as infecções, sangramento e outras patologias que justificam o diagnóstico de alto risco para a gravidez em

curso. Esse grupo que foi utilizada para comparação incluía a faixa etária de 20 a 34 anos de idade.

Por outro lado, as adolescentes grávidas, em geral, são residentes na Grande Vitória, e com maior possibilidade de freqüentar o pré-natal do HUCAM / UFES com equipe multidisciplinar. Verificou-se que entre as 89 adolescentes de 10 a 14 anos, 46,1% viviam com um companheiro e no pré-natal encontrou-se que 43,8% realizaram 7 ou mais consultas. Quanto ao parto, observou-se que 57,3% delas tiveram filho que nasceu de parto normal.

Como resultado final e após afastado os fatores de confusão através de análise uni e multivariada, observou-se que o baixo peso e o peso insuficiente esteve associada ao número de consultas no pré-natal, ao sexo do recém-nascido, ao Grupo materno e a cesariana e ao conforme assinalado abaixo:

Quando aumentamos uma consulta, a chance de um RN ter baixo peso é reduzida em 54% ($p < 0,0001$).

A chance de uma criança do sexo feminino ter baixo peso é 1,25 vezes (25% maior) que a chance das crianças do sexo masculino ($p < 0,0001$).

A chance do recém nascido ser de baixo peso quando a mãe pertencia ao Grupo I foi de 0,76 vezes (24% menor) que a chance do recém-nascido da mãe pertencente ao Grupo III ($p = 0,004$).

A chance do recém-nascido ser de baixo peso quando a mãe pertencia ao Grupo II foi de 0,90 (10% menor) que a chance do recém-nascido da mãe pertencente ao Grupo III ($p < 0,0001$).

A chance do recém- nascido ser de baixo peso quando a mãe pertencia ao Grupo IV foi de 1,8 vezes (80% maior) que a chance do recém nascido da mãe pertencente ao Grupo III ($p < 0,0001$).

a chance de uma criança que nasceu por cesariana ter peso insuficiente é 0,8 vezes maior a chance daquele que nasceu por parto vaginal ($p < 0,0002$).

6 CONCLUSÕES

Conclui-se que o principal fator para a ocorrência de hipóxia grave e moderada com um e cinco minutos de vida, baixo peso, peso insuficiente e prematuridade foi o número de consultas no pré-natal. Com o aumento de uma consulta, a chance de um RN ter baixo peso foi reduzida em 54% ($p < 0,0001$). Observou-se que com o aumento do número de consultas, reduziu-se a chance de um RN ter hipóxia grave e moderada com um minuto de vida em 40% ($p < 0,0001$) e em 18% ($p < 0,0003$), respectivamente. Com cinco minutos de vida, reduziu-se a chance de ter hipóxia grave e moderada em 35% ($p < 0,033$) e em 44% ($p < 0,0001$), respectivamente. Também foi reduzido o número de recém-nascido de peso insuficiente em 29% ($p < 0,0001$) e prematuridade em 19% ($p < 0,0001$). A idade da mãe adolescente não foi fator importante para aumento destas condições e para anomalia fetal.

7 COMENTÁRIOS FINAIS

Conforme dados do IBGE (Censo 2000), chama a atenção o aumento do número de recém-nascidos registrados de mães de 10 a 14 anos e de maneira desigual entre os estados brasileiros.

Outro aspecto importante é que na literatura nacional não existe uma padronização nas pesquisas do ponto de corte da faixa etária das mães adolescentes, ocasionando dificuldades na comparação dos dados.

8 REFERÊNCIAS

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Adolescents Today, Tomorrow's Parents: A Portrait of the Americas**, New York, 1990.

_____. **Rumo à um Novo Mundo: A vida sexual e reprodutiva de mulheres jovens**, New York, 2005.

_____. **Eleven million teenagers: What can be done about the epidemic of adolescent pregnancies in the United States?** New York, 1976 in: Williams Obstetrícia, Sucesso e fracasso reprodutivo: Gravidez nos extremos da vida reprodutiva, 20 ed, Guanabara Koogan, p 497, 2000.

_____. **Sex and America's Teenagers.** New York, 1994, in: Williams Obstetrícia, Sucesso e fracasso reprodutivo: Gravidez nos extremos da vida reprodutiva, 20 ed, Guanabara Koogan, p 497, 2000..

ALMEIDA, M. C. C e col. **Uso da contracepção por adolescente de escolas públicas na Bahia.** Rev. Saúde Pública 2003; 37 (5): 566-75.

