

O TCC deverá ser entregue em CD-ROM, em **PDF (arquivo único)** - anexos, capa, e corpo do trabalho) com capa de acrílico (transparente - **1cm**), conforme modelo abaixo .



EMESCAM

Tradição e Conhecimento em Saúde

MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:
UMA QUESTÃO DE SAÚDE
PÚBLICA BRASILEIRA - O CASO
DE UMA MATERNIDADE DE
VITÓRIA-ES**

MAURÍCIO PIRES ANASTÁCIO

Orientador: Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado
Sogame.

Vitória
2013

MESTRADO

Resumo

A gestação na adolescência tem sido considerada fator de risco para mãe e para o filho, e é fator agravante ou desencadeador de transtornos orgânicos, psicológicos e sociais. O índice crescente da gravidez na adolescência representa um importante problema social e de saúde pública para o Brasil. O Ministério da Saúde vem implantando ações e políticas voltadas à saúde do adolescente. A presente pesquisa visa avaliar as implicações e os riscos da gravidez para adolescente e para os neonatos e conhecer as políticas públicas voltadas para esta população. Foi realizado estudo de coorte retrospectivo, na maternidade do Hospital Associação Beneficente Pró-Matre de Vitória (ABPMV), onde se verificou prevalência de partos em gestantes adolescentes de 14% (144/1005). Foram coletadas informações de 144 prontuários que permitiram traçar o perfil das gestantes adolescentes, dos RN e a incidência das complicações pré-natais, puerperais e neonatais. Incluíram-se gestantes com idade de 10 a 19 anos internadas na ABPMV entre janeiro e fevereiro de 2011. Observou-se que 94% das gestantes tinham idade entre 15 a 19 anos, 86% eram solteiras, 52% permaneciam estudando e dependentes de seus familiares, 62% fizeram mais de 6 consultas pré-natais, 58% dos partos foram normais e a maioria das adolescentes do estudo tinham hábitos de vida saudáveis. A complicação mais comum nas gestantes foi a ITU (28%) seguida da anemia (19%), DCP (10%) e DHEG (10%). Verificou-se que 88% dos RN estavam com peso adequado para idade gestacional, 4% acima do peso e 7% abaixo. A idade gestacional média dos RN foi de $39,1 \pm 1,42$, sendo 95 % a termo. O índice de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida, foi acima de 7 em 94% e 100% respectivamente. No Estado do Espírito Santo a gravidez em adolescentes no ano de 2000 era de 23% e em 2010 foi de 17%. A prevalência de 14% para gravidez na adolescência encontrada na pesquisa se aproxima dos resultados encontrados no ES. Supõe-se que este declínio é consequência positiva das ações implantadas pelo programa saúde da mulher. Dentre estas ações têm-se: trabalhos como o Marco legal e Ação Integral a Saúde do adolescente, realização de seminários estaduais, oficina de formação de tutores sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos para adolescentes, divulgação da caderneta do adolescente dentre outros.

MESTRADO

Sumário

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E JOVENS NO BRASIL.....	18
3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E IMPLICAÇÕES BIOPSISSOCIAIS....	27
3.1 COMPLICAÇÕES MATERNAS E NEONATAIS.....	35
4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E COMPLICAÇÕES DE GESTANTES ADOLESCENTES E RECÉM NASCIDOS ATENDIDOS EM MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA EM VITÓRIA-ES.....	45
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA MATERNIDADE.....	45
4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ADOLESCENTES.....	51
4.3 COMPLICAÇÕES DAS GESTANTES.....	58
4.4 PERFIL E COMPLICAÇÕES NEONATAIS.....	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE.....	88
APÊNDICE A - Ficha de coleta dos dados.....	89
ANEXOS.....	90
ANEXO A - Aprovação do comitê de ética e pesquisa.....	91
ANEXO B - Carta de anuência.....	93

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

Anastácio, Maurício Pires

A534g Gravidez na adolescência: uma questão de saúde pública brasileira o
caso de uma maternidade de Vitória-ES / Maurício Pires Anastácio. – 2013.
93 f. il.

Orientador: Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Gravidez na adolescência. 2. Adolescente. 3. Políticas públicas de
saúde. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

MAURÍCIO PIRES ANASTÁCIO

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA
BRASILEIRA - O CASO DE UMA MATERNIDADE DE VITÓRIA-ES**

VITÓRIA
2013

MAURÍCIO PIRES ANASTÁCIO

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA
BRASILEIRA - O CASO DE UMA MATERNIDADE DE VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Dr^a. Luciana Carrupt
Machado Sogame.

VITÓRIA
2013

MAURÍCIO PIRES ANASTÁCIO

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA
BRASILEIRA - O CASO DE UMA MATERNIDADE DE VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em ____ de _____ de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora

Dr. Eduardo Almeida Guerzet
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Dr^a. Raquel de Matos Lopes Gentili
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Dedico essa vitória a Mariana e Fernanda, razões da
minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por essa conquista, por estar presente em todos os momentos da minha vida, sempre me guiando diante de decisões, me confortando frente às dificuldades e colocando pessoas boas na minha vida.

A toda minha família pelo carinho e incentivo para superar as dificuldades. Obrigado por acreditarem em mim, torcerem pelo meu sucesso e entenderem a minha ausência. Sem vocês nada disso seria possível.

À Prof^a. Dr^a Luciana Carrupt Machado Sogame, ao Prof. Dr. Cesar Albenes, a Mestra Manuela Tedesco Araujo, pelo incentivo, dedicação e tolerância, o carinho, a ajuda, os ensinamentos a mim dispensados foram essenciais para a realização deste sonho.

Aos professores convidados Dr^a Gilsa Helena Barcellos, Dr. Eduardo Almeida Guerzet e Dr^a Raquel de Matos Lopes Gentili por disporem tempo para participação dessa banca, e por contribuírem para o meu crescimento com suas sugestões e críticas.

Dr. Eduardo Guerzet; amigo, professor e Mestre que tive o privilégio de ter por longa data, inspiração pessoal e profissional o meu muito obrigado.

E a todos que contribuíram para concretização deste estudo, a minha dívida de gratidão.

RESUMO

A gestação na adolescência tem sido considerada fator de risco para mãe e para o filho, e é fator agravante ou desencadeador de transtornos orgânicos, psicológicos e sociais. O índice crescente da gravidez na adolescência representa um importante problema social e de saúde pública para o Brasil. O Ministério da Saúde vem implantando ações e políticas voltadas à saúde do adolescente. A presente pesquisa visa avaliar as implicações e os riscos da gravidez para adolescente e para os neonatos e conhecer as políticas públicas voltadas para esta população. Foi realizado estudo de coorte retrospectivo, na maternidade do Hospital Associação Beneficente Pró-Matre de Vitória (ABPMV), onde se verificou prevalência de partos em gestantes adolescentes de 14% (144/1005). Foram coletadas informações de 144 prontuários que permitiram traçar o perfil das gestantes adolescentes, dos RN e a incidência das complicações pré-natais, puerperais e neonatais. Incluíram-se gestantes com idade de 10 a 19 anos internadas na ABPMV entre janeiro e fevereiro de 2011. Observou-se que 94% das gestantes tinham idade entre 15 a 19 anos, 86% eram solteiras, 52% permaneciam estudando e dependentes de seus familiares, 62% fizeram mais de 6 consultas pré-natais, 58% dos partos foram normais e a maioria das adolescentes do estudo tinham hábitos de vida saudáveis. A complicação mais comum nas gestantes foi a ITU (28%) seguida da anemia (19%), DCP (10%) e DHEG (10%). Verificou-se que 88% dos RN estavam com peso adequado para idade gestacional, 4% acima do peso e 7% abaixo. A idade gestacional média dos RN foi de $39,1 \pm 1,42$, sendo 95 % a termo. O índice de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida, foi acima de 7 em 94% e 100% respectivamente. No Estado do Espírito Santo a gravidez em adolescentes no ano de 2000 era de 23% e em 2010 foi de 17%. A prevalência de 14% para gravidez na adolescência encontrada na pesquisa se aproxima dos resultados encontrados no ES. Supõe-se que este declínio é consequência positiva das ações implantadas pelo programa saúde da mulher. Dentre estas ações têm-se: trabalhos como o Marco legal e Ação Integral a Saúde do adolescente, realização de seminários estaduais, oficina de formação de tutores sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos para adolescentes, divulgação da caderneta do adolescente dentre outros.

Palavras-chave: Adolescente. Complicações do trabalho de parto. Gravidez na adolescência. Recém-nascido. Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Adolescent pregnancy has been considered a risk factor for mother and child, and is an aggravating factor or trigger for organic, psychological and social disorders. The increasing rate of teenage pregnancy is a major social and public health problem in Brazil. The Brazilian Health Ministry has been implementing actions and policies aimed at adolescent health. This research aims to assess the implications and risks for the teen pregnancy and for newborns and also understand the public policies for this population. We conducted a retrospective cohort at the Hospital Associação Beneficente Pro-Matre de Vitória (ABPMV), where the prevalence of births in pregnant adolescents was 14 % (144/1005). Data collected from 144 medical records allowed to evaluate pregnant teenagers and NB profile and also the incidence of prenatal, postpartum and newborn complications. Were included in these study pregnant teenagers with age between 10-19 years who were hospitalized on ABPMV between January and February 2011. As a result, we found that 94% of pregnant women were between 15-19 years, 86 % were single, 52 % were still studying and dependent on their family budget, 62 % had more than 6 prenatal visits, 58 % were normal deliveries and, most of the teenagers had a healthy lifestyle. The most common complication in pregnant women was UTI (28 %) followed by anemia (19 %), cephalopelvic disproportion (10 %) and preeclampsia (10 %). Were also found that 88 % of NB had adequate weight for the gestational age, 4 % were overweighted and 7 % were underweighted. The average gestational age was 39.1 ± 1.42 and 95 % of de NB were at term. The Apgar score in the first and fifth minute was above 7 in 94 % and 100 % of de NB, respectively. In Espírito Santo (ES), teenage pregnancy rate was 23% in 2000 and 17% in 2010. The prevalence of 14 % found in this study for teenage pregnancy is near to the results found for ES state. Presumably, the decline is due to the actions implemented by the women's health program. Among these actions are: the programs "Marco Legal" and "Ação Integral a Saúde do adolescente", educational seminars, workshop tutor training on sexual and reproductive rights for adolescents , adolescent disclosure booklet and others .

