



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA - Ed. 2009/2010

Sabrina Ribeiro Soares

**RECÉM-NASCIDOS DE MÃES ADOLESCENTES E JOVENS ADULTAS
NO RIO GRANDE DO SUL, 1998-2007**

Porto Alegre
Julho/2010

Sabrina Ribeiro Soares

**RECÉM-NASCIDOS DE MÃES ADOLESCENTES E JOVENS ADULTAS
NO RIO GRANDE DO SUL, 1998-2007**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do Certificado de Especialização
em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin.

Porto Alegre
Julho/2010

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a cinco criaturas divinas,
que iluminam minha vida e que na convivência diária,
fazem os meus dias mais felizes.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar os meus passos e iluminar os meus pensamentos, oportunizando a mim o estudo.

Aos meus pais, Gilmo e Jussara, por tudo o que sei e sou, pelas conquistas que não são só minhas, e principalmente por serem sábios ao me auxiliarem com gestos de carinho e palavras de conforto.

Aos meus irmãos, Giordany e Guilherme, que mesmo não ajudando com palavras, sabem me animar com brincadeiras como ninguém mais.

À minha querida e amada vó Bina, que apesar de todos os sustos recentes, vem se mostrando uma das pessoas mais fortes que eu conheço; é nisso que me espelho dia-a-dia.

Aos colegas da UBS-ESF Santa Clara, que por inúmeras vezes compreenderam e respeitaram meus momentos de reclusão, e que de alguma forma contribuíram para meu amadurecimento profissional.

Aos amigos, que por vez ou outra, me acompanharam às bibliotecas para que eu não fosse sozinha, e então me alegraram com a sua companhia.

Aos meus professores da graduação e da especialização, por fazerem a diferença na hora certa; por me auxiliarem na busca contínua por aperfeiçoamento profissional.

Ao Professor Ronaldo Bordin, que me orientou, do início ao fim, dando dicas e ajudando ativamente para qualificar ainda mais o trabalho.

Às atuais mães e às futuras, que possivelmente ainda serão estudadas por mim.

EPÍGRAFE

*“Ontem o menino que brincava me falou
Que hoje é semente do amanhã
Para não ter medo que esse tempo vai passar
Não se desespere não, nem pare de sonhar
Nunca se entregue, nasça sempre com as manhãs
Deixe a luz do sol brilhar no céu do seu olhar
Fé na vida, fé no homem, fé no que virá
Nós podemos tudo, nós podemos mais
Vamos lá fazer o que será”
(Gonzaguinha)*

RESUMO

Este estudo objetiva descrever o perfil epidemiológico dos nascimentos no Estado do Rio Grande do Sul no decênio 1998-2007, através dos dados registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, especificamente de mulheres com idade entre 10 e 39 anos. Os nascimentos foram sistematizados quanto à idade materna (adolescente e jovem adulta), escolaridade e estado civil da mãe, duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto, número de consultas de pré-natal, sexo do recém-nascido, peso ao nascer, Apgar no 1º e 5º minuto de vida. Os resultados do estudo apontam para: um decréscimo nas taxas de natalidade nas idades estudadas; 56,7% das mães adolescentes eram solteiras e 46,1% do total de mães possui o ensino fundamental incompleto; a taxa de cesarianas foi de 44,3%, e cerca de 60% da população estudada realizou sete ou mais consultas de pré-natal. Houve associação significativa entre gestação em adolescentes e menor frequência de consultas de pré-natal, prematuridade e baixo peso ao nascer ($p < 0,000$). É preciso pensar em políticas públicas que abranjam amplamente a saúde do adolescente, visando prevenção primária.

Unitermos: gravidez, gravidez na adolescência, nascidos vivos, epidemiologia, gestão em saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- BPN** – Baixo Peso ao Nascer
- DataSUS** – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DeCS** – Descritores em Ciências da Saúde
- DNV** – Declaração de Nascidos Vivos
- ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MS** – Ministério da Saúde
- NV** – Nascidos Vivos
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde
- RN** – Recém-nascido(s)
- RS** – Rio Grande do Sul
- SINASC** – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UFRGS** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Unicef** – Fundo das Nações Unidas para a Infância
- WHO** – World Health Organization

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - Número de recém-nascidos de mães adolescentes e jovens adultas conforme ano de nascimento. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos nascimentos segundo a idade materna. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Tabela 2 - Distribuição dos nascimentos segundo o estado civil das mães adolescentes e jovens adultas. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Tabela 3 - Distribuição dos nascimentos segundo a escolaridade das mães adolescentes e jovens adultas. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Tabela 4 - Distribuição dos nascimentos segundo a idade gestacional das mães adolescentes e jovens adultas. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Tabela 5 - Distribuição dos nascimentos segundo o tipo de gravidez das mães adolescentes e jovens adultas. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Tabela 6 - Distribuição dos nascimentos segundo o tipo de parto das mães adolescentes e jovens adultas. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Tabela 7 - Distribuição dos nascimentos segundo o número de consultas de pré-natal realizadas pelas mães adolescentes e jovens adultas. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Tabela 8 - Distribuição dos recém-nascidos segundo o sexo. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Tabela 9 - Distribuição dos recém-nascidos segundo o peso ao nascer. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Tabela 10 - Distribuição dos recém-nascidos segundo o Apgar no 1º minuto de vida. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Tabela 11 - Distribuição dos recém-nascidos segundo o Apgar no 5º minuto de vida. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 MÉTODOS.....	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
4.1 MÃES ADOLESCENTES E MÃES JOVENS ADULTAS.....	19
4.2 RECÉM-NASCIDOS.....	25
5 CONCLUSÕES.....	28
<i>REFERÊNCIAS.....</i>	<i>29</i>