ANDRADE, C. L. T e col. **Análise espacial da mortalidade neonatal precoce no município do Rio de Janeiro.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(5): 1199-1210 set - out, 2001.

AMINI, S.B et al. **Birth to teenagers: Trends and obstetric outcomes.** Obstetrics Gynecology v.87, n.5, p.668-674, may. 1996.

APGAR, V. **A proposal for a new method of evaluation of newborn infant.** Current Researches in Anesthesia and analgesia, july – August, 32, 260, 1953.

AQUINO, E. M. L e col. **Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais:** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (sup. 2):S377-S388), 2003.

ARAGÃO, M. F e col. **Risk factors for preterm births in São Luís, Maranhão, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(1): 57-63, jan - fev, 2004.

BETTIOL, H e col. **Factors associated with preterm birth in Southeast Brasil:** A comparison of two birth cohorts 15 years apart. Paediatric and Perinatal Epidemiology 14, 30-38, 2000.

CENTRO LATINO AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO (CLAP). ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde perinatal:** Artigos selecionados de saúde Perinatal, boletim do CLAP, ed especial em portugues. Montevideo, 1988

CHEMELLO, C. S e col. **Estudo da incidência de gravidez entre adolescentes no município de São Marcos, RS.** Rev. Científica da AMECS, vol.10, n.1, 1 semestre – 2001.

CLARK, J.F.J. **Adolescent obstetrics.** Obstetrics and sociologic implications. Clin Obstet. Gynecol, 14(4): 1026-1036, Dec., 1971.

COATES, V; CORREA, M.G.B.R.M. **Medicina do adolescente,** São Paulo, Sarvier, p 259, 1993.

COIMBRA L. C e col. **Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal.** Rev. Saúde Pública 37(4): 456-62 2003.

CORREA, M, D In: **Tratado de Adolescência:** Riscos Obstétricos, Rio de Janeiro, Cultura Médica Ltda., p.380, 1991.

CORREA & COATES, In: **Medicina do adolescente**. São Paulo, ed.Sarvier, p.259, 1993.

COSTA, M. C. O e col. **Indicadores materno infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos**. *Jornal de Pediatria*, vol. 77, n.3, 2001.

DATASUS **Nascidos vivos** Brasil, disponível em: <http://net.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>, acesso em:09/7/2006.

DATTA, M. You cannot exclude the explanation you have not considered In: **Introdução à Estatística Médica**, 2 ed. Coopmed, Belo Horizonte- MG, 2002.

DEL CIAMPO, L. A. e col. **Tendência secular da gravidez na adolescência**. *Pediatria*. São Paulo. 2004.

DRAGE, J and BERENDES, H. **Apgar scores and outcome of the newborn**. *Pediat. Clin N Am* 13:635, 1966.

FISHER, D. E and PATON, J. B. **Reanimação do Recém-nascido**. Cap.2, *Alto Risco em Neonatologia*, 2 ed. - Rio de Janeiro, Interamericana 1982

ESCOMEL, E. **La plus jeune mère du monde**. *La Presse Medicale* 43, Mercredi, 31 mai 1939.

FARINA, G e col. **Gestação na adolescência**. *Rev. Med. PUCRS*, Porto Alegre, vol. 12, n.4, out-dez, 2002.

FISHER and PATON, KLAUS and FANAROFF, 1ª ed. Em português 1982 ou 2ª ed. do original **Care of the High Risk Neonate**, 1979.

FRASER, A.M.; Brockert, J.E.; WARD, R.H: Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med 332:1113, In: **Williams Obstetrics: Gravidez nos extremos da vida Reprodutiva**, 20 ed. Tradução Guanabara Koogan, p.499, 2000.

FUJIMORI, E e col. **Estado nutricional do ferro de gestantes adolescentes**, São Paulo, Brasil. Archivos Latino Americanos de Nutricion, vol.49, n.1, 1999.

GALLO, P. R e col. **Características de seguimento pré-natal, do parto e do recém-nascido de adolescentes grávidas, município de Joinville, estado de Santa Catarina**, Brasil. Pediatría (São Paulo) 2000, 22(2): 123-129.

GAMA, S. G. N e col. **Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998**. Rev. Saúde Pública 2001; 35(1): 74-80

GAMA, S. G. N e col. **Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puerperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 1: S101-S111, 2004.