Keywords: Adolescent. Obstetric labor complications, Pregnancy in adolescence. Infant, Newborns. Public Health Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Procedência das 144 gestantes adolescentes.....	52
Figura 2 - Incidência de complicações em neonatos de mães adolescentes.....	67
Figura 3 – Classificação dos neonatos em relação ao crescimento intra-uterino.....	68
Tabela 1- Incidência de gestantes adolescentes em relação ao total de gestantes no Estado do Espírito Santo e municípios entre 2000 e 2010.....	30
Tabela 2 - Distribuição das gestantes de acordo com as variáveis socioeconômicas, Vitória/ES.....	53
Tabela 3 - Distribuição das gestantes de acordo com a realização ou não de pré-natal, Vitória ES.....	55
Tabela 4 - Distribuição das gestantes de acordo com tipo de gravidez, tipo de parto e número de gestações, Vitória/ES.....	56
Tabela 5 - Distribuição dos 135 casos de complicações registrados das 144 gestantes.....	60
Tabela 6 - Valores de Apgar do 1º e 5º minuto para os 139 neonatos.....	65
Tabela 7 - Distribuição dos 45 casos de complicações neonatais registrados nas 139 gestantes.....	67
Tabela 8 - Comparação entre estudos que avaliaram a relação peso/ idade gestacional.....	70

LISTA DE SIGLAS

ABPMV - Associação Beneficente Pró-Matre de Vitória

AIG - Adequados para a Idade Gestacional

GIG - Grande para a Idade Gestacional

CIUR - Crescimento Intra-Uterino Restrito

CIVD - Coagulação Intravascular Disseminada

Datasus - Departamento de Informática do SUS

DCP - Desproporção Céfalo-Pélvicas

DHEG - Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

DPP - Descolamento Prematuro de Placenta

DST's - Doenças Sexualmente Transmissíveis

DUM - Data da Última Menstruação

Febrasgo - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

EAS - Elementos Anormais e Sedimento

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

HC-FMUSP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo

HCM - Hemoglobina Corpuscular Média

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILA - Índice de Líquido Amniótico

LCR - Líquido Cefalorraquidiano

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PIG - Pequenos para a Idade Gestacional

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente

PSE - Programa Saúde e Prevenção nas Escolas

RMGV - Região Metropolitana da Grande Vitória

RN – Recém Nascidos

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

SESA - Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo

Sinasc - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

VCM - Volume Corpuscular Médio

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E JOVENS NO BRASIL.....	18
3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E IMPLICAÇÕES BIOPSISSOCIAIS....	27
3.1 COMPLICAÇÕES MATERNAS E NEONATAIS.....	35
4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E COMPLICAÇÕES DE GESTANTES ADOLESCENTES E RECÉM NASCIDOS ATENDIDOS EM MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA EM VITÓRIA-ES.....	45
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA MATERNIDADE.....	45
4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ADOLESCENTES.....	51
4.3 COMPLICAÇÕES DAS GESTANTES.....	58
4.4 PERFIL E COMPLICAÇÕES NEONATAIS.....	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE.....	88
APÊNDICE A - Ficha de coleta dos dados.....	89
ANEXOS.....	90
ANEXO A - Aprovação do comitê de ética e pesquisa.....	91
ANEXO B - Carta de anuência.....	93

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre os 10 e 19 anos, subdividida em um grupo que compreende as idades de 10 a 14 anos (precoce) e outro de 15 a 19 anos (tardia), segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), 1989, e é caracterizada por grandes transformações físicas, psicológicas e sociais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

É um período em que o indivíduo se desenvolve física e emocionalmente, inicia sua vida sexual e adota comportamentos, influenciado pelo meio socioambiental, por suas experiências e por conhecimentos pregressos (GRANDIM; FERREIRA; MORAES, 2010).

Na atualidade, vê-se o exercício da sexualidade começando cada vez mais cedo e um número alarmante de gestações não desejadas e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), caracterizando a falta de conhecimento e informação dos adolescentes sobre o aparelho reprodutor e sua função, métodos contraceptivos e, principalmente, de atitudes concisas para um sexo seguro (MOREIRA, et al., 2008). As questões relativas à saúde reprodutiva no Brasil têm despertado interesses de pesquisadores, gestores e sociedade por se tratar de um tema relevante para o delineamento de políticas populacionais e para o desenvolvimento socioeconômico do país (FARIA; ZANETTA, 2008).

O índice crescente de gravidez na adolescência representa um problema social e de saúde pública para o Brasil, assim como para outros países do mundo, devido às repercussões físicas, psicológicas e sociais que a gravidez acarreta nessa faixa etária (WHO, 2004; COSTA; SENA; DIAS, 2011).

A gravidez na adolescência até o século passado era considerada natural, ocorrendo, na maioria das vezes, dentro do casamento. As mulheres se casavam precocemente, e a função feminina era, basicamente, a procriação. A partir do movimento de liberação feminina e com o advento dos anticoncepcionais, na década de 1950, mudanças profundas ocorreram no cenário nacional. Esse fato levou a um declínio, lento, todavia constante, na taxa de fecundidade de um modo geral; porém,

entre os adolescentes, o mesmo não foi observado, havendo até mesmo um acréscimo nos últimos anos (GRANDIM; FERREIRA; MORAES, 2010).

Conforme o censo demográfico de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dados referentes ao período de 1970 a 2000 demonstram que o número médio de filhos por mulher em 1970 era de 5,8 e, em 2000 era de 2,3. Essa diminuição foi mais evidente entre as mulheres com mais de 30 anos. No período referido, o único grupo que apresentou aumento na taxa de fecundidade, foi o que corresponde à faixa de 15 a 19 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

Já no censo realizado em 2010, a taxa de fecundidade caiu para 1,86 filhos por mulher, mas a população de 15 a 19 anos ainda concentra 17,7% da fecundidade total com queda somente de pouco mais de 1% comparado ao ano de 2000, onde havia 18,8% de fecundidade total (IBGE, 2010). Dentro do território nacional, a gravidez na adolescência tem ocorrido, diferenciadamente, pelo espaço geográfico e por grupos sociais, afetando mais as regiões mais pobres, áreas rurais e mulheres com menor escolaridade (FARIA; ZANETTA, 2008; SPINDOLA; SILVA, 2009; GRADIM; FERREIRA; MORAES, 2010).

Dados sobre a gravidez na adolescência demonstram um aumento na taxa de fecundidade para essa população, quando comparada a mulheres adultas, especialmente nos países em desenvolvimento (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010). No Brasil, estima-se que aproximadamente 20- 25% do total de mulheres gestantes são adolescentes, apontando ser uma adolescente em cada cinco gestantes (SANTOS-JUNIOR, 1999). Segundo dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA), no ano de 2010 foram registrados 9.068 casos de gestantes, representando 17,5% do total de gestantes adolescentes no Estado do Espírito Santo¹.

A maternidade na adolescência é problemática do ponto de vista biopsicossocial, pois a adolescente não está apta, emocional e biologicamente para enfrentar a

¹ Dados cedidos através de mensagem eletrônica (e-mail) por Herlam Wagner Peixoto, Psicólogo da Área Técnica Saúde do Adolescente e do Jovem (PMV_SEMUS/GAS). Recebido em 09 de Junho de 2011 por meio do endereço eletrônico herlamwp@hotmail.com.

gravidez. Isso pode acarretar uma série de episódios negativos que vão interferir no desenvolvimento da jovem, tais que: rejeição familiar e restrições sociais e econômicas. Quanto menor a idade da gestante mais preocupante são essas consequências (GONÇALVES; OLLITA, 2000).

A gravidez na adolescência tem sido considerada fator de risco, tanto para a mãe quanto para o filho e como fator agravante ou desencadeador de transtornos orgânicos, psicológicos e sociais. Vários estudos fazem referências à maior incidência de complicações durante a gestação de adolescentes, como abortamento espontâneo, restrição de crescimento intrauterino, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, parto prematuro, sofrimento fetal intraparto, parto por cesárea, anemias, desproporção céfalo-pélvicas (MICHELLANZO et al., 2004; GARCIA et al., 2008; YAZELLE; FRANCO; MICHELLANZO, 2009). Por ocasião do parto normal, tem sido referida maior incidência de lesões vaginais e perineais. Segundo Yazelle, Franco e Michellanzo (2009) não têm sido relatada maior frequência de parto por cesariana nesta faixa etária, mas ocorre com maior frequência, deiscência de suturas e dificuldade de amamentação. Em relação às repercussões psicológicas, tem sido revelado aumento do número de casos de depressão pós-parto (IBGE, 2009).

Diante do exposto, percebe-se que cada vez mais a gravidez na adolescência se torna um importante tema de debate e alvo de políticas públicas em praticamente todo o mundo. Por esse motivo, o Ministério da Saúde (MS) vem, ao longo do tempo, implementando ações e políticas voltadas à saúde do adolescente, com foco na saúde sexual e reprodutiva. Dentre elas: implantação da Política de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; planejamento familiar; distribuição da caderneta do adolescente; elaboração das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens; disponibilização de métodos contraceptivos; projeto Saúde e Prevenção nas Escolas; produção de materiais educativos e cursos a distância para os profissionais de saúde e de educação sobre sexualidade de adolescentes e implantação do Plano Nacional de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DSTs. Todas essas ações têm como objetivo sanar as dificuldades encontradas no setor da saúde para atender a esse público e, conseqüentemente levar a uma abordagem mais eficaz do problema em questão, a gravidez na adolescência, como outros encontrados nesta faixa etária (IPEA, 2008).

Como ginecologista e obstetra, o autor observou ao longo de 18 anos de experiência profissional, que as gestantes adolescentes representam uma parcela significativa do total de gestantes, sendo que, no Brasil uma em cada cinco gestantes é adolescente (COSTA; SENA; DIAS, 2011). Tal fato, associado às complicações inerentes à faixa etária em questão, faz da gravidez na adolescência um importante problema social e de saúde pública.

Apesar de existirem esforços por parte do governo para enfrentamento do problema, os serviços ainda carecem de eficácia. Nesse sentido, há uma clara necessidade de se aprofundarem reflexão, diálogo e discussões em torno da questão, visando ao fortalecimento das políticas de enfrentamento desse fenômeno.

Por esses motivos, acredita-se que seja essencial conhecer a dimensão e dar maior visibilidade a esse importante problema de saúde pública que acomete as adolescentes de nossa região, para que haja uma maior mobilização de recursos na saúde, e se adotem estratégias e ações preventivas que minimizem as repercussões desfavoráveis da gravidez na adolescência e, sobretudo, direcionem as ações preventivas relacionadas ao grupo mais vulnerável para engravidar.

Com este estudo, foi possível avaliar as implicações e os riscos da gravidez para adolescente e estudar as políticas públicas voltadas a essa população. Nesse entendimento, buscando envolver a questão, realizou-se a pesquisa em dois momentos: o primeiro caracterizado por uma revisão bibliográfica, utilizando-se publicações catalogadas com as palavras-chaves: pregnancy, adolescence, complications and public policies, publicadas em português, espanhol e inglês; e dos seguintes bancos de dados: Scielo, PubMed, EmBase, entre os anos de 1990 a 2013, assim como livros textos e capítulos com referenciais clássicos em relação à gravidez na adolescência e com a discussão das políticas públicas de saúde relacionada a essa população. Também foi conduzida uma extensa pesquisa documental de leis, portarias e normas, tendo sido o resultado agrupado de acordo com características comuns e tratados sob a ótica qualitativa de análise de documentos.