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1998), desde a década de 1960 observa-se um declínio nas taxas de fecundidade e, por outro lado, especificamente na faixa-etária de 15 a 19 anos, um aumento significativo dos nascimentos. Assim, o tema “Gravidez entre adolescentes e jovens adultas no Rio Grande do Sul, 1998-2007” foi escolhido devido ao aumento na incidência de gestações na adolescência (OPAS, 1998; MONTEIRO, CUNHA E BASTOS, 1998).

Em levantamento realizado por Canella e Vittielo (1996), através de dados do IBGE, nas décadas de 1940 a 1960 houve um crescimento nas taxas de fecundidade em todo o território nacional; já a partir da década de 1970 começa a ocorrer uma mudança neste cenário, com o declínio gradativo destas taxas. Por outro lado, observou-se na mesma pesquisa, que a contribuição das adolescentes para a taxa de fecundidade total passou de 6,5% em 1970, para 10,5% em 1984, o que conseqüentemente aumentou a preocupação dos profissionais da área da saúde, tendo em vista os aspectos negativos que essa condição condiciona.

A palavra ‘adolescência’, etimologicamente, vem do latim *adolescere*, que significa crescer, aquele que está em crescimento. Já a palavra ‘adulto’ vem do latim *adultus*, que significa aquele que parou de crescer (MARCIANO et al., 2004). A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009) define a adolescência como o período de vida que começa aos 10 e perdura até os 19 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990), compreende como adolescência a faixa etária dos 12 aos 18 anos incompletos. Independentemente da definição etária, é um período de mudanças significativas na vida de todos, é a fase de transição entre a infância e a vida adulta.

Considerando-se que a vida adulta inicia após a adolescência, entende-se por adulto o indivíduo com idade superior a 20 anos. Contudo, a vida adulta passa por várias etapas distintas, podendo ser dividida em três fases: até 40 anos considera-se o adulto jovem; dos 40 aos 60 anos há o adulto maduro, e a partir dos 60 anos, inicia-se a terceira idade.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) utiliza-se de faixas etárias populacionais. Sendo assim, considera-se adolescente o indivíduo nas faixas etárias dos 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos. Já o adulto jovem compreende a faixa etária dos 20 aos 39 anos, subdivididas em intervalos de cinco anos.

Conforme dados do IBGE (2009), a estimativa no ano de 2007 era que, do total da população brasileira, 33.976.703 (18%) fossem adolescentes. Já com idade entre 20 e 39 anos (adulto jovem), o número cresce para 63.410.755 (33,5%). Neste mesmo período, do total de gestações no país, 21,1% eram de adolescentes, enquanto que no Rio Grande do Sul esta proporção seria de 17,8%.

A adolescência é um período de mudanças e de readaptação ao novo corpo. Somando a estas mudanças uma gravidez, dos pontos de vista pessoal, social e familiar, compreende-se como a gestação pode ser um evento difícil na vida da adolescente que, certamente, precisa de ajuda para superar tais dificuldades (GODINHO et al., 2000; MONTEIRO, CUNHA E BASTOS, 1998).

É na adolescência que se torna necessária uma orientação sexual mais abrangente, que ajude o jovem a adquirir autonomia e a superar conflitos advindos da transição da infância para a maturidade. Neste período inicia-se uma redefinição do papel social do adolescente, pois ocorre um aprofundamento de vínculos afetivos e a consolidação de sua auto-imagem. Na adolescência ocorrem mudanças que centram-se na conscientização e expressão da sexualidade e da individualidade.

Canella e Vitiello (1996) relatam que nas décadas de 1980-1990, cerca de 15% das meninas e 37% dos meninos tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos. Antes de completar os 18 anos, esta porcentagem aumenta para 60% entre as meninas e 80% entre os meninos.

Anos depois, em estudo realizado por Szwarcwald et al. (apud CERQUEIRA-SANTOS et al. 2010), no ano de 2004, constatou-se que os adolescentes brasileiros têm iniciado a vida sexual cada vez mais cedo e mantêm um maior número de

parceiros. Dados do Ministério da Saúde (2006) mostram que 33% dos adolescentes brasileiros com idade entre 12 e 17 anos, já haviam tido a primeira relação sexual.

Com a descoberta do sexo e o início das relações sexuais, torna-se urgente a necessidade de informação e orientação em relação à saúde reprodutiva, bem como quanto à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejada.