GAMA, S. G. N e col. **Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puerperas de baixa renda**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (1): 153-161 jan-fev, 2002.

GOLDANI, M. Z e col. **Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southesast Brasil, in 1978-79 and 1994**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (4): 1041-1047 out-dez, 2000.

GOLD, E. M. **Identification of the high-risk fetus**. Clin Obstetric Gynecology, vol.11, p. 1069, 1968.

GOLDENBERG, K.L.; KLERMAN, L.V. Adolescent pregnancy-another look, N Engl J Med 332:1161, In: **Williams Obstetrics: Gravidez nos extremos da vida Reprodutiva**, 20 ed. Tradução Guanabara Koogan, p.497, 2000.

HOLLINGSWORTH, D.R. & KREUTNER, A, K .**Teenage pregnancy**. N.England. J Med vol.303 n.9, 516-518, 1980.

HOSMER, T, LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: John Wiley, 1989

HENSHAW, S.K. 2004.**U.S.Teenage Pregnancy Statistics with Comparative Statistics for Women Aged 20-2**. New York: The Alan Guttmacher Institute.

HUBNER, A.V.C. **Perfil de saludsexual y reproductiva de los y las adolescentes y jovens de América Latina y el Caribe:Revisão Bibliográfica, 1988-1998**, série ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALÚD, WHO, 2000.

IBGE, 2000, **População Residente total, por sexo e grupos de idade**. Censo Demográfico, 2000.

IBGE, 2004 Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estatísticas do Registro Civil.

KASSAR, S.B. e col. **Peso ao nascer de recém-nascidos demães adolescentes comparadas com o de puérperas adultas jovens**. Rev Bras. Saúde Matern Infant., Recife, 5 (3):293-299, jul/set., 2005.

KLEIN, L. **Antecedents of teenage pregnancy**. Clin Obstet Gynecol 21:1151, in: **Williams Obstetrícia**, 20 ed. Guanabara Koogman, p.499, 1978.

LIMA M.S. S.L. e col. **Perfil de adolescentes grávidas internadas em dois hospitais públicos.** A Folha Médica Out-Nov-Dez, 4 , v 119, 2000.

LINS, R. C. V. G e col. **Avaliação epidemiológica da Gestação em Adolescentes de João Pessoa- Paraíba- Brasil.** Rev. Brasileira de Ciências da Saúde vol.5, n.2, p.131-140, 2001.

LOPES, G. et al., **Salúd reproductiva em las Américas.** Organizacion Panamericana de la Salúd. OPS / OMS, 1992.

MADDALENO, M et al. **La salud del adolescente y del joven.** Washington, D.C., OPS, 1995.

MADDALENO, M & MORELLO, P. **Salud y desarrollo de adolescentes y jovenes em Latinoamérica y el Caribe:** Desafios para a próxima década, Salud Pública de México, v 45, suplemento 1 de 2003.

MARCELLI & BRACONNIER. **Manual de Psicopatologia do Adolescente.** Porto Alegre: Masson, 1989, p.185.

MARCHETTI, A.A. & MENAKER, J.S. **Pregnancy and the adolescent:** Am. J.Obstet. Gynecol.,59(5): 1013-1020, May, 1950 In: Tratado de Adolescência: Riscos Obstétricos, cap.42, 1991,p.381.

Mc ANARNEY et al. **Obstetric, neonatal and psychosocial outcomes of pregnant adolescents.** Pediatrics 61:199, 1978.In: Williams Obstetrics: Gravidez nos extremos da vida Reprodutiva, 20 ed. Tradução Guanabara Koogan, p.498,2000.

MILLER, H.S et al. **Adolescence and very low birth weight infants.** A disproportionate association. Obstet. Gynecol. 87, n.1, january, 1996.

MIRANDA, E. A. **Soroprevalencia de HIV, vírus da Hepatite B e sífilis em mulheres na sua primeira consulta a uma Clínica de pré-natal pública em Vitória.** Brasil, Sex Trans Dis; 28(12): 710-3 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL: **Gravidez na adolescência**, disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/adolescente/gravidez.htm> e acessado em 04/8/2003.

NELSON, W. E. **Tratado de Pediatria.** 11 ed. Interamericana, 1983, p.1618.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA da SAÚDE: **Perfil da Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens da América Latina e Caribe:** Revisão bibliográfica, 1988-1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). **Saúde dos adolescentes:** Estratégia para a região Africana, Fórum Mundial da Juventude. African Youth and Health, abril 2000.