O segundo momento correspondeu a um levantamento retrospectivo das

informações do perfil das gestantes adolescentes, disponível nos prontuários da maternidade do Hospital Associação Beneficente Pró-Matre de Vitória, visando a atender e a responder as seguintes questões: Qual é o perfil epidemiológico, a incidência e as complicações pré-natais, puerperais e neonatais de gestantes adolescentes? E qual a importância da política pública atuante nesse caso? A amostra foi composta pelo total de gestantes que tiveram parto realizado na Associação Beneficente Pró-Matre, no período de janeiro a fevereiro de 2011, sendo selecionadas as gestantes com idade superior ou igual a 10 anos e inferior ou igual a 19 anos, foram excluídas as que tiveram um acesso impossibilitado aos prontuários por questões administrativas.

A seguir apresentamos os resultados desta pesquisa disposta em três capítulos, a saber: Capítulo 2- *Políticas públicas e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil* que traz o resultado do levantamento bibliográfico e uma discussão a respeito das políticas públicas destinadas a regulamentar as relações sociais existentes que envolvem as gestantes adolescentes. Este capítulo discute também as diversas estratégias e programas voltados à atenção sexual e reprodutiva adotadas pelo governo para regular e consolidar as ações voltadas à assistência a saúde para as gestantes adolescentes e os neonatos

No capítulo 3- *Gravidez na adolescência e implicações biopsicossociais* aprofundamos a discussão a respeito das taxas de gravidez na adolescência na última década no Brasil. Neste capítulo, discutimos o impacto das ações de saúde implantadas pelo governo para o decréscimo nos índices de gravidez na adolescência e a influência dos aspectos familiares, sociais e psicológicos para a etiologia da gravidez na adolescência. Por fim, abordamos as diversas complicações maternas e neonatais relacionadas à gravidez na adolescência.

É no capítulo 4- *Perfil epidemiológico e complicações de gestantes adolescentes e recém-nascidos atendidos em maternidade pública de referência em Vitória-ES* que estão os dados da pesquisa de campo, onde retrospectivamente analisamos o prontuário de todas as gestantes adolescentes atendidas na ABPMV entre Janeiro e fevereiro de 2011, traçando o perfil das características epidemiológicas, assistência ao pré-natal, tipo de gravidez e parto bem como as complicações das gestantes

adolescentes. Neste capítulo, também analisamos as complicações neonatais presentes nos filhos das gestantes adolescentes. O método utilizado nas diversas etapas, a análise estatística e os resultados do estudo também estão descritos neste capítulo.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E JOVENS NO BRASIL

As Políticas Públicas são um conjunto de ações coordenadas pelos entes estatais, e grande parte delas realizadas, destinadas a mudar as relações sociais existentes. Como uma prática estatal, as Políticas Públicas surgem por uma norma jurídica e é composta por decisões administrativas competentes e ações estatais (DERANI, 2006). "[...] considera-se política pública a atividade estatal de elaboração, planejamento, execução e financiamento de ações voltadas à consolidação do Estado Democrático de Direito e à promoção e proteção dos direitos humanos" (AITH, 2006, p.232).

As políticas de saúde, enquanto ações objetivas sob responsabilidade do Estado, começaram a existir no Brasil, somente no início do século XX. Define-se política de saúde como o conjunto de ações sanitárias desenvolvidas numa determinada região, num dado momento (PEREIRA et al., 2003). Foi com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que se deu uma nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo o que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado (PAULUS Jr.; CORDONI Jr., 2006).

A Constituição Brasileira de 1988 reconheceu, no seu art. 227, crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, modificando toda uma legislação anterior que considerava meninos e meninas como propriedades dos seus pais (BRASIL, 2010a). Em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, significou uma importante mudança de paradigma para a proteção da infância e da adolescência, considerando crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e não objetos de intervenção do Estado, da família ou da sociedade (ROSEMBERG; MARIANO, 2010).

Em consonância com essa mudança de paradigma, em 1989, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que se fundamenta em uma política de promoção de saúde na identificação de grupos de risco e na detecção

precoce de agravos, com tratamento adequado e reabilitação. Suas ações são baseadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantidas pela Constituição Brasileira de 1988 (SILVA, 2005).

Segundo Ferreira et al., (2000), o PROSAD elegeu, como áreas prioritárias, o crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente e a prevenção de acidentes, orientadas pelo princípio de integralidade das ações de saúde, da multidisciplinaridade e na integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, alicerçando-se numa política de promoção da saúde no desenvolvimento de práticas educativas na identificação de grupos de risco, na detecção precoce dos agravos, tratamento e reabilitação.

Baseado na filosofia desse Programa, o Ministério elaborou e continua elaborando uma série de manuais, textos técnicos e afins, com o intuito de instrumentalizar os profissionais da saúde na realização de atividades de assistência aos adolescentes. Entre os principais avanços legais que norteiam a atenção à saúde de adolescentes, destaca-se a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, que evidencia uma transformação na concepção de adolescente, passando desde grupo social a ser compreendido como sujeitos em condição peculiar de desenvolvimento e, portanto devem receber atenção prioritária. Por meio do ECA, crianças e adolescentes passam a ser considerados sujeitos de direitos, a serem garantidos pela família, comunidade, sociedade em geral e pelo Estado (EDUARDO; EGRY, 2010). O estatuto, apesar de não prever especificamente, um tópico sobre saúde sexual e reprodutiva, não deixa de ser importante instrumento, pois garante o direito à maternidade segura a adolescentes.

Após o desenvolvimento do ECA, foi instituída em 1996 a Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96) que regulamentou o § 7º do art. 226 da Constituição Federal e estabeleceu normas, diretrizes, condições e punições sobre a realização do planejamento familiar no Brasil (BRASIL, 2006a). Apesar de não tratar expressamente sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes, é direito do adolescente o atendimento integral e incondicional nos serviços de saúde, decorrente dos princípios e diretrizes adotados pela Constituição Federal, pelo ECA,

pelo SUS e pela própria lei sobre o tema, que garante o direito ao planejamento familiar em todos os ciclos vitais. Segundo uma análise realizada por Moraes e Vitale (2012), embora a Lei 9.263 trate de planejamento familiar ela não faz menção à faixa etária a que se dispõe e restringe apenas a participação dos menores de 25 anos nas esterilizações. No que se conclui que o direito aos princípios básicos do planejamento familiar definidos na referida lei, como: assistência à concepção, ao atendimento pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis; e o controle e a prevenção do câncer cervicouterino, do câncer de mama e do câncer de pênis estão estendidos também ao adolescente.

Insta ressaltar que essa lei tem atuação fundamental para a prevenção da gravidez na adolescência, na medida em que promove um conjunto de ações para regulação da fecundidade e também na prevenção das complicações da gravidez, já que prevê assistência pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao neonato.

A contracepção na adolescência apresenta aspectos bastante polêmicos que necessitam ser discutidos e consensuados. Para tanto, se faz necessário estabelecer princípios norteadores para as práticas profissionais neste campo (BRASIL, 2006b).

Frente à inexistência de qualquer recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), que pudesse embasar as políticas públicas voltadas para a saúde reprodutiva do adolescente, foi realizado em 2002, o Fórum Adolescência, Contracepção e Ética, organizado e realizado pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (HC-FMUSP). Como resultado final deste fórum, foram elaboradas as seguintes diretrizes (SAITO; LEAL, 2003):

- a) a privacidade na consulta – atendimento individual, em espaço apropriado e privado, inclusive durante o exame físico;

- b) a confidencialidade – acordo entre profissional e adolescente em que se assegura que as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista não serão repassadas a seus pais ou responsáveis sem permissão;
- c) o sigilo médico – sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções.

O valor dessas diretrizes é imenso, pois de um modo geral, a frequência de adolescentes e jovens nos serviços de saúde no Brasil é ainda muito pequena. Conforme pesquisa da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) os serviços de saúde não aparecem como um lugar importante e prioritário para que se encontrem informações confiáveis sobre sexualidade, do ponto dos adolescentes brasileiros (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004).

Por esse motivo, é importante a implementação de políticas que visem uma capacitação dos serviços de saúde e de profissionais, objetivando melhoria no atendimento e na abordagem dos adolescentes na atenção básica, para que possa ser prestado um atendimento adequado e satisfatório às suas demandas e necessidades.

O adolescente que procura aconselhamento quanto à anticoncepção deseja saber o método a escolher, sua eficácia e os riscos decorrentes. Para tanto, torna-se essencial que os profissionais da saúde tenham conhecimento sobre o assunto e se disponham a um aconselhamento amplo, claro, honesto, ressaltando a importância dos métodos de contracepção não apenas em relação à gravidez indesejada, mas também em relação à DST e AIDS, proporcionando aos próprios adolescentes condições e direito de escolha (ALDRIGHI; PETTA, 2004).

É fundamental que a juventude reconheça os serviços de saúde oferecidos como seguros, e confiem nos profissionais atuantes. Assim sendo, faz-se necessária uma ampla divulgação de nomes, materiais, nomenclatura e ambiência para que esses serviços sejam atrativos e correspondam às expectativas diversas de adolescentes e jovens. Exemplo da importância dessas ações é a oferta de contraceptivos que em geral, se situa na rede pública como campo do planejamento familiar, gerando

barreiras a pessoas que não tenham a expectativa de constituir família, mas que detenham demandas sobre o planejamento de sua vida reprodutiva.

A prescrição da anticoncepção de emergência é um aspecto importante da saúde sexual e reprodutiva, discutido e *consensuado* no Fórum Adolescência e Contracepção de Emergência, em 2005. Apontou-se que a contracepção de emergência deverá ser indicada, nas seguintes situações de exposição ao risco iminente de gravidez: a) não estar usando qualquer método anticoncepcional; b) falha do método na sua utilização; c) violência sexual. A prescrição da contracepção de emergência, nessas situações, é um dever do profissional médico e um direito da adolescente (SAITO; LEAL, 2007).

No final de 2003, o governo brasileiro firmou um Pacto Nacional, estabelecendo princípios, diretrizes e responsabilidades a serem assumidos pelas diversas esferas de governo com vistas a reduzir a mortalidade materna no Brasil, com a participação da sociedade civil organizada. Uma das principais reivindicações dos movimentos de mulheres no Brasil, o Pacto, assinala um marco nacional no reconhecimento da mortalidade materna como indicador das desigualdades sociais brasileiras e das lacunas ainda existentes na prestação de serviços básicos de assistência às mulheres adultas e adolescentes, como o pré-natal de qualidade (BRASIL, 2006b).