A gestação é um fenômeno fisiológico normal, e usualmente sua evolução se dá sem intercorrências. Segundo observações clínicas e estatísticas (FREITAS et al., 2002), cerca de 90% das gestações começam, evoluem e encerram sem intercorrências. Quando estas complicações não ocorrem, as gestações são consideradas de baixo risco. Entretanto, algumas gestações podem iniciar com problemas ou estes podem surgir no decorrer da gestação, trazendo, por vezes, conseqüências desfavoráveis tanto para a mãe como para o feto. Alguns fatores podem complicar a evolução natural da gestação. Muitos são os fatores de risco: biológicos, clínicos, ambientais, comportamentais, socioeconômicos, culturais, dentre outros (FREITAS et al., 2002).

Do mesmo modo, Bueno (2001), Canella e Vitiello (1996), Freitas et al. (2002) e Halbe et al. (1998), apontam a idade materna precoce como um fator de risco. Tanto as mães adolescentes como os seus recém-nascidos apresentam várias desvantagens. Inúmeras são as condições que definem o alto risco da gravidez em adolescentes: desvantagens socioeconômicas; evasão escolar e educação falha; falta de acesso ao cuidado de saúde e assistência pré-natal falha; habilidades parentais inapropriadas; gravidezes repetidas; abuso de drogas; nutrição inapropriada.

As adolescentes têm maior risco de mortalidade materna, que se relaciona às complicações na gestação, parto e puerpério. As complicações mais freqüentes são: toxemia gravídica; maior índice de cesarianas; desproporção céfalo-pélvica; lacerações perineais; amniorrexe prematura; anemia (BUENO, 2001).

Conforme Lowdermilk, Perry e Bobak (2002, p.586):

Maiores complicações são observadas nas mães jovens (menos de 15 anos de idade), que têm um índice de mortalidade mais alto do que as acima de 20 anos, e nas gestações que ocorrem menos de três anos após a menarca. As complicações envolvem a anemia, a hipertensão induzida pela gestação, o trabalho de parto prolongado [...] As implicações sociais da maternidade precoce a longo prazo são a baixa escolaridade, a baixa renda, o aumento da dependência de programas de apoio governamentais, os maiores índices de divórcio e a maior paridade.

A gravidez na adolescência traz também riscos para o recém-nascido, tais como: altos índices de prematuridade; baixo peso ao nascer (menos de 2.500g), que isoladamente é um dos fatores mais importantes para morbi-mortalidade neonatal; maior chance de óbito no primeiro mês de vida; menor probabilidade de receberem atenção à saúde e nutrição adequadas; menos chances de obter uma boa educação e maior probabilidade de serem empobrecidos ao longo de toda a vida (BUENO, 2001; KASSAR et al., 2005; MONTEIRO, CUNHA E BASTOS, 1998; SAVE THE CHILDREN, 2004).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizou um estudo onde foi possível observar que, no mundo, a cada dez nascimentos, um envolvia uma mãe que ela mesma ainda era uma criança (SAVE THE CHILDREN, 2004).

Para Foresti (apud MONTEIRO et al., 2006), as adolescentes que engravidam apresentam em comum a fragilidade na formação da identidade. Algumas não conseguem criar vínculos com o mundo do trabalho e têm vários empregos num curto período de tempo. Outras, não enxergam perspectivas em relação aos estudos. Em muitos casos, as adolescentes demonstram um comportamento infantilizado para a sua idade, não aceitando as suas responsabilidades.

Na atualidade, a gravidez na adolescência tem trazido preocupação aos obstetras, devido às conseqüências que impõe tanto à mãe muito jovem, quanto ao seu filho (MONTEIRO, CUNHA E BASTOS, 1998).

Neste contexto, defronta-se com o seguinte problema de pesquisa: qual o perfil epidemiológico dos recém-nascidos no estado do Rio Grande do Sul no decênio 1998-2007?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever o perfil epidemiológico dos recém-nascidos de mães adolescentes e jovens adultas no Estado do Rio Grande do Sul no decênio 1998-2007.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os nascimentos quanto a: idade materna (adolescente e jovem adulta), escolaridade, estado civil, duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto, número de consultas de pré-natal, sexo do recém-nascido, peso ao nascer, Apgar no 1º minuto e Apgar no 5º minuto;

- Comparar as gravidezes entre adolescentes e jovens adultas.

3 MÉTODOS

O trabalho caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, desenvolvida a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, referente aos nascimentos ocorridos no período de 1998 e 2007 no Rio Grande do Sul, especificamente de mulheres entre 10 e 39 anos.

A pesquisa descritiva, adequada aos objetivos deste estudo, tem a finalidade de observar, descrever e documentar os aspectos de uma dada situação (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004).

A população do estudo é constituída pelos recém-nascidos (RN) de mães adolescentes (de 10 a 19 anos) e de jovens adultas (de 20 a 39 anos) no Estado do Rio Grande do Sul, cujo nascimento se deu no decênio 1998-2007. Para este estudo empregou-se 100% dos registros efetuados no SINASC-RS que, no período e faixas etárias em estudo, foi de 1.526.377 nascimentos.