PERKINS, R.P.et al. **Intensive care in adolescent pregnancy.** Obstetrics and Gynecology. v.52, n.2, august, 1978.

REZENDE, J. **Obstetrícia: O Parto.** Conceitos, Generalidades, Introdução ao seu Estudo. 5 ed.Guanabara, 1987, p.219.

RIBEIRO, E. R, O e col. **Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil.** Rev. Saúde Pública 2000; 34 (2): 136-42.

RIGOL, J. L e col. **Perfil das gestantes adolescentes atendidas em consulta de enfermagem.** Ver. Gaúcha de Enferm., Porto Alegre, vol. 22, n.2, p.122-140, jul, 2001.

SABROZA, A. R e col. **Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 1: S112-S120, 2004.

SAITO, M.I & LEAL, M.M. **O exercício da sexualidade na adolescência: a contracepção em questão.** Pediatría (São Paulo)2003; 25(1/2):36-42.

SANTOS, I. S e col. **Crítérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS.** Rev. Saúde Pública 34(6): 603-9 2000.

SANTOS JUNIOR, J.D. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento.** Vol.1, Brasília, agosto, 1999.

SATIN, A. J. et al. **Maternal youth and pregnancy outcomes:** Middle school versus high school age groups compared to women beyond the teen years. Am J Obstet Gynecol vol. 171, n.1, 184-187, 1994.

SILVA, A. A. M e col. **Young maternal age and preterm birth** *Pediatric and Perinatal Epidemiology.* 17,332-339, 2003

SIMÕES, V. M. F e col. **Características da gravidez na adolescência em São Luis, Maranhão.** Rev. Saúde Pública; 37(5): 559-65 2003.

SINGH e DARROCH. **Adolescent pregnancy and Childbearing:** Levels and Trends in Developed Countries. Family Planning Perspectives, vol.32, n.1, jan-fev, 2000.

SOARES, J. F; SIQUEIRA, A, L. **Introdução à Estatística Médica.** 2 ed. Coopmed, Belo Horizonte - MG, 2002.

TAUIL, P. L e col. **Gravidez em adolescentes:** aspectos relativos ao pré-natal, parto e recém-nascido. Brasília Med; 38(1/4): 7-12. 2001

ZANCHI, M. T e col. **Análise retrospectiva da gestação na adolescência no Hospital Geral de Caxias do Sul.** Revista Científica da AMECS vol.8, n.2, segundo semestre, 1999.

9 GLOSSÁRIO

Definição de Termos

Aborto é o produto da expulsão ou extração do organismo materno de um feto ou embrião pesando 500 gramas ou menos (aproximadamente igual a 20 semanas ou 140 dias completos a 22 semanas ou 154 dias completos de gestação) ou de um produto da gestação de qualquer peso e especificamente designado (ex.mola hidatiforme) independente da idade gestacional e se há ou não evidencia de vida e se houve ou não abortamento espontâneo ou induzido.

Adolescência: definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como período entre 10 e 19 anos de idade e 11 meses.

Alfabetização

Considerou-se como alfabetizada a pessoa capaz de ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhecia. Aquela que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu e a que apenas assinava o próprio nome foi considerada analfabeta (IBGE, 2000).

Duração da gestação É o período de tempo observado de desenvolvimento do embrião no útero materno, desde a sua concepção até a ocasião do parto. A duração da gestação é investigada em número de semanas completas (IBGE, *Estatísticas do Registro Civil, v. 31, 2004*).

Fator de confusão

Quando a contribuição de um fator, identificada em uma análise individual pode ser total ou parcialmente atribuída a outro, dizemos que estamos diante de uma situação em que há confusão de efeitos (DATTA, Apud Introdução à estatística

médica, 1993). As principais estratégias para contornar o problema criado pelos fatores de confusão são descritas a seguir: a primeira, na fase de planejamento do estudo, é usar a aleatorização, e/ou a homogeneização. A segunda estratégia é usar, na etapa de análise de dados, técnicas estatísticas para tratar a questão da não comparabilidade. A primeira é a construção de análises estratificadas, isto é, em subgrupos homogêneos de pacientes. Outra forma consiste na utilização de técnicas multivariadas especialmente desenvolvidas para isolar a contribuição específica de cada fator (SOARES & SIQUEIRA, 2002).

Gravidez ou Gestação de Alto Risco: Grave ou muito importante chance de mortalidade e morbidade para a mãe, feto ou criança. (GOLD, 1968).