Sabe-se que a mortalidade materna é preocupante e entre as adolescentes equivale a 15,9% dos óbitos (BRASIL, 2010d). A redução da mortalidade materna deve ser alcançada por meio do desenvolvimento de ações estratégicas do Ministério da Saúde, entre as quais se destacam: a) garantia de acolhimento nos serviços; b) reconhecimento do aborto como causa de mortalidade materna e garantia de qualidade e ampliação de serviços de atenção ao abortamento; c) expansão da atenção básica; d) efetivação de pactos municipais e/ou regionais; e) expansão da oferta de exames; f) implementação do planejamento familiar; g) vigilância ao óbito materno e neonatal, inclusive com o apoio à criação de comitês de mortalidade materna; h) intensificação do cuidado de recém-nascido e puérpera na primeira semana; i) organização, ampliação e qualificação do acesso aos serviços; j) desenvolvimento de ações de suporte social, inclusive de forma integrada aos programas de assistência social; k) qualificação e humanização e capacitação de

profissionais de saúde para intervenção qualificada sobre e segundo essas prioridades (BRASIL, 2010b).

Considerando as necessidades da gravidez na adolescência e a realidade epidemiológica que aponta índices de mortalidade materna em torno de 16,4%, é imprescindível que em todas essas ações, a integração das especificidades de adolescentes e jovens seja formuladas e implementadas (BRASIL, 2010c).

Também em 2003, no mês de agosto, houve o lançamento do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (PSE), em seis municípios brasileiros pilotos: Rio Branco/AC, Xapuri/AC, Curitiba/PR, Itaquaquecetuba/SP, São Paulo/SP e São José do Rio Preto/SP. O programa resulta de parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e sua proposta busca integrar esses setores no desenvolvimento de ações, com enfoque na promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, contribuindo para a redução da vulnerabilidade às DST, à infecção pelo HIV, à AIDS e à gravidez na adolescência, por meio de ações educativas de prevenção e ampliação do acesso dessa população ao preservativo masculino (GOMES; VIEIRA, 2010).

Nessa perspectiva, o Programa pretende reforçar a qualificação e a formação continuada dos professores do ensino fundamental e médio em atividades de prevenção às DST/HIV/Aids e à gravidez precoce, prevendo, em sua proposta inicial, a disponibilização de preservativos masculinos a adolescentes de 15 a 19 anos, sexualmente ativos, matriculados no ensino regular da rede pública. No ano de 2004, foram feitas adequações e ajustes no Programa, que passou a se dirigir a adolescentes e jovens de 13 a 24 anos, englobando o ensino fundamental e médio (BRASIL, 2005).

Cumprir notar que as ações de parceria com outras políticas setoriais, basicamente daquelas estabelecidas entre os setores de saúde e educação, que contemplem ações educativas preventivas à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens são de extrema importância para a redução da mortalidade materna e neonatal de gestantes adolescentes.

Nas escolas, existe uma lei que estabelece que a “gestante estudante” tem direito a receber o conteúdo das matérias escolares em casa, a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo esse período, de acordo com indicação médica, ser prolongado. A prestação dos exames escolares é garantida por *regime de exercícios domiciliares* e seu aproveitamento escolar poderá ser aferido por meio de trabalhos feitos em casa. Direito que precisa ser conhecido, divulgado e cumprido pelas instituições escolares brasileiras (BRASIL, 2006b).

O conhecimento dessa lei pelos adolescentes atua de forma essencial para que haja uma menor incidência de abandono da escola pelas gestantes adolescentes, o que, futuramente, terá consequências. Pesquisas demonstram frequente baixa escolaridade e falta de profissionalização entre as gestantes e mães adolescentes, o que dificulta a inserção no mercado competitivo de trabalho, implicando em empregos de baixa remuneração e desqualificação, colocando mães adolescentes e filhos em situação de risco social, se medidas de suporte não forem adotadas (MOREIRA et al., 2008).

Em 22 de março de 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Foi então elaborado um documento que apresenta as diretrizes do governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, notadamente, o planejamento familiar (BRASIL, 2006b).

A atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens é uma das prioridades propostas pelo documento. Tal prioridade se consolida por meio de diretrizes e ações propostas por essa política, dentre as quais (BRASIL, 2010c):

- 1) Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS.
- 2) Incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários da rede SUS.
- 3) Elaboração de manuais técnicos e cartilhas educativas.

- 4) Capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar e atenção integral à saúde de adolescentes e jovens.
- 5) Ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas.
- 6) Implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e aos adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica, e para atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento.

Em 2007, o governo federal lançou o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), que busca aliar o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade social. A saúde constitui-se um dos campos de atuação fundamental do PAC e, destarte, o MS elaborou o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, que objetiva, numa perspectiva abrangente, aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS, num contexto contemporâneo, agregando novos desafios e dimensões, para que os objetivos de universalidade, equidade e integralidade possam se concretizar. O programa contempla 73 medidas e 165 metas. Entre as medidas do eixo promoção da saúde, encontra-se a expansão das ações de planejamento familiar (BRASIL, 2011a).

Frente aos desafios que a presente situação de saúde das pessoas jovens evidencia, o Ministério da Saúde criou em 2010, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, sensibilizando gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população. Busca, ainda, apontar para a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional (BRASIL, 2010b).

Um dos eixos da diretriz é um enfoque na prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e Aids, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, e notadamente, à gravidez na adolescência e ao planejamento sexual e planejamento reprodutivo.

Os direitos à saúde sexual e à saúde reprodutiva estão, portanto, na pauta governamental. Além disso, a implementação das diretrizes preconizadas pela Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos tem sido demanda crescente da sociedade e vem sendo monitorada pela sociedade civil organizada (BRASIL, 2010c).

Segundo dados fornecidos pelo MS, observou-se uma queda no número de partos na adolescência no período de 2005 - 2009. Dados mais recentes mostram que a quantidade desses procedimentos em adolescentes de 10 a 19 anos caiu 22,4% (BRASIL, 2010D). O MS atribui essa tendência às campanhas de educação sexual destinada aos adolescentes, à ampliação do acesso ao planejamento familiar e ao reforço na oferta de preservativos aos jovens brasileiros (BRASIL, 2010c). Mesmo havendo uma queda na fecundidade em todo o Brasil, no entanto continua preocupante a gravidez em adolescentes, em situação de vulnerabilidade social.

Por fim, é preciso considerar que, na implementação de políticas de saúde para atenção integral às adolescentes e jovens grávidas, em todas as faixas etárias, e a seus companheiros e familiares, é importante a priorização das regiões e dos estados que apresentam maior número de gravidezes nesse grupo populacional, para focar a atenção nas suas demandas e necessidades específicas. Outro foco importante está, principalmente, no fortalecimento da execução de ações preventivas educativas, integradas à escola, levando-se em conta as características etárias e as trajetórias de vida dessas pessoas jovens (BRASIL, 2010c).

3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E IMPLICAÇÕES BIOPSIKOSSOCIAIS

A gravidez é um processo fisiológico compreendido por adaptações do corpo feminino, a partir da fertilização no qual ocorrem alterações emocionais e físicas na mulher, com o objetivo de adaptar o corpo para a condição de gestante, no intuito de ajustar aos mais variados sistemas. Entre essas modificações estão alterações: musculoesqueléticas, hormonais, cardiovasculares, respiratórias, tegumentares, nervosas, gastrointestinais e urogenitais (SANTOS; GALLO, 2010; ASSIS; TIBÚRCIO, 2004).

Constata-se que além das alterações biológicas inerentes a uma gestação, a gravidez na adolescência acarreta também complicações familiares, emocionais, econômicas, jurídico-sociais, que atingem a gestante isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade (VITALLE; AMANCIO, 2008).

No Brasil, a taxa de fecundidade específica, na faixa etária de 15 a 19 anos, vem diminuindo nos últimos anos. Em 1990 ela representava 98 para cada mil adolescentes que tiveram filhos, já em 2007, a taxa foi de 78 (BRASIL, 2010b).

Mesmo havendo uma queda na fecundidade em todo o Brasil, continua preocupante a gravidez em adolescentes em situação de vulnerabilidade social, observando-se que, conforme dados do IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e IPEA, na série histórica 1992 a 2006, a taxa de fecundidade adolescente, em 2006, cresceu em 0,14 no quintil mais baixo economicamente (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA, 2006, 2008). Uma das explicações para esse fato é a falta de informação e acesso aos serviços de saúde (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA, 2008).

Os índices de atendimento do SUS demonstram o crescimento do número de internações para atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos. As internações por gravidez, parto e puerpério correspondem a 37% das internações no SUS entre mulheres de 10 a 19 anos (BRASIL, 2006b).

A fim de melhor abordar a contextualização a respeito da gravidez na adolescência, faz-se importante definir a terminologia *adolescência*.

A terminologia "adolescência" é derivada do latim *adolescere*, que significa crescer (SILVA, 2012), e consiste em uma etapa da vida entre a infância e a idade adulta, caracterizada pela ocorrência de muitos conflitos e modificações comportamentais e corporais (SILVA et al., 2010; GURGEL et al., 2008), que envolvem crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, integração social e adaptação ambiental (SILVA, 2012).

A OMS define adolescência como uma etapa que compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos, e o ECA conceitua como a faixa etária de 12 a 18 anos (GURGEL et al., 2008).

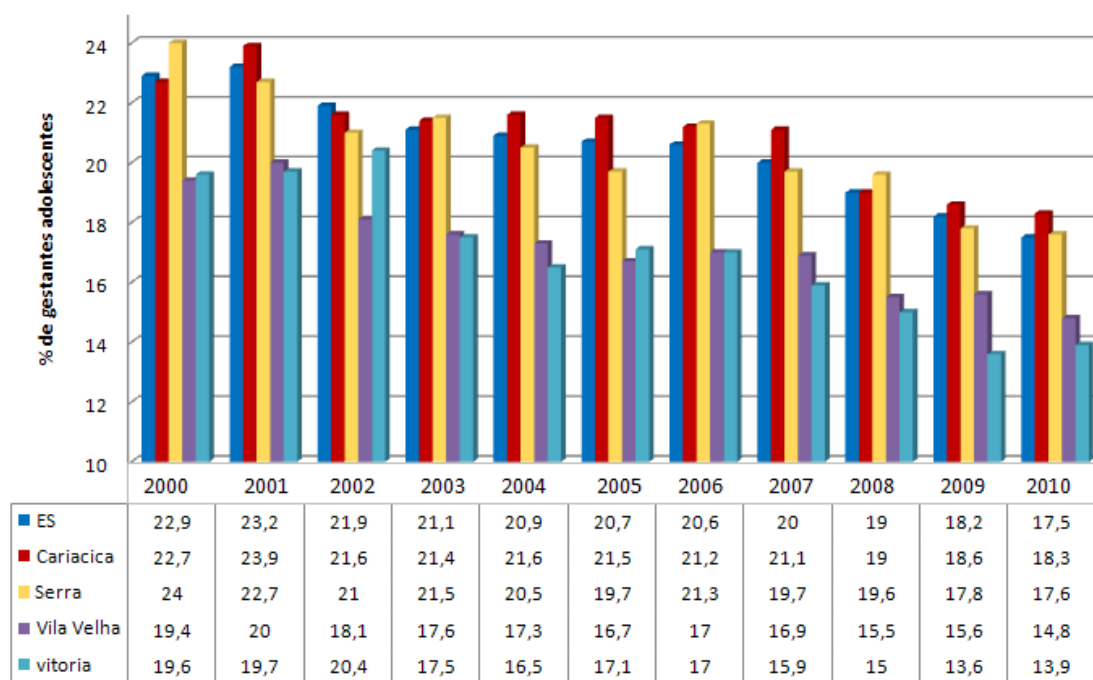
Encontram-se, na literatura, diferenças entre os termos juventude e adolescência. A juventude apresenta um sentido coletivo que leva a entender como um segmento populacional de uma sociedade, podendo ser apontado como o período que compreende dos 15 aos 20 anos de idade. A adolescência está relacionada ao plano individual demarcado cronologicamente (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010). Nesta pesquisa para questão da análise e discussão dos dados coletados, considerar-se-á a faixa etária de 10 a 19 anos, que é preconizada pela OMS.