Com base nas informações disponíveis no SINASC foram selecionadas as seguintes variáveis: idade materna, escolaridade, estado civil, duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto, número de consultas de pré-natal, sexo do recém-nascido, peso ao nascer, Apgar no 1º e 5º minuto de vida.

Tais dados foram obtidos a partir da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), instrumento padronizado e impresso pelo Ministério da Saúde, pré-numerado e redistribuído às Secretarias Municipais de Saúde (BAHIA, 2003). A DNV contém dados gerais da mãe, dados da gestação, do parto, e informações sobre o recém-nascido.

Medidas de associação entre as gravidezes registradas de adolescentes e jovens adultas foram realizadas através do teste do qui-quadrado, para um nível de significância de 5%.

Ainda que empregando dados secundários e de domínio público, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, para registro junto ao Sistema de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – protocolo nº. 18022.

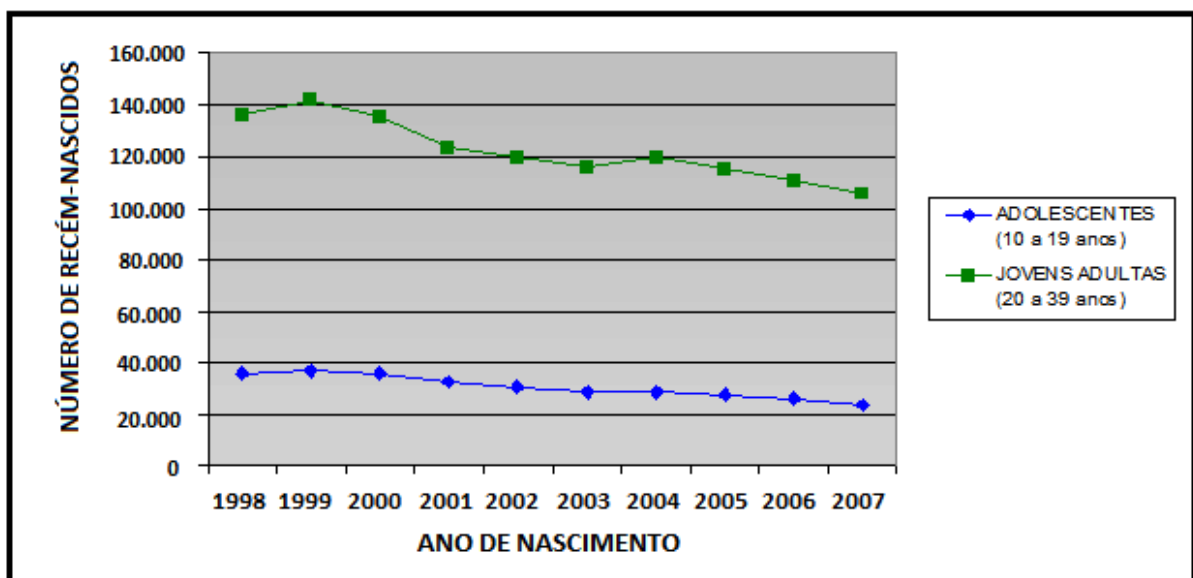
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo tem por finalidade descrever o perfil epidemiológico dos recém-nascidos no Estado do Rio Grande do Sul no decênio 1998-2007, a partir das informações contidas no banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A população é constituída por 1.526.377 recém-nascidos de mulheres com idade entre 10 e 39 anos, cujos dados constam no SINASC. Os dados dos nascidos vivos das adolescentes e das jovens adultas são apresentados separadamente, conforme as tabelas que seguem, contendo freqüência e percentual, e analisadas com base na literatura científica pertinente ao estudo proposto.

Conforme ilustra o Gráfico 1, é possível observar que durante o período de estudo, de 1998 a 2007, ocorre um declínio no número de nascimentos, independentemente da faixa etária materna.

Gráfico 1 – Número de recém-nascidos de mães adolescentes e jovens adultas conforme ano de nascimento. Rio Grande do Sul, 1998-2007.



Fonte: SINASC.

4.1 MÃES ADOLESCENTES E MÃES JOVENS ADULTAS

No período de 1998 a 2007 ocorreram 1.579.016 nascimentos registrados no Rio Grande do Sul. Destes, 305.722 (19,4%) eram mães adolescentes e 1.220.655 (77,3%) mães jovens adultas (Tabela 1), com estas duas faixas etárias perfazendo 96,7% dos nascimentos.

Tabela 1 - Distribuição dos nascimentos segundo a idade materna. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

<i>Idade Materna</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
10-19 anos	305.722	19,4
20 a 39anos	1.220.655	77,3
40 a 59 anos	49.691	3,1
60 a 64 anos	1	0,0
<i>Ignorado</i>	2.947	0,2
TOTAL	1.579.016	100

Fonte: SINASC.

Na Tabela 2 encontra-se a distribuição dos nascimentos pelo estado civil da mãe. Observa-se que a maioria dos nascimentos ocorreu entre mães que se declararam solteiras (38,6%), Salienta-se o percentual de estado civil 'ignorado' (19%), que atesta uma má qualidade de preenchimento desta variável no banco de dados.