Uma gravidez de alto risco é aquela em que o feto tem uma chance significativamente aumentada de morrer, quer antes ou após o nascimento, ou de ser incapacitado (RUDOLPH & KENNY, 1982).

Idade da mãe na ocasião do parto: É a idade, em anos completos, que a mãe tinha na ocasião do parto (IBGE, *Estatísticas do Registro Civil, 2004*).

Lugar de registro: É a localização geográfica (Unidade da Federação e município) do Cartório do Registro Civil de Pessoas Naturais onde foi efetuado o registro do nascido vivo (IBGE, *Estatísticas do Registro Civil, 2004*).

Nativo ou Nascido vivo ou recém nascido vivo. É a expulsão ou a extração completa de um produto da concepção do corpo materno, independentemente da duração da gestação, o qual, depois da separação do corpo materno, respire ou dê qualquer outro sinal de vida, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos da contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta ((IBGE, 1974).

Óbito fetal: De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, é a morte de um produto da concepção ocorrida antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gestação. A indicação do óbito fetal é dada pelo fato de que, após a separação do corpo materno, o feto não respire ou mostre qualquer outra evidência de vida, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos de contração voluntária. Óbito fetal tardio ou nascido morto ou natimorto é o óbito ocorrido com 28 semanas ou mais de gestação (IBGE, *Estatísticas do Registro Civil*, v. 31, 2004).

Risco:

O conceito epidemiológico de risco pode se referir a algo positivo, como por exemplo, chances de cura ou recuperação. Risco é o correspondente epidemiológico do conceito matemático de probabilidade. Operacionalmente, podemos definir risco como probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito ou condição relacionada à saúde (incluindo cura, recuperação ou melhora), em uma população ou grupo, durante um período de tempo determinado. Na epidemiologia o risco é estimado sob a forma de proporção. Uma porcentagem, por exemplo, é uma proporção desse tipo (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 2002). Define-se chance de se desenvolver a doença entre expostos e entre não expostos (SOARES & SIQUEIRA, 2002)

Taxa de Fecundidade Total (TFT).

Número médio de filhos que teria uma mulher (de uma coorte hipotética) ao fim do período reprodutivo, estando sujeita a uma determinada lei de fecundidade. (IBGE, 1996).

Taxa de Fecundidade Geral (TFG)

É o quociente entre os nascidos vivos durante um ano civil e o número de mulheres dentro do período reprodutivo. A taxa de fecundidade geral não sofre a influência da estrutura etária, pois o denominador é o número de mulheres

dentro do período reprodutivo e não a população total. Considera o período reprodutivo das mulheres a faixa de idade de 15 a 49 anos (IBGE, 1996).

Taxa específica de fecundidade (5 fi):

É o quociente entre nascidos vivos (NV) durante um ano civil e o número de mulheres dentro do período reprodutivo. $TFg_t = \frac{B_t}{P_{F_{15 a 49 \text{ anos}}}} / t * 1000$

Obs: A taxa de fecundidade geral não sofre a influência da estrutura etária, pois o denominador é o número de mulheres dentro do período reprodutivo e não a população total. É considerado o período entre 15 e 49 anos de idade (IBGE, ano)

É a intensidade com que a fecundidade atua em cada grupo etário de mulheres em idade reprodutiva **(IBGE, 1996)**

Taxa de Gravidez: É o quociente entre os nascidos vivo durante um ano civil e a população ao meio do período por mil (IBGE, 1996).

Taxa bruta de natalidade

É o quociente entre os nascidos vivos durante um ano civil e a população ao meio do período. É um indicador associado à fecundidade que utiliza no denominador o total da população, ou seja, das pessoas que podem estar ou não expostas ao risco de reprodução. Por este motivo, quando utilizada para comparar níveis de fecundidade é influenciada pela população de mulheres em idades reprodutiva com relação à população total. É um indicador do nível de Fecundidade.(IBGE). A Taxa de Fecundidade Geral (TFG) é o quociente entre os nascidos vivos durante um ano civil e o número de mulheres dentro do período reprodutivo. A taxa de fecundidade geral não sofre a influência da estrutura etária, pois o denominador é o número de mulheres dentro do período reprodutivo e não a população total. Considera o período reprodutivo das mulheres a faixa de idade de 15 a 49 anos (IBGE, 1996).