De um modo geral, explicam Gurgel et al. (2008) que a adolescência é uma fase da vida em que acontecem a maturação sexual, o acirramento dos conflitos familiares e a formação da cristalização de atitudes, valores e comportamentos que determinarão a vida do indivíduo e quando se iniciam as cobranças de responsabilidades e definição do campo profissional. Lidar com essa situação, em particular, exige das equipes de saúde uma abordagem integral dos problemas detectados, dentre eles, o acometimento da gravidez.

A cada ano, cerca de 15 milhões de adolescentes no mundo experimentam a maternidade. As pesquisas de países em desenvolvimento revelam que entre 20% a 60% das gestações e nascimentos, ocorridos em mulheres com idade menor que 20

anos, são involuntários (BARROSO, et al., 2007). Segundo os dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, houve uma queda no percentual de gestantes adolescentes (10 a 19 anos) em relação ao total de gestantes, no ES, entre 2000 e 2010 (Tabela 1).

Tabela 1- Incidência de gestantes adolescentes em relação ao total de gestantes no Estado do Espírito Santo e municípios entre 2000 e 2010²



Fonte: Espírito Santo (2011).

No Brasil, o decréscimo no número de gestações em adolescentes também foi observado pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos/Departamento de Informática do SUS (Sinasc/Datasus) no qual, com o início de 2000, foi observada uma queda no número de nascidos vivos, nas faixas etárias de 15 a 19 anos. A partir de 2001, observou-se o decréscimo dos valores também na faixa etária de 10 a 14 anos. Essa queda pode ser consequência de ações, tais como:

- a) Amplas campanhas em nível nacional para prevenção de DST e AIDS direcionadas para segmentos da população jovem.

² Dados cedidos através de mensagem eletrônica (endereço eletrônico:) por Herlam Wagner Peixoto, Psicólogo da Área Técnica Saúde do Adolescente e do Jovem (PMV_SEMUS/GAS). Recebido em 09 de Junho de 2011 por meio do endereço eletrônico herlamwp@hotmail.com.

- b) Estratégias de políticas de saúde reprodutiva para adolescentes, incluindo contracepção de emergência.
- c) Recomendação estatal para inclusão de educação sexual nas escolas.
- d) Exposição massiva na mídia das consequências negativas da gravidez não planejada entre pessoas jovens.

Os motivos que levam à gravidez nos anos iniciais da vida reprodutiva podem ser inúmeros: acaso; ingenuidade; submissão; violência; dificuldade de obter algum método contraceptivo; dificuldade em negociar o uso do preservativo; forte desejo pela maternidade, com expectativas de mudança de status social e de obtenção de autonomia; desejo de estabelecer uma união estável; ou outros tantos fatores de natureza objetiva ou subjetiva (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004).

O desejo da maioria das famílias para suas proles é de que sigam uma trajetória definida como a ideal: formação escolar, trabalho, autonomia financeira e, depois, constituição de família. A maternidade postergada para após os 30 anos, por um número significativo de mulheres em ascensão profissional, constitui um resultado dessa nova atitude. A experiência da gravidez e a vivência da maternidade/paternidade na adolescência rompem essa trajetória e, por isso, emergem como problema social e risco a evitar-se (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004).

A etiologia da gravidez na adolescência é multifatorial e está relacionada a aspectos familiares, sociais e psicológicos. O contexto familiar tem relação direta com o período em que se inicia a atividade sexual. Vale destacar que experiências sexuais são mais observadas naqueles adolescentes em cuja família e irmãos mais velhos têm vida sexual ativa (SANTOS, 2011).

Segundo Vitale e Amancio (2008), adolescentes que iniciam vida sexual precocemente ou engravidam nesse período, geralmente vêm de famílias cujas mães também iniciaram vida sexual precocemente ou engravidaram durante a

adolescência. De qualquer modo, quanto mais jovens e imaturos os pais, maiores as possibilidades de desajustes de desagregação familiar.

Em relação aos fatores sociais, as atitudes individuais são condicionadas tanto pela família quanto pela sociedade. A sociedade tem aceitado melhor a sexualidade na adolescência, sexo antes do casamento e, também, a gravidez na adolescência. Enquanto, tabus, inibições e estigmas estão diminuindo, a atividade sexual e a gravidez aumentando (VITALLE; AMANCIO, 2008).

Além dos fatores sociais cabem serem consideradas as condições econômicas dessas adolescentes. Tomando a escolaridade como exemplo, foi descoberto que mais de 60% das adolescentes já não estudavam e, mesmo, entre as que ainda estavam estudando, a maioria tinha baixa escolaridade. Este fator deve, certamente, ter contribuído para a primeira gravidez e não constituiu um fator de proteção para a nova gestação, uma vez que somente 35,8% delas estavam cursando o segundo grau após 5 anos. Ademais, aumentou o percentual de adolescentes fora da escola após 5 anos, o que tem sido relatado como uma das consequências desfavoráveis da gravidez na adolescência (DINIZ, 2010).

Entretanto, apesar de estarem preparados biologicamente para serem pais e mães, os adolescentes não estão preparados psicológica nem socialmente para arcar com a responsabilidade de uma nova família. Por outro lado, dependendo do contexto social em que está inserida a adolescente, a gravidez pode ser encarada como evento normal, não problemático, aceito dentro de suas normas e costumes, como observado em algumas tribos indígenas (DINIZ, 2010; LOPES, 2000).

A identificação com a postura da religião adotada se relaciona com o comportamento sexual. Segundo Vitalle e Amancio (2008) e Diniz (2010) a religião tem participação importante como preditora de atitudes sexuais. Segundo Diniz (2010), afirma que adolescentes que têm atividade religiosa apresentam um sistema de valores que os encoraja a desenvolverem comportamento sexual responsável. No meio social, nos últimos anos as novas religiões evangélicas têm florescido, e são, de modo geral, bastante rígidas no que diz respeito à prática sexual pré-marital.

Vinculado aos fatores psicológicos inerentes ao período da adolescência, a utilização de métodos contraceptivos não ocorre de modo eficaz, pois esta nega a possibilidade de engravidar e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária. O encontro sexual é mantido de forma eventual, não justificando, conforme acreditam o uso rotineiro da contracepção e não assumem perante a família a sua sexualidade e a posse do contraceptivo seria a prova formal de vida sexual ativa (DINIZ, 2010).

Em decorrência da instabilidade e imaturidade emocional, a adolescente tem dificuldade em se adaptar a sua nova condição, exacerbando sentimentos que já estavam presentes antes da gravidez como: ansiedade, depressão e hostilidade. As taxas de suicídio nas adolescentes grávidas são mais elevadas em relação as não grávidas, principalmente nas jovens grávidas solteiras (CABRERA, 1995; DINIZ 2010).

Segundo Santos Jr. (1999), a gravidez e o risco de engravidar podem estar associados a uma menor autoestima, a desorganização familiar ou a menor qualidade de atividades do seu tempo livre. A falta de apoio e afeto da família, em uma adolescente cuja autoestima é baixa, com mau rendimento escolar, grande permissividade familiar e disponibilidade inadequada do seu tempo livre, poderiam induzi-la a buscar, na maternidade precoce, o meio para conseguir um afeto incondicional, talvez uma família própria, reafirmando assim o seu papel de mulher, ou sentir-se ainda indispensável a alguém. A facilidade de acesso à informação sexual não garante maior proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não desejada.

Quando a atividade sexual tem como resultante a gravidez, gera consequências tardias e em longo prazo para a adolescente e para o recém-nascido. Como: problemas de crescimento, desenvolvimento emocionais, comportamentais, de aprendizado, e outras complicações da gravidez, problemas de parto, puerpério e neonatal (VITALLE; AMANCIO, 2008). Dentre outros fatores negativos, podemos citar: rejeição familiar, restrição social e econômica, angústia preocupações, medos e transtornos de correntes de suas expectativas em relação ao futuro, mormente se for solteira e não puder contar com a participação do parceiro.

Mulheres, que iniciam a maternidade na adolescência, tendem a ter um número maior de filhos durante toda a sua vida reprodutiva. Na maioria dos casos, a primeira gravidez não é planejada, e algumas vezes, indesejada. Assim, a probabilidade das seguintes gestações adquirirem o caráter não desejado da primeira, torna-se altíssima (BERLOFI et al., 2006).

Existem riscos, tanto físicos, imediatos quanto psicossociais, que se manifestam a longo prazo, nos filhos de adolescentes. Devido à dificuldade em adaptar-se à sua nova condição a mãe adolescente pode vir a abandonar o filho, dando-o à adoção, e mesmo quando o recém-nascido não é abandonado, está mais sujeito, em relação a população geral, a maus tratos (DINIZ, 2010).

Como a vida das adolescentes é ligada a várias carências, observa-se que seus recém-nascidos apresentam maior frequência de baixo peso ao nascer (por prematuridade), bem como atraso no desenvolvimento (ROMERO et al., 1984; BELITZKY et al., 1986), maior proporção de problemas psicológicos, deficiência de crescimento e maior morbidade e mortalidade infantil, ao serem comparados aos filhos de mulheres adultas (VALENZUELA et al., 1987; ESPEREDIÃO et al., 1992; VIEIRA et al., 2007).