Tabela 2 - Distribuição dos nascimentos segundo o estado civil das mães adolescentes e jovens adultas. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

<i>Estado Civil</i>	<i>Mães adolescentes</i>		<i>Mães Jovens Adultas</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Solteira</i>	173.315	56,7	416.085	34,0	589.400	38,6
<i>Casada</i>	36.614	12,0	437.811	35,9	474.425	31,1
<i>Viúva</i>	174	0,0	3.727	0,3	3.901	0,3
<i>Separada judicialmente</i>	279	0,1	16.963	1,4	17.242	1,1
<i>União consensual</i>	35.653	11,7	115.614	9,5	151.267	9,9
<i>Ignorado</i>	59.687	19,5	230.455	18,9	290.142	19,0
TOTAL	305.722	100	1.220.655	100	1.526.377	100

Fonte: SINASC.

Percebe-se nessa tabela que o percentual de mães adolescentes solteiras (56,7%) é significativamente maior que o de jovens adultas solteiras (34%), situação inversa ao observado quanto ao estado civil “casada” ($p < 0,000$).

Segundo Santos (2006), casamentos ou co-habitações precoces, onde a motivação principal é a gravidez, tendem a elevar as taxas de separações; as uniões contraídas antes de completar os 20 anos de idade resultam em separação três a quatro vezes mais, quando comparadas com as uniões contraídas após os 20 anos.

A distribuição dos nascimentos segundo a escolaridade (Tabela 3) aponta que a maioria das mães adolescentes não possuía o ensino fundamental completo (54,1%), em patamares superiores aos identificados para as mães jovens adultas, que apresentaram um maior número de anos de escolaridade ($p < 0,000$).

Tabela 3 - Distribuição dos nascimentos segundo a escolaridade das mães adolescentes e jovens adultas. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

<i>Escolaridade (em anos)</i>	<i>Mães adolescentes</i>		<i>Mães Jovens Adultas</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>1-7</i>	165.382	54,1	538.808	44,2	704.190	46,1
<i>8-11</i>	101.305	33,1	382.325	31,3	483.630	31,7
<i>12 e mais</i>	11.774	3,9	186.601	15,3	198.375	13,0
<i>Sem instrução</i>	1.851	0,6	13.882	1,1	15.733	1,0
<i>Ignorada</i>	25.410	8,3	99.039	8,1	124.449	8,2
TOTAL	305.722	100	1.220.655	100	1.526.377	100

Fonte: SINASC.

Já entre as jovens adultas, a taxa sem instrução tem um leve aumento (1,1%). Em compensação, o percentual de mulheres com idade entre 20 e 39 anos com Ensino Fundamental incompleto diminuiu para 44,2%.

Segundo Santos (2006), uma das complicações psicossociais da gravidez em adolescentes, é a interrupção dos estudos e suas conseqüências futuras. São consideradas conseqüências importantes: empregos menos remunerados, dependência financeira dos pais ou do companheiro por mais tempo. Normalmente, a interrupção nos estudos se dá entre adolescentes que já apresentam previamente uma má performance escolar.

Em estudo realizado pela Secretaria Estadual de Educação do Rio Grande do Sul (CORREIO DO POVO, 2006; ZERO HORA, 2006), a gravidez na adolescência evidenciou andar de mãos dadas com a evasão escolar. Quanto mais cedo ocorre a gravidez, maiores são os índices de evasão escolar. Também se constatou no mesmo estudo que, em mais de um terço dos casos, as adolescentes acabam parando de estudar pela dificuldade de enfrentar tal situação.

Salienta-se o percentual de estado civil ignorado (19%), que atesta uma má qualidade de preenchimento desta variável no banco de dados.

Cabe salientar que o percentual de anos de escolaridade cuja informação consta como 'ignorada' (8,3%), atesta a fragilidade no preenchimento da variável junto ao banco de dados.

Salienta-se também o viés da idade, visto que a idade superior das jovens adultas sobre as adolescentes possibilita número mais elevado de anos de estudo.

Quanto à distribuição dos nascimentos segundo a idade gestacional (Tabela 4), observa-se que a maioria dos nascimentos ocorreu a termo (90,9%) embora as mães adolescentes tenham tido maior número de nascimentos pré-termo ($p < 0,000$).

Tabela 4 - Distribuição dos nascimentos segundo a idade gestacional das mães adolescentes e jovens adultas. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Idade Gestacional (em semanas)	Mães adolescentes		Mães Jovens Adultas		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Pré-Termo (22-36)</i>	26.183	8,6	92.607	7,6	118.790	7,8
<i>Termo (37-41)</i>	275.066	90,0	1.111.565	91,1	1.386.631	90,9
<i>Pós-Termo (42 e +)</i>	3.386	1,1	12.611	1,0	15.997	1,0
<i>Ignorado</i>	1.087	0,3	3.872	0,3	4.959	0,3
TOTAL	305.722	100	1.220.655	100	1.526.377	100

Fonte: SINASC.

A distribuição dos nascimentos segundo o tipo de gravidez e tipo de parto encontra-se nas Tabelas 5 e 6, respectivamente. Observa-se que as mães jovens adultas tiveram uma maior proporção de gestações duplas ou múltiplas ($p < 0,000$) e parto por cesariana ($p < 0,000$).