Taxa de Óbito Fetal específico: é o quociente do número de óbitos do feto pelo número de nascidos vivos: (autor) (IBGE, *Estatísticas do Registro Civil*, v. 31, 2004)

10- ANEXOS

ANEXO A

**FOLHA DO CLAP UTILIZADA COMO CADERNETA PERINATAL DO
HUCAM / UFES**

CLAP - OPS/OMS HISTÓRIA CLÍNICA PERINATAL-BASE																					
NOME COMPLETO _____					IDADE anos <input type="text"/> <input type="text"/> menor de 15 <input type="checkbox"/> maior de 15 <input type="checkbox"/>		ALFA BETI. sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		INSTRUÇÃO sim <input type="checkbox"/> nenh. <input type="checkbox"/> sec. <input type="checkbox"/> anos aprov. <input type="checkbox"/> prim. <input type="checkbox"/> univ. <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL união <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>		LUGAR DE CONTROLE PRENATAL (PROCEDÊNCIA) LUGAR DE PARTO (INSTITUIÇÃO) NUMERO H.C. <input type="text"/>								
ENDEREÇO _____					CIDADE _____ TEL _____																
ANTECEDENTES			PESSOAIS			OBSTÉTRICOS															
FAMILIARES diabetes <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> TBC pulmonar <input type="checkbox"/> hipertensão <input type="checkbox"/> gemelares <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/>			TBC <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hipertensão <input type="checkbox"/> outros _____			cirurgia pélvica <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> infertilidade <input type="checkbox"/> VHI + <input type="checkbox"/>			gestas <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> vaginais <input type="checkbox"/> partos <input type="checkbox"/> cesáreas <input type="checkbox"/>		nascidos vivos <input type="checkbox"/> nascidos mortos <input type="checkbox"/>		vivem <input type="checkbox"/> mortos 1ª sem. <input type="checkbox"/> depois 1ª sem. <input type="checkbox"/>		final da gestação anterior mês <input type="text"/> ano <input type="text"/> RN com maior peso <input type="text"/> g						
GESTAÇÃO ATUAL										HOSPITALIZAÇÃO EM GESTAÇÃO não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>											
PESO ANTERIOR <input type="text"/> Kg		ALTURA (cm) <input type="text"/>		DPP/DUM <input type="text"/>		DÚVIDAS <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		ANTITETÂNICA prévia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> 1º <input type="text"/> 2º/R <input type="text"/>		GRUPO Rh <input type="text"/>		FUMA <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> cigarros por dia <input type="text"/>		ALCOOL <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		DROGAS <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		LUGAR DE ENCAMINHADA No <input type="checkbox"/> Envio <input type="checkbox"/> Recepção <input type="checkbox"/>			
EX. CLÍNICO normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		EX. MAMAS normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		EX. ODONT. normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		PELVIS normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		PAPANIC normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		COLPOSCOPIA normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		CERVIX normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		VDRL - <input type="checkbox"/> dia <input type="text"/> mês <input type="text"/> + <input type="checkbox"/>		VDRL - <input type="checkbox"/> dia <input type="text"/> mês <input type="text"/> + <input type="checkbox"/>		Hb <input type="text"/> dia <input type="text"/> mês <input type="text"/>		Hb <input type="text"/> dia <input type="text"/> mês <input type="text"/>	

Esta cor significa ALERTA

data da consulta	1/	2/	3/	4/	5/	6/	7/	8/	9/
semanas de amenorreias									
peso (Kg)									
pressão arterial máx/min (mm Hg)									
alt. uterina pubis fundo									
F.C.F. (bat./min)									