De acordo com Rios (2007) as mães adolescentes, ao se compararem às mães adultas, interagem quantitativamente menos com seus filhos, são menos sensíveis às necessidades do bebê, oferecem poucas oportunidades de estimulação, verbalizam menos durante as interações com a criança, tendem a olhar e a variar as expressões faciais com menor frequência, respondem menos contingentemente ao comportamento de seus filhos, mantêm laços afetivos mais tênues, é quase sempre mais inexatas em suas estimativas acerca das idades em que um bebê típico atinge os estágios comuns de desenvolvimento, enfrentam maior estresse, são menos sensíveis, menos pacientes, menos comunicativas e frequentemente não interpretam bem as necessidades de seus filhos.

Com relação à repercussão para a saúde da adolescente, a gravidez representa uma das principais causas de morte de mulheres entre 15 a 19 anos, sejam por complicações na própria gravidez, no parto ou pela prática clandestina de aborto

(SOUZA, 2001). Só em 1998, mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto, sendo cerca de três mil realizados entre jovens com idade entre 10 e 14 anos (MOREIRA et al., 2008). De 2002 a 2006, observou-se um crescimento das internações e atendimentos no SUS por abortamento a partir dos 15 anos de idade (BRASIL, 2010b). O número de atendimentos decorrentes de aborto no SUS, e o alto índice de óbitos maternos juvenis demonstram que a gravidez não planejada, se indesejada, pode revelar-se em um grave problema para a saúde sexual e para a saúde reprodutiva de adolescentes e jovens brasileiros.

Ao decidirem interromper a gravidez, utilizando-se de quaisquer recursos que tenham em mãos, o aborto torna-se, então, a única saída para essas adolescentes e, nesse desafio, elas arriscam suas próprias vidas. Tal decisão muitas vezes é vivida de forma solitária e clandestina ou sob pressão dos parceiros e familiares. Porto e Grossi (2008) defendem que o aborto inseguro está diretamente relacionado aos índices de mortalidade materna entre adolescentes e entre jovens, atingindo, sobretudo, as jovens pobres que sofrem, mais dramaticamente, as consequências das deficiências na assistência obstétrica e do impacto das condições de vida no estado de saúde.

De acordo com Secundo et al. (2009), anualmente o mundo assiste a pelo menos 60 mil mortes de adolescentes, em decorrência de complicações da gravidez e do parto, tendo em vista que a maternidade precoce está correlacionada com o pior prognóstico materno fetal, sendo responsável por altos índices de partos prematuros e representa risco potencial de morte materna (aproximadamente, 60 vezes maior do que mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos de idade). As mães adolescentes apresentam um eventual risco de 50% de morte fetal tardia e maior mortalidade infantil.

O maior percentual de nascidos mortos é registrado na faixa etária de 10 a 14 anos, com um percentual de 13%. Os dados também atestam que os nascidos mortos, filhos de mulheres de 10 a 14 anos, são inversamente proporcionais aos anos de escolaridade dessas mães, ou seja, tendem a ser maiores quanto menor for o nível

de escolaridade que, por sua vez, está diretamente relacionado à pobreza e ao acesso aos direitos sociais (BRASIL, 2007).

Cabe reforçar que algumas complicações, mesmo não sendo específicas da gestação precoce, podem ser agravadas nessa fase. Por isso, a OMS considera de alto risco a gravidez entre mulheres de 10 a 19 anos, tanto por ser um fator limitante e de impedimento ao desenvolvimento social e educacional como pela associação à morbidade nesta faixa etária (BARROSO et al., 2007).

3.1 COMPLICAÇÕES MATERNAS E NEONATAIS

Complicação materna pode ser definida por qualquer acontecimento ou doença secundária, que agrava a gravidez em curso. São consideradas complicações pré-natais aquelas que acontecem durante todo o período de gestação até o nascimento do feto. Já as puerperais são as que ocorrem após o parto, geralmente, após a retirada da placenta, e tem um período de duração variável e impreciso, necessário para que ocorram todas as manifestações involutivas e de recuperação do organismo materno após o parto; normalmente, esse tempo é, em média, de seis semanas. As complicações neonatais são aquelas que acometem os recém-nascidos desde o seu nascimento até o 28º dia de vida (BRASIL, 2006c).

Algumas características individuais e condições sociodemográficas da gestante são consideradas fatores de risco para a ocorrência de complicações durante a gestação, como: idade maior que 35 anos; idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos; altura menor que 1,45m; peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg; anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; situação conjugal insegura; conflitos familiares; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; dependência de drogas lícitas ou ilícitas; hábitos de vida – fumo e álcool; exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário; exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos; estresse (BRASIL, 2010d).

A adolescência em si, não é fator de risco para a gestação, mas é evidente que a maioria dos fatores de risco existentes são encontrados nas adolescentes, logo, elas

se tornam um grupo muito vulnerável a complicações, o que será abordado nos subcapítulos que se seguem:

a) Abortamento espontâneo

O abortamento é uma intercorrência obstétrica, definida como a expulsão do concepto antes de sua viabilidade, com menos de 22 semanas de gestação. Quando se desconhece a idade gestacional, o produto da concepção deve apresentar peso inferior a 500 gramas, ou medir menos de 16 centímetros. É considerado espontâneo, se a perda da gravidez é involuntária (BRASIL, 2010d).

Acontece em 10 a 15% das gestações, e há relatos na literatura de uma incidência aumentada em gestantes adolescentes, pela imaturidade do organismo e de sistemas hormonais necessários para levar adiante uma gestação, assim como maior ocorrência de malformações no concepto (MONTENEGRO; REZENDE, 2008a).

Normalmente, a apresentação clínica é um sangramento vaginal, que pode ser de leve a abundante, podendo levar à hemorragia, e cólicas, às vezes intensas e às vezes nem estão presentes (MONTENEGRO; REZENDE, 2008a).

O abortamento se destaca como uma complicação que pode resultar não apenas em consequências físicas como também psicológicas para a gestante.

a) Crescimento intrauterino restrito (CIUR)

A restrição do crescimento fetal, ainda é uma das principais complicações da gravidez e está associada a elevados índices de morbidade e mortalidade perinatal e na infância. Destarte, evidências recentes revelam que a adaptação fetal ao suprimento limitado de nutrientes pode conduzir a alterações permanentes em sua fisiologia e metabolismo, dando origens a

doenças que surgirão posteriormente, na idade adulta, como hipertensão arterial, hipercolesterolemia, coronariopatias e diabetes (BITTAR; MIYADAHIRA, 2008).

Muitos aspectos relacionados a essa enfermidade continuam desafiando os obstetras: o mecanismo exato do crescimento fetal ainda não está totalmente esclarecido, mas sabe-se que é resultante da interação entre o potencial de crescimento genético e vários fatores ambientais, muitos dos quais ainda desconhecidos (BITTAR; MIYADAHIRA, 2008).

Seu diagnóstico, com frequência é difícil, e uma parcela significativa dos casos é identificada apenas após o nascimento. Não há até o momento nenhum tratamento clínico que previna ou corrija o crescimento inadequado. Durante a gestação, a biometria por ultrassonografia pode demonstrar a restrição do crescimento fetal e é o procedimento de eleição para o diagnóstico. Clinicamente, se revela com uma altura de fundo uterino menor do que o esperado para a idade gestacional (MONTENEGRO; REZENDE, 2008a).

A definição de Crescimento Intra-Uterino Restrito (CIUR) mais utilizada na literatura é a do crescimento fetal abaixo do percentil 10 para a idade gestacional, empregando-se curvas-padrão específicas de cada população. Pode ser causado por anormalidades fetais, como cromossomopatias, infecções congênicas e prenhez gemelar, ou por anormalidades placentárias e maternas, como malnutrição, tabagismo, alcoolismo e uso de drogas, e probabilidade de ser o motivo de haver uma maior incidência em gestantes adolescentes (BRASIL, 2010d).

A morbidade perinatal é cerca de cinco vezes maior do que nos casos adequados para a idade gestacional, em consequência da maior frequência de hipóxia, aspiração de mecônio, insuficiência respiratória, hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia, hipotermia, hemorragia pulmonar e prejuízo no desenvolvimento neuropsicomotor (BITTAR; PEREIRA; LIAO, 2008a).

Já a mortalidade perinatal é em torno de oito vezes maior do que os adequados para a idade gestacional, ocasionando o óbito fetal súbito uma das suas consequências diretamente relacionadas ao grau de restrição (BITTAR; PEREIRA; LIAO, 2008a).

a) Diabetes gestacional

Definido como a intolerância à glicose que aparece ou é, primeiramente reconhecida na gravidez, desaparecendo ou não após o parto. Possui incidência geral entre 3-8% (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2006).

O rastreamento do diabetes gestacional inicia na primeira consulta de pré-natal com a solicitação de uma glicemia de jejum. Um resultado maior ou igual a 85 mg/dl é considerado rastreamento positivo e indica a necessidade de um teste diagnóstico. O teste padronizado é o de tolerância com 75g de glicose em 2 horas, solicitado entre as semanas 24 e 28 de gestação, e tem resultado positivo para diabetes uma glicemia ≥ 200 mg/dl (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2006).

As complicações, verdadeiramente, comprovadas do diabetes gestacional são a macrossomia fetal (peso > 4.000g), parto cesariano por distocia dos ombros, fratura de clavícula ou lesão do plexo braquial ao parto normal e alterações metabólicas no neonato como hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia e policitemia. Como complicações tardias, existe uma maior incidência de diabetes tipo 2 para a mãe, e risco aumentado de obesidade e diabetes tipo 2 para a criança (MONTENEGRO; REZENDE, 2008b).

a) Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)

É uma das complicações mais frequentes da gravidez, incidindo em cerca de 10% das primíparas. Embora de prognóstico favorável nos casos leves, suas formas graves como a eclampsia e a Síndrome HELLP, constituem as principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Segundo

informação do Ministério da Saúde (2000), foi a principal causa de mortalidade materna no Brasil, em 1998: 21% dos óbitos obstétricos diretos (BITTAR; PEREIRA; LIAO, 2008b).

Algumas condições, potencialmente, graves associam-se com frequência à doença hipertensiva específica da gestação, como: Descolamento Prematuro de Placenta (DPP), Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), hemorragia cerebral, edema pulmonar, insuficiência e hepática e insuficiência renal aguda. As complicações perinatais incluem prematuridade, CIUR, sofrimento fetal e morte perinatal (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2006).