Tabela 5 - Distribuição dos nascimentos segundo o tipo de gravidez das mães adolescentes e jovens adultas. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Tipo de gravidez	Mães adolescentes		Mães Jovens Adultas		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Única</i>	302.317	98,9	1.193.497	97,8	1.495.814	98,0
<i>Dupla</i>	3.290	1,1	25.797	2,2	29.087	2,0
<i>Tripla e mais</i>	21	0,0	772	0,0	793	0,0
<i>Ignorado</i>	94	0,0	589	0,0	683	0,0
TOTAL	305.722	100	1.220.655	100	1.526.377	100

Fonte: SINASC.

Tabela 6 - Distribuição dos nascimentos segundo o tipo de parto das mães adolescentes e jovens adultas. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Tipo de parto	Mães adolescentes		Mães Jovens Adultas		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Vaginal</i>	208.343	68,2	641.733	52,6	850.076	55,7
<i>Cesariana</i>	97.286	31,8	578.393	47,4	675.679	44,3
<i>Ignorado</i>	93	0,0	529	0,0	622	0,0
TOTAL	305.722	100	1.220.655	100	1.526.377	100

Fonte: SINASC.

A Organização Mundial de Saúde aconselha que o percentual de cesarianas não ultrapasse 15% do total de partos. Todavia, o número de partos realizados por cesárea nas maternidades brasileiras dá um sinal de alerta, já que as mesmas representaram, em 2004, mais de 41% dos partos realizados no país (ANS, 2009).

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2009, p. 2-3):

O Ministério da Saúde está atento para o problema e atua em duas frentes. A primeira é a qualificação de profissionais para incentivar o parto normal. A Saúde promove cursos nas maternidades vinculadas ao SUS, para conscientizar esses profissionais para a necessidade de mudar práticas e humanizar partos. A Agência Nacional de Saúde (ANS), que regulamenta as operadoras de saúde, realiza encontros periódicos com médicos e gestores privados para informar sobre a necessidade de se diminuir o número de cesarianas. Em 2004, houve encontros dos técnicos do Ministério da Saúde com diretores, chefes de obstetria, de neonatologia e de enfermagem dos principais hospitais de referência de todos os estados, que atendem ao

SUS.

Ainda na Tabela 6 percebe-se que a taxa de cesarianas entre adolescentes é menor do que os dados do país em 2004 (41%), mas o dobro do preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de 15%. Cabe salientar que as chances de mortalidade materna são 2,8 vezes maiores nas cesarianas eletivas sem emergência do que nos partos normais (GUIA DO BEBÊ, 2009).

Há alguns anos, o Ministério da Saúde adotou uma medida, fixando o limite de 40% de partos por cesárea em cada região do país, onde a conta hospitalar do excedente não é paga pelo SUS (TEDESCO et al., 2004).

Salienta-se, nesta variável, o viés da multiparidade, o que possivelmente poderá elevar as proporções de partos por cesarianas, uma vez que quanto maior for a idade materna, maior será as chances de multiparidade, e conseqüentemente maior será o percentual de cesariana.

Na Tabela 7, que apresenta a distribuição dos nascimentos segundo o número de consultas de pré-natal, observa-se as mães jovens adultas realizaram 7 ou mais consultas em seu pré-natal (60,7%), patamar superior ao identificado para as mães adolescentes (47,7%) ($p < 0,000$).

Tabela 7 – Distribuição dos nascimentos segundo o número de consultas de pré-natal realizadas pelas mães adolescentes e jovens adultas. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Número de consultas de pré- natal	Mães adolescentes		Mães Jovens Adultas		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>1 a 6</i>	145.755	47,7	435.704	35,7	581.459	38,1
<i>7 e mais</i>	145.726	47,6	741.224	60,7	886.950	58,1
<i>Nenhuma</i>	10.896	3,6	31.575	2,6	42.471	2,8
<i>Ignorado</i>	3.345	1,1	12.152	1,0	15.497	1,0
TOTAL	305.722	100	1.220.655	100	1.526.377	100

Fonte: SINASC.

A Portaria nº. 570 de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde, determina procedimentos que devem ser adotados para o acompanhamento das gestantes, entre eles a realização da primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação, e a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação.

Segundo Monteiro, Cunha e Bastos (1998), quanto mais precoce o início da assistência pré-natal, melhor será o resultado. Porém, geralmente quando as adolescentes procuram o atendimento, pela difícil aceitação da gestação ou por pura negligência, elas tendem a procurar o pré-natal tardiamente, e freqüentemente só chegam ao atendimento no segundo trimestre, quando não é mais possível esconder a gestação.

Embora represente um pequeno número, o percentual de mães adolescentes e jovens adultas, que não adere ao pré-natal é representando por 3,6% e 2,6%, respectivamente.

4.2 RECÉM-NASCIDOS

No período de dez anos (de 1998 a 2007), dos nascimentos ocorridos no estado, cuja idade materna está entre 10 a 39 anos, constata-se que 48,7% eram do sexo feminino, enquanto que 51,3% eram do sexo masculino.