IDADE GEST. <input type="text"/> sem. <input type="text"/> menor 37 <input type="checkbox"/> maior 41 <input type="checkbox"/>		APRES. cef. <input type="checkbox"/> pelv. <input type="checkbox"/> tran. <input type="checkbox"/>		TAMANHO FETAL adequado <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		INÍCIO esp. <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> ces. <input type="checkbox"/> elet. <input type="checkbox"/>		MEMB. int. <input type="checkbox"/> rot. <input type="checkbox"/>		TERMINAÇÃO espont. <input type="checkbox"/> fórceps <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> outra <input type="checkbox"/> hora <input type="text"/> min. <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia <input type="text"/> ano <input type="text"/>				INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO OPERATÓRIO OU INDUÇÃO <input type="checkbox"/>			
MORTE intraut. <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> gest. <input type="checkbox"/>		EPISIOTOMIA não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		DEQUITAÇÃO espont. <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		NÍVEL DE ATENÇÃO 3º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> domic. <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>		ATENEU médico <input type="checkbox"/> ent./obst. <input type="checkbox"/> auxil. <input type="checkbox"/> estud./empir. <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>		PATOLOGIAS nenhuma <input type="checkbox"/> ordem <input type="checkbox"/> outras infec. <input type="checkbox"/> anemia crônica <input type="checkbox"/> ges. múltipla <input type="checkbox"/> parasitose <input type="checkbox"/> rupt.pra.memb. <input type="checkbox"/> hiper. prévia <input type="checkbox"/> R.C.I.U. <input type="checkbox"/> infec. puerp. <input type="checkbox"/> pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> ameaça parto prem. <input type="checkbox"/> hem. puerp. <input type="checkbox"/> eclâmpsia <input type="checkbox"/> desprop. cef. pelv. <input type="checkbox"/> outras <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/> hemorragia 1º trin. <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hemorragia 2º trin. <input type="checkbox"/> infec. urinária <input type="checkbox"/> hemorragia 3º trin. <input type="checkbox"/>							
RECEM-NASCIDO <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ignora momento <input type="checkbox"/>		LACERAÇÃO não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		PLACENTA compl. <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		PARTO <input type="checkbox"/>		NEONATO <input type="checkbox"/>									
Nº H.C. <input type="text"/>										NOME _____							

SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>		PESO AO NASCER <input type="text"/> g menor 2500 g <input type="checkbox"/>		ALTURA <input type="text"/> cm PER. CEFALICO <input type="text"/> cm		IDADE POR EX.FÍSICO <input type="text"/> sem. menor de 37 <input type="checkbox"/>		PESO I.G. adeq. <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> gde. <input type="checkbox"/>		APGAR. 1º minuto <input type="text"/> 5º <input type="text"/> 6 ou menor <input type="checkbox"/>		REANIM. RESPIR. não <input type="checkbox"/> máscara <input type="checkbox"/> tubo <input type="checkbox"/>		VRDL - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
EXAME FÍSICO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		nenhuma <input type="checkbox"/> hemorragia <input type="checkbox"/> neuropáticas <input type="checkbox"/> memb. hialina <input type="checkbox"/> hiperbilirrub. <input type="checkbox"/> metal./nutric. <input type="checkbox"/> sind. aspirat. <input type="checkbox"/> outras hematol. <input type="checkbox"/> VIH + <input type="checkbox"/>		apnéia <input type="checkbox"/> infecções <input type="checkbox"/> sind. abstinencia <input type="checkbox"/> outras SDR <input type="checkbox"/> defeitos cong. <input type="checkbox"/> outras <input type="checkbox"/>		ALOJ. CONJUNTO sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZADO sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		ALTA P.N. hora <input type="text"/> dia <input type="text"/> mês <input type="text"/> sadio <input type="checkbox"/> encaminhado <input type="checkbox"/> com patol. <input type="checkbox"/> óbito <input type="checkbox"/>		PEITO <input type="checkbox"/> peito <input type="checkbox"/> mixto <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/>		PESO NA ALTA <input type="text"/>		ALTA MATERNA dia <input type="text"/> mês <input type="text"/> ano <input type="text"/> sadia <input type="checkbox"/> encaminhada <input type="checkbox"/> com patol. <input type="checkbox"/> óbito <input type="checkbox"/>	
												CONTRACEPÇÃO camisinha <input type="checkbox"/> ligadura tubaria <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> ritmo <input type="checkbox"/> referida <input type="checkbox"/> pílula <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>					

Padrões de altura uterina e ganho de peso materno de acordo com a idade gestacional. Ao conhecer a idade gestacional marca-se no gráfico o ponto que corresponde a intersecção dos valores obtidos.