A DHEG pode ser dividida nas seguintes formas clínicas:

- a) Hipertensão gestacional: aumento da pressão sanguínea ($PAS \geq 140$ mmHg ou $PAD \geq 90$ mmHg), sem proteinúria, que ocasionado após 20 semanas de gestação, retornando os níveis tensionais basais após o parto (6-12 semanas) (BRASIL, 2010c).
- b) Pré-eclâmpsia: Síndrome multissistêmica caracterizada por hipertensão e proteinúria. A coleta de urina de 24 horas com proteína ≥ 300 mg/24h é o padrão-ouro para identificação da proteinúria. A pré-eclâmpsia pode ser grave com níveis pressóricos e de proteinúria altíssimos, associada a sinais e sintomas como cefaléia, alterações visuais, edema pulmonar, disfunção hepática, oligúria, trombocitopenia ou hemólise. Também pode gerar a síndrome HELLP, que é gravíssima e se apresenta com: hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas (BRASIL, 2010d).
- c) Eclâmpsia: Presença de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia. A mortalidade materna após uma convulsão eclâmptica é de 0,4% e tem, como riscos, a prematuridade, CIUR, descolamento prematuro de placenta e morte fetal (BRASIL, 2010d).

O DPP é uma das principais causas de hemorragia na segunda metade da gestação e é causado em 50% das vezes pela DHEG, uma das suas principais complicações. Provoca aumento muito importante da morbimortalidade materna, por maior incidência de hemorragia, anemias, coagulopatias, hemotransfusões, parto cesárea de emergência, histerectomia e até morte materna. Há possibilidade de resultar ainda complicações perinatais, como prematuridade, restrição do crescimento fetal, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal e óbito perinatal. O DPP é descrito como a principal causa de óbito perinatal (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2006).

O prognóstico da gestante na DHEG vincula-se, principalmente, à presença ou não de crises convulsivas. Enquanto a mortalidade materna é elevada na eclampsia (10-15%), é excepcional no decurso da pré-eclâmpsia, a não ser quando sobrevém a Síndrome HELLP. A hemorragia cerebral é a principal causa de morte na eclampsia (60%). A segunda causa é o edema agudo de pulmão (MONTENEGRO; REZENDE, 2008e).

As alterações placentárias decorrentes da hipertensão materna causam sofrimento crônico ao concepto, que apresenta CIUR e pode morrer intraútero. Mantém-se importante mortalidade perinatal: pré-eclâmpsia grave 5-15%, síndrome HELLP 35% e eclampsia 30-35% (MONTENEGRO; REZENDE, 2008e).

a) Parto prematuro e prematuridade

É considerado prematuro, o parto ocorrido antes de 37 semanas de gestação, de acordo com a OMS. Embora ocorra em pouco mais de 10% das gestações, é responsável por cerca de 70% da mortalidade perinatal (MONTENEGRO; REZENDE, 2008d).

O conhecimento da idade gestacional é fundamental para caracterizar a prematuridade e, para isso, a datação da gravidez deve levar em conta a certeza da Data da Última Menstruação (DUM) e sua concordância com a

ultrassonografia obstétrica realizada até a 12ª semana ou, pelo menos, duas ultrassonografias compatíveis até a 20ª semana (BITTAR; PEREIRA; LIAO, 2008c).

A prematuridade e suas graves consequências representam grave problema de saúde pública, caracterizando a principal causa de mortalidade neonatal. As complicações neonatais mais comuns incluem síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intracraniana, enterocolite necrosante e sepse. Tais intercorrências são mais frequentes em idades gestacionais inferiores a 32 semanas, tornando-se críticas abaixo de 28 semanas (SILVEIRA et al., 2008).

A morbidade também é elevada no grupo de recém-nascidos que sobrevivem e é diretamente relacionada aos distúrbios respiratórios e às complicações infecciosas e neurológicas. Avaliações do desenvolvimento infantil revelam distúrbios funcionais do sistema nervoso central que comprometem, principalmente, as funções neuromuscular, cognitiva, visual e auditiva, repercutindo em desvantagens neurológicas e psicológicas ao longo da vida (RUGOLO, 2005).

Em 50% das vezes, o parto prematuro é considerado de origem desconhecida, mas, com frequência, acontece associação de fatores de riscos maternos e fetais que podem ser classificados em: epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos, genéticos, iatrogênicos e desconhecidos.

Dentre esses fatores, as principais causas citadas na literatura são: infecção bacteriana intrauterina, rotura prematura de membranas, gemelidade, polidramnia, insuficiência placentária, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, estresse físico e psicológico, tabagismo e uso de drogas (MONTENEGRO; REZENDE, 2008c).

a) Desproporção Céfalo-Pélvicas (DCP)

- b) A desproporção céfalo-pélvica é considerada uma distócia óssea e ocorre quando a gestante possui uma bacia normal, porém o volume cefálico do concepto é grande ou, quando o concepto é normal, mas a bacia possui vícios (NEME, 1995).
- c) Considera-se pelve viciada aquela que possui algum dos seguintes diâmetros: estreito superior menor que 10 cm, estreito médio menor que 9,5 cm e estreito inferior menor que 8 cm. A desproporção pode se apresentar em qualquer estreitos pélvicos (NEME, 1995).
- d) A incidência de vício pélvico é de 10-12%, embora as situações distócicas que dificultam o parto aconteçam somente em 3-5% (FRANCISCO; FONSECA; SAPIENZA, 2008a).
- e) O diagnóstico clínico pode ser feito através dos achados de inspeção, palpação e do estudo da pelve, apesar de muitas vezes só serem vistos durante o trabalho de parto. Identificada a distócia óssea flagrante, o parto por via abdominal tem indicação absoluta (MONTENEGRO; REZENDE, 2008f).

Na vigência de uma distócia óssea, podem ocorrer feitos negativos sobre o organismo materno e fetal:

- a) Efeitos maternos no parto – cervicodilatação lentificada, edema de colo uterino, rotura prematura de membranas, procedência de cordão, procedência de membro superior, descida e rotação interna do feto lentas e estacionárias, parto prolongado (NEME, 1995).
- b) Efeitos maternos no puerpério – diástases das articulações púbica e sacroilíaca e luxação da articulação sacrocóccica (NEME, 1995).
- c) Efeitos sobre o concepto – trauma cerebral, afundamentos ósseos, céfalo-hematomas, hipóxia neonatal e pneumonia aspirativa neonatal (NEME, 1995).
- d) Anemia

- e) A anemia nutricional é resultante de deficiência de ferro, vitamina B12 e ácido fólico. A anemia por deficiência de ferro é a principal causa de anemia na gravidez e é associada a maior risco de morbi-mortalidade materno-fetal. A OMS considera como anemia, na gravidez, valores de hemoglobina abaixo de 11 g/dl (BRASIL, 2010d).

Os indivíduos mais vulneráveis à carência férrica são, principalmente, as crianças, adolescentes e mulheres em idade reprodutiva (DIAS; LESSA; TELAROLLI, 2005). As gestantes, para suprir a formação de novos tecidos e o aumento do volume sanguíneo, têm as necessidades fisiológicas aumentadas. A necessidade de ferro e ácido fólico são 6 vezes maiores no último trimestre da gravidez (MONTENEGRO; REZENDE, 2008b).

É necessário acrescentar ainda que, na adolescência, a demanda de ferro é elevada, devido ao crescimento corporal acelerado, que ocorre no início desse período, o que impõe um aumento da necessidade do mineral, tanto para a produção de hemoglobina quanto para outras funções relativas ao crescimento e desenvolvimento. Por isso, as gestantes adolescentes apresentam um risco maior de anemia ferropriva durante a gestação (DIAS; LESSA; TELAROLLI, 2005).

A anemia reduz a resistência da grávida a infecções, aumenta as taxas de complicações da gravidez e do parto como: hemorragias ante e pós-parto, parto prematuro, baixo peso ao nascer, e eleva o risco de mortalidade materna (BRASIL, 2010d).

Todas as complicações citadas acima podem enquadrar-se nos seguintes mecanismos explicativos: o de natureza biológica, como imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso inadequado durante a gestação e fatores socioculturais, como pobreza e marginalidade social, combinados ao estilo de vida adotado pela adolescente (BARROSO et al., 2007).

Outro fator que influencia o alto risco para essas gestantes é a procura tardia da assistência pré-natal, pois, normalmente ocultam o fato de suas famílias nos primeiros meses de gravidez (PEREIRA; SILVA; VARGAS, 2010). Essa afirmação

pode ser confirmada por um estudo realizado em um hospital maternidade do Rio de Janeiro, no qual, apenas 7% das adolescentes gestantes concluíram o pré-natal o que demonstra um alto índice de abandono ou não realização do mesmo.

Além disso, as mães adolescentes têm pouco suporte da família antes do nascimento da criança (RIOS; WILLIAMS; AIELLO, 2007). Somando-se a o fato, tem-se as dificuldades do próprio serviço de saúde que na maioria das vezes, não oferece assistência pré-natal específica para o grupo, tornam as gestantes adolescentes mais vulneráveis a complicações (RIOS; WILLIAMS; AIELLO, 2007; PEREIRA, SILVA; VARGAS, 2010).

4 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E COMPLICAÇÕES DE GESTANTES ADOLESCENTES E RECÉM NASCIDOS ATENDIDOS EM MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA EM VITÓRIA-ES

O capítulo descreve dados da pesquisa de campo e analisa o prontuário das gestantes adolescentes atendidas na ABPMV, traçando o perfil das características epidemiológicas, assistência ao pré-natal, tipo de gravidez e parto bem como as complicações das gestantes adolescentes.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA MATERNIDADE

A gravidez na adolescência tem sido considerada como fator de risco, do ponto de vista médico, tanto para mãe quanto para o recém-nascido. Vários estudos fazem referências à maior incidência de complicações durante a gestação de adolescentes, tais como abortamento espontâneo, restrição de crescimento intrauterino, diabetes gestacional, doenças hipertensiva e pré-eclâmpsia, parto prematuro, sofrimento fetal intraparto, anemias e desproporção céfalo-pélvicas. Por ocasião do parto normal, tem sido referida maior incidência de lesões vaginais e perineais. São citadas, ainda, maior frequência de deiscência de suturas e dificuldade de amamentação (YAZLEE; FRANCO; MICHELAZZO, 2009; FARIA; ZANETTA, 2008; SPINDOLA; SILVA, 2009; BARROSO et al., 2007).

Com base nesse cenário, o autor da pesquisa, como médico obstetra e ginecologista da maternidade em estudo, observou o significativo aumento de atendimento de pacientes adolescentes, que evoluíam a gravidez com intercorrências. Tal fato levou ao seguinte questionamento: Qual o perfil epidemiológico, as ocorrências e as complicações pré-natais, puerperais e neonatais de gestantes adolescentes que tiveram filhos na maternidade em estudo, e as políticas públicas existentes que abordam a gravidez na adolescência?.

Para atender adequadamente, a essa questão, foi desenvolvido um estudo de coorte retrospectiva, realizado por meio de uma análise dos prontuários das gestantes adolescentes que tiveram parto realizado na ABPMV, no período de janeiro a fevereiro de 2011. Foram selecionadas as gestantes com idade superior ou igual a

10 anos e inferior ou igual a 19 anos, sendo excluídas as que tiveram um acesso impossibilitado aos prontuários por questões administrativas. Os dados obtidos eram transcritos para uma ficha padronizada (APÊNDICE A), utilizada como ferramenta para coleta de dados. A pesquisa foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa EMESCAM, submetido em 21 de maio de 2012 sob nº de registro 01536612.4.0000.5065 (ANEXO B), onde foi assegurado o sigilo das informações extraídas dos prontuários.