Tabela 8 – Distribuição dos recém-nascidos segundo o sexo. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Sexo do recém-nascido	Mães adolescentes		Mães Jovens Adultas		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Feminino</i>	148.603	48,6	595.174	48,8	743.777	48,7
<i>Masculino</i>	157.094	51,4	625.410	51,2	782.504	51,3
<i>Ignorado</i>	25	0,0	71	0,0	96	0,0
TOTAL	305.722	100	1.220.655	100	1.526.377	100

Fonte: SINASC.

Já nos dados apresentados na Tabela 9, sobre a distribuição dos recém-nascidos segundo o peso ao nascer, repete-se o que refere na literatura (BUENO, 2001; KASSAR et al., 2005; MONTEIRO, CUNHA E BASTOS, 1998; SAVE THE CHILDREN, 2004), isto é, que as mães adolescentes têm maior probabilidade de que seus filhos nasçam com baixo peso ($p < 0,000$).

Tabela 9 – Distribuição dos recém-nascidos segundo o peso ao nascer. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Peso do recém-nascido ao nascer (gramas)	Mães adolescentes		Mães Jovens Adultas		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
< 2.500	31.381	10,3	104.994	8,6	136.375	8,9
> 2.500	274.028	89,6	1.114.121	91,3	1.388.149	91,0
<i>Ignorado</i>	313	0,1	1.540	0,1	1.853	0,1
TOTAL	305.722	100	1.220.655	100	1.526.377	100

Fonte: SINASC.

A avaliação inicial do recém-nascido é feita ao nascer, através da escala de Apgar, que permite uma rápida avaliação da necessidade de reanimação do neonato. A pontuação de 0 a 3 indica sofrimento intenso, de 4 a 6 indica dificuldade moderada e de 7 a 10 que o recém-nascido não terá dificuldades na adaptação à vida extra-uterina (LOWDERMILK, PERRY E BOBAK, 2002).

Na Tabela 10, referente à distribuição dos recém-nascidos quanto ao Apgar no 1º minuto de vida, observa-se que as mães jovens adultas apresentaram uma maior proporção de valores entre 8 e 10 ($p < 0,000$). Ao mesmo tempo, empregando os dados referentes ao Apgar no 5º minuto (Tabela 11), tem-se que o valor de Apgar entre 8 e 10, aumenta de 83,2% no 1º minuto para 94,4% no 5º minuto de vida.

Tabela 10 – Distribuição dos recém-nascidos segundo o Apgar no 1º minuto de vida. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Apgar no 1º minuto de vida	Mães adolescentes		Mães Jovens Adultas		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0 – 7	47.414	15,5	159.147	13,0	206.561	13,5
8 – 10	247.383	80,9	1.023.166	83,8	1.270.549	83,2
<i>Não informado</i>	10.925	3,6	38.342	3,2	49.267	3,3
TOTAL	305.722	100	1.220.655	100	1.526.377	100

Fonte: SINASC.

Tabela 11 – Distribuição dos recém-nascidos segundo o Apgar no 5º minuto de vida. Rio Grande do Sul, 1998-2007.

Apgar no 5º minuto de vida	Mães adolescentes		Mães Jovens Adultas		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0 – 7	10.034	3,3	30.229	2,5	40.263	2,6
8 – 10	285.333	93,3	1.154.987	94,6	1.440.320	94,4
<i>Não informado</i>	10.355	3,4	35.439	2,9	45.794	3,0
TOTAL	305.722	100	1.220.655	100	1.526.377	100

Fonte: SINASC.

Um estudo realizado por Monteiro, Cunha e Bastos (1998), com 389 adolescentes e seus respectivos recém-nascidos, mostrou também uma melhora entre o Apgar do 1º e 5º minuto de vida, onde o índice de Apgar entre 7 e 10, passa de 85,1% no 1º minuto, para 96,1% no 5º minuto de vida. Na Tabela 11 pode-se observar que, mesmo ocorrendo diminuição do percentual de valores entre 0 e 7, estes continuam preponderantes entre as mães adolescentes, com patamar acima do verificado para as mães jovens adultas ($p < 0,000$).

5 CONCLUSÕES

Os resultados do estudo apontam para um decréscimo nas proporções de natalidade nas idades estudadas (de 10 a 19 anos e de 20 a 39 anos) e que a maioria das mães adolescentes era solteira. Mostram também que 46,1% do total de mães possui o ensino fundamental incompleto. A proporção de cesarianas é elevada (44,3%), e cerca de 60% da população estudada realizou sete ou mais consultas. Do mesmo modo, observou-se que as adolescentes apresentam mais dificuldade de adesão ao pré-natal, quer seja pela difícil aceitação da gravidez, quer seja por negligência; e mesmo apresentando índice inferior aos das mães jovens adultas, 47,7% delas realizou mais de sete consultas de pré-natal. No presente estudo, a taxa de prematuridade é levemente superior entre os RN de mães adolescentes.