CLP96159-R

ANEXO B

POPULAÇÃO RESIDENTE TOTAL, POR SEXO E GRUPOS DE IDADE - 2000			
IBGE - CENSO			
GRUPOS DE IDADE	POPULAÇÃO TOTAL		
	TOTAL	HOMENS	MULHERES
TOTAL	169 799 170	83 576 015	86 223 155
0 a 4 anos	16 375 728	8 326 926	8 048 802
5 a 9 anos	16 542 327	8 402 353	8 139 974
10 a 14 anos	17 348 067	8 777 639	8 570 428
15 a 19 anos	17 939 815	9 019 130	8 920 685
20 a 24 anos	16 141 515	8 048 218	8 093 297
25 a 29 anos	13 849 665	6 814 328	7 035 337
30 a 34 anos	13 028 944	6 363 983	6 664 961
35 a 39 anos	12 261 529	5 955 875	6 305 654
40 a 44 anos	10 546 694	5 116 439	5 430 255
45 a 49 anos	8 721 541	4 216 418	4 505 123
50 a 54 anos	7 062 601	3 415 678	3 646 923
55 a 59 anos	5 444 715	2 585 244	2 859 471
60 a 64 anos	4 600 929	2 153 209	2 447 720
65 a 69 anos	3 581 106	1 639 325	1 941 781
70 a 74 anos	2 742 302	1 229 329	1 512 973
75 a 79 anos	1 779 587	780 571	999 016
80 anos e mais	1 832 105	731 350	1 100 755

ANEXO C

Tabela 194 - Nascidos vivos registrados no ano por lugar de residência da mãe, ano de nascimento, grupos de idade da mãe na ocasião do parto e sexo		
Brasil		
Variável = Nascidos vivos registrados no ano (Pessoas)		
Ano de nascimento = 2000		
Sexo = Total		
Ano = 2000		
Lugar de residência da mãe	Grupos de idade da mãe na ocasião do parto	
Rondônia	Total	22.250
	Menos de 15 anos	228
	15 a 19 anos	6.236
Acre	Total	10.803
	Menos de 15 anos	128
	15 a 19 anos	2.904
Amazonas	Total	36.108
	Menos de 15 anos	242
	15 a 19 anos	6.953
Roraima	Total	5.369
	Menos de 15 anos	53
	15 a 19 anos	1.279
Pará	Total	68.413
	Menos de 15 anos	543
	15 a 19 anos	17.256
Amapá	Total	9.201
	Menos de 15 anos	104
	15 a 19 anos	2.142
Tocantins	Total	14.972
	Menos de 15 anos	155
	15 a 19 anos	4.036

Maranhão	Total	51.191
	Menos de 15 anos	443
	15 a 19 anos	13.834
Piauí	Total	30.356
	Menos de 15 anos	166
	15 a 19 anos	6.748
Ceará	Total	88.710
	Menos de 15 anos	506
	15 a 19 anos	16.998
Rio Grande do Norte	Total	37.329
	Menos de 15 anos	351
	15 a 19 anos	7.831
Paraíba	Total	51.872
	Menos de 15 anos	466
	15 a 19 anos	11.799
Pernambuco	Total	109.228
	Menos de 15 anos	773
	15 a 19 anos	23.925
Alagoas	Total	33.074
	Menos de 15 anos	247
	15 a 19 anos	6.560
Sergipe	Total	29.574
	Menos de 15 anos	269
	15 a 19 anos	6.278
Bahia	Total	215.613
	Menos de 15 anos	1.876
	15 a 19 anos	53.158
Minas Gerais	Total	287.395
	Menos de 15 anos	1.427
	15 a 19 anos	54.480
Espírito Santo	Total	51.983
	Menos de 15 anos	333
	15 a 19 anos	10.907
Rio de Janeiro	Total	225.353
	Menos de 15 anos	1.597
	15 a 19 anos	43.511
São Paulo	Total	640.767
	Menos de 15 anos	3.605

	15 a 19 anos	119.146
Paraná	Total	164.181
	Menos de 15 anos	1.297
	15 a 19 anos	34.014
Santa Catarina	Total	87.082
	Menos de 15 anos	508
	15 a 19 anos	16.944
Rio Grande do Sul	Total	154.672
	Menos de 15 anos	1.074
	15 a 19 anos	28.477
Mato Grosso do Sul	Total	34.491
	Menos de 15 anos	435
	15 a 19 anos	8.870
Mato Grosso	Total	34.713
	Menos de 15 anos	375
	15 a 19 anos	8.884
Goiás	Total	74.116
	Menos de 15 anos	646
	15 a 19 anos	18.269
Distrito Federal	Total	43.106
	Menos de 15 anos	196
	15 a 19 anos	7.925

Nota:

1 - Excluído sem declaração do Sexo.

Fonte: IBGE - Estatísticas do Registro Civil

Francisco Luiz Zaganelli
Rua Constante Sodré 332, Santa Lúcia.
Vitória – Espírito Santo
Telefone Residencial - 027 3225 9053
Celular - 027 9989 2910 e 027 3222 1411(17 HORAS)
E-mail: zaganelli@terra.com.br