Com base nos resultados, acredita-se que sejam necessárias ações integradas de planejamento familiar, voltadas a todas as faixas etárias, atentando para a questão da anticoncepção, com o uso de preservativos e anticoncepcionais, prevenindo possíveis gravidezes indesejadas. É preciso pensar em políticas públicas que abranjam amplamente a saúde do adolescente, visando prevenção primária. Entende-se que a educação/orientação para a saúde sexual e reprodutiva, deve contar com o apoio de diversos setores, como as áreas da saúde e da educação.

Cabe aos profissionais da saúde aproveitarem todos os momentos de contato com adolescentes, de ambos os sexos, para orientá-los no sentido de planejarem a constituição de suas famílias. É essencial o papel dos serviços no atendimento ao pré-natal, no sentido de oferecer apoio individual e em grupo às gestantes; este é um momento propício para informá-las sobre os cuidados para uma gestação saudável, com o mínimo de riscos para a mãe e o máximo de proteção para o concepto.

REFERÊNCIAS

_____. Gravidez afasta meninas da escola. **Zero Hora**, Porto Alegre - RS. p. 42, col. 1. 27 out 2006.

_____. Gravidez precoce afeta estudos. **Correio do Povo**, Porto Alegre - RS. p. 9, col. 2. 27 out 2006.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Saúde promove ações para a humanização do parto**. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://www.ans.gov.br/portal/upload/home/humanizacao_parto.pdf. Arquivo consultado em 10 de maio de 2010.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Ministro da Saúde defende combate à 'epidemia' de cesáreas: 'estamos perdendo essa guerra'**. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/_Hotsite_Part/Ministro-da-Saude-defende_AgenciaSenado_10052010.pdf. Arquivo consultado em 10 de maio de 2010.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Cartilha SINASC e SIM – Algumas orientações**. Bahia: SESAB, 2003.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>. Arquivo consultado em 16 de novembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Banco de Dados do SUS – DataSUS. Brasília. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205>. Arquivo consultado em 13 de novembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (2006). Marco teórico e referencial da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico_referencial.pdf. Arquivo consultado em 13 de julho de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

Portaria Ministerial nº 570, de 1º de junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_570_GM.PDF. Arquivo consultado em 16 de março de 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos demográficos, contagem populacional e projeções e estimativas demográficas. Indicadores e Dados Básicos. Brasília. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2008/a01.def>. Arquivo consultado em 13 de novembro de 2009.

BUENO, Gláucia da Motta. **Variáveis de Risco para a Gravidez na adolescência**. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2001. 108p.

CANELLA, Paulo; VITIELLO, Nelson. **Tratado de Reprodução Humana**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1996.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 1, mar. 2010. Disponível na Internet via WWW. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100009&lng=en&nrm=iso. Arquivo consultado em 05 de julho de 2010.

DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.decs.bvs.br>. Arquivo consultado em 20 de maio de 2010.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GODINHO, Roseli Aparecida et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, abr. 2000. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000200005&lng=pt&nrm=iso. Arquivo consultado em 09 de janeiro de 2010.

GUIA DO BEBÊ. Parto público e privado. Brasil: 2009. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://guiadobebe.uol.com.br/parto/parto_publico_e_privado.htm. Arquivo consultado em 27 de outubro de 2009.

HALBE, Hans Wolfgang et al. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1998.

KASSAR, Samir B. et al. Peso ao nascer do recém-nascido de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, set. 2005. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000300005&lng=pt&nrm=iso. Arquivo consultado em 10 de janeiro de 2010.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. Porto Alegre (RS): 2002. 5 ed. 928 p.

MARCIANO, Edinael et al. Influências e motivações na exposição à gravidez na adolescência. Axixá do Tocantins, 2003. **Revista da Universidade Federal de Goiás**, Vol. 6, n. especial, dez 2004. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/M_Influencias.html. Arquivo consultado em 26 de dezembro de 2009.

MONTEIRO, Denise Leite Maia; CUNHA, Alfredo de Almeida; BASTOS, Álvaro da Cunha. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

MONTEIRO, Denise Leite Maia et al. Gravidez na adolescência: desejo ou acidente? **Revista da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência**, v. 7, p.7-11, 2006.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde – Organização Mundial de Saúde. A saúde no Brasil. 1998. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://new.paho.org/bra/> Arquivo consultado em 11 de novembro de 2009.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER Bernadete P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS, Vera Castellani Vitor. Gravidez na Adolescência. Brasil: 2006. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://www.medstudents.com.br/content/resumos/Gravidez_na_adolescencia.doc. Arquivo consultado em 08 de abril de 2010.

SAVE THE CHILDREN. State of the world's mothers 2004 – Children having children. Westport: USA, 2004. Tradução por: Luiza Maria Gerhardt. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.savethechildren.org/campaigns/state-of-the-worlds-mothers-report/2004/> Arquivo consultado em 09 de janeiro de 2010.

TEDESCO Ricardo Porto et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2004 Dez; 26(10): 791-798. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004001000006&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0100-72032004001000006. Arquivo consultado em 13 de abril de 2010.

WHO. World Health Organization. Health Topics. Adolescent Health. 2009. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.who.int>. Arquivo consultado em 11 de novembro de 2009.