A maternidade em estudo se localiza no município de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, desde 1938, a qual compõe a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), que era composta, inicialmente, por Vila Velha, Cariacica, Serra e Viana. A RMGV foi constituída pela Lei Complementar Estadual de 1995 e, em 1999 e 2001 foi modificada e incorporou os municípios de Guarapari e Fundão. Os sete municípios abrigam quase a metade da população total do Espírito Santo (46%) e 57% da população urbana do estado (GOMES, 2010).

A maternidade referência de Vitória/ES presta atendimento ambulatorial e internação/UTIN a gestantes ou com suspeita de gravidez, oferecendo à população atendimento 24 horas por dia, durante todos os dias da semana. A instituição dispõe de uma estrutura física adequada e de recursos materiais (ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE PRÓ-MATRE DE VITÓRIA, 1973).

Segundo os dados fornecidos pela Associação Beneficente Pró-Matre, atualmente, a maternidade dispõe de: 59 (cinquenta e nove) leitos do SUS; 10 (dez) leitos particulares; 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Infantil; 05 (cinco) leitos semi-intensivo; 03 (três) salas no centro cirúrgico; 03 (três) salas de parto; 01 (uma) sala de vacina; 01 (uma) sala de lactário; 01 (uma) sala de informática; 01 (um) laboratório; e 01 (uma) assessoria ultrassonográfica. O corpo clínico é constituído por: 53 (cinquenta e três) médicos, 01 (uma) fisioterapeuta, 01 (uma) assistente social, 08 (oito) enfermeiras, 01 (farmacêutico), 87 (técnicos de enfermagem), 32 (trinta e dois) funcionários da higienização/lavanderia, 10 (dez) funcionários da administração e 02 (dois) técnicos de informática.

Os dados coletados neste estudo permitiram caracterizar o perfil socioeconômico, as

variáveis maternas e as complicações pré-natais, perinatais e puerperais que acometeram a gestante adolescente e o recém-nascido.

Para a investigação do perfil socioeconômico da gestante adolescente, foram identificados os seguintes aspectos: profissão/ocupação, estado civil e procedência. Dentre as variáveis maternas foram consideradas as seguintes variáveis: idade, número de gestações, partos e abortos, tipo de gravidez, tipo de parto e número de consultas pré-natais. E dentre as complicações pré-natais e puerperais, foram consideradas para esta pesquisa:

- a) Abortamento – é caracterizado como sangramento vaginal moderado a intenso, associado à dor abdominal em cólica (geralmente de forte intensidade), orifício externo do colo dilatado ao exame de toque vaginal, podendo acarretar hipotensão arterial, taquicardia, palpitação e/ou anemia. A confirmação do mesmo, além do quadro clínico se faz por ultrassonografia (ZUGAIB, 2008; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2006).
- b) Infecção do trato urinário – Caracteriza-se por sintomas do trato urinário inferior (disúria³, polaciúria⁴, e urgência miccional) associados, ou não, ao quadro febril e punho percussão positivo. A confirmação do quadro se faz por Elementos Anormais e Sedimento (EAS) e urocultura positiva (ZUGAIB, 2008).
- c) Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) - Presença de hipertensão arterial (PA $\geq$ 140/90), edema (> 1 Kg/ semana) e/ ou proteinúria (> 300mg/L em urina de 24h), em grávidas com idade gestacionais superior a 20 semanas, previamente normotensas (ZUGAIB, 2008; BRASIL, 2010c).
- d) Descolamento prematuro de placenta – Consiste em sangramento vaginal, dor súbita e intensa no abdômen, dor à palpação uterina e contrações

³ Emissão difícil ou dolorosa de urina.

⁴ Aumento do número das micções em 24 horas

uterinas (hipertonia e taquissístolia⁵). Utiliza-se, associada à parte clínica, a ultrassonografia como exame complementar, se necessário (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2006; ZUGAIB, 2008).

- e) Anemia – Evidenciada por hemoglobina inferior a 11g/dL. Microcitose e hipocromia (Volume Corpuscular Médio (VCM) e Hemoglobina Corpuscular Média (HCM) baixos) e ferritina sérica inferior a 12mg/L estão presentes na maioria dos casos caracterizando a anemia ferropriva (predominante na gravidez) (MONTENEGRO; REZENDE, 2008b; ZUGAIB, 2008).
- a) Diabetes gestacional – Além de poliúria⁶, polifagia⁷, podipsia⁸, perda de peso, astenia⁹, polidrâmnia¹⁰, apresenta glicemia de jejum ≥ 110 mg/dL e pós-teste de Tolerância oral à glicose de segunda hora ≥ 140 mg/dL (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2006; ZUGAIB, 2012).
- b) Oligodramnia – Apresenta volume uterino menor que o esperado para a idade gestacional, fácil reconhecimento de partes fetais à palpação uterina, redução de movimento fetal, líquido amniótico abaixo de 300-400 ml e um Índice de Líquido Amniótico (ILA) menor que 8 cm ao exame ultrassonográfico (BITTAR; PEREIRA; LIAO, 2008a ; ZUGAIB, 2008)
- c) Rotura prematura de membranas – Perda de líquido relatada pela gestante e confirmada, clinicamente, em 90% dos casos em exame especular, anterior ao trabalho de parto. Em caso de dúvida no diagnóstico, realiza-se pHmetria, observação do mucocervical ao exame microscópico (arborização), ultrassonografia entre outros (MONTENEGRO; REZENDE, 2008d; ZUGAIB, 2008).

⁵ Aumento do número de contrações

⁶ Aumento do volume urinário em 24 horas.

⁷ Apetite excessivo.

⁸ Sede excessiva.

⁹ Debilidade, fraqueza.

¹⁰ Aumento de volume do líquido amniótico.

- d) Vulvovaginites – Corrimento vaginal que varia conforme agente etiológico. Ex₁: tricomoniase: corrimento amarelo ou amarelo esverdeado, bolhoso, odor fétido e irritação vulvar e/ou uretral. Ex₂: Vaginose¹¹ bacteriana: corrimento amarelo, esbranquiçado e/ou acinzentado, odor fétido, pH ≥ 4,5, teste das aminas positivo. Ex₃: candidíase: corrimento branco, grumoso, abundante e sem odor, hiperemia e fissuras nas mucosas vaginal/vulvar, ardor e prurido (ZUGAIB, 2008; RUANO et al., 2008).
- a) j) Desproporção céfalo-pélvica – Caracteriza-se por dor abdominal, associada a contrações uterinas (taquissistolia) sem progressão/ descida fetal pela pelve materna, podendo acarretar sofrimento fetal, rotura uterina, até morte do binômio materno-fetal (NEME, 1995; ZUGAIB, 2008).
- b) k) Parto prematuro – Associação de dor pélvica, contrações uterinas regulares, dilatação e esvaecimento do canal cervical anterior a 37 semanas de idade gestacional (<259 dias) (ZUGAIB, 2008; BRASIL, 2010c).
- c) l) Atonia uterina – Caracteriza-se por sangramento vaginal volumoso, útero amolecido, palpitação, fraqueza, taquicardia, vertigem, podendo chegar a choque hipovolêmico (FRANCISCO; FONSECA; SAPIENZA, 2008a).

Foram avaliadas também, as seguintes variáveis neonatais: peso ao nascer, idade gestacional, adequação peso/idade gestacional, APGAR do primeiro e do quinto minutos de vida e a presença de alguma intercorrência ao nascimento (esforço respiratório, hipotonia, necessidade de oxigênio e ventilação). Entre as complicações neonatais foram consideradas:

- a) Óbito neonatal: Óbito que ocorre entre nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida (MIURA; FAILACE; FIORI, 1997).
- b) Prematuridade: Caracteriza-se por recém-nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas apresentando alterações quanto à formação do mamilo,

¹¹ Infecção caracterizada por desequilíbrio de flora vaginal normal.

à textura da pele, à forma da orelha, ao tamanho da glândula mamária e aos sulcos plantares (método de Capurro) (BRASIL, 1994).

- c) Baixo peso ao nascer: É considerado recém-nascido de baixo peso, todo aquele que nasce com peso inferior a 2.500g. Nesse critério, estão incluídos tanto os prematuros quanto os recém-nascidos de termo, com retardo de crescimento intra-uterino (SCLOWITZ; SANTOS, 2006).
- d) Síndrome do Desconforto Respiratório: O recém-nascido apresenta taquipnéia¹², esforço respiratório moderado a grave, retração subdiafragmática, gemido, batimento de asa do nariz, cianose¹³. Esses sintomas aparecem precocemente. O desconforto respiratório é progressivo nas primeiras 24 horas e tem um pico com 48 horas (CONSOLO, et al. 2002).
- e) Asfixia perinatal: é caracterizada pela presença de dois dos seguintes parâmetros: pH da veia umbilical $\leq 7,20$, valor de Apgar no quinto minuto de vida inferior a 6, e necessidade de fração de oxigênio inspirada (FiO_2)³ 0,40 para manter saturação de oxigênio 86% ao nascimento (CRUZ; CECCON, 2010).
- f) Síndrome de Aspiração de Mecônio: tipicamente se apresenta como disfunção respiratória, taquipnéia, gemência, batimento de asas do nariz, tempo expiratório prolongado e hipoxemia¹⁴ logo após o nascimento em um recém-nascido com história de mecônio¹⁵ espesso no líquido amniótico, impregnação por mecônio nas unhas, cabelos e cordão umbilical, ou ainda presença de mecônio espesso abaixo das cordas vocais, na aspiração traqueal, sob visualização direta (COLVERO et al. 2006).

As análises estatísticas utilizadas para se testar as hipóteses foram: Calculo da taxa de prevalência de gravidez na adolescência; da incidência de complicações no pré-natal, puerpério e neonato; bem como a análise descritiva para caracterizar o perfil das grávidas adolescentes e dos neonatos.

¹² Aumento da frequência respiratória.

¹³ Coloração azul da pele e mucosas por oxigenação insuficiente do sangue.

¹⁴ Baixa oxigenação sanguínea.

¹⁵ Primeiras fezes eliminadas pelo feto.

4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ADOLESCENTES

No período de Janeiro e Fevereiro de 2011 foram realizados 1005 partos na ABPMV dos quais 144 eram gestantes adolescentes onde 96,55% (139/144) evoluíram para parto e 3,45% (5/144) para abortamento. As adolescentes partejadas na ABPMV corresponderam a uma parcela de 13,8% (139/1005) de todos os partos realizados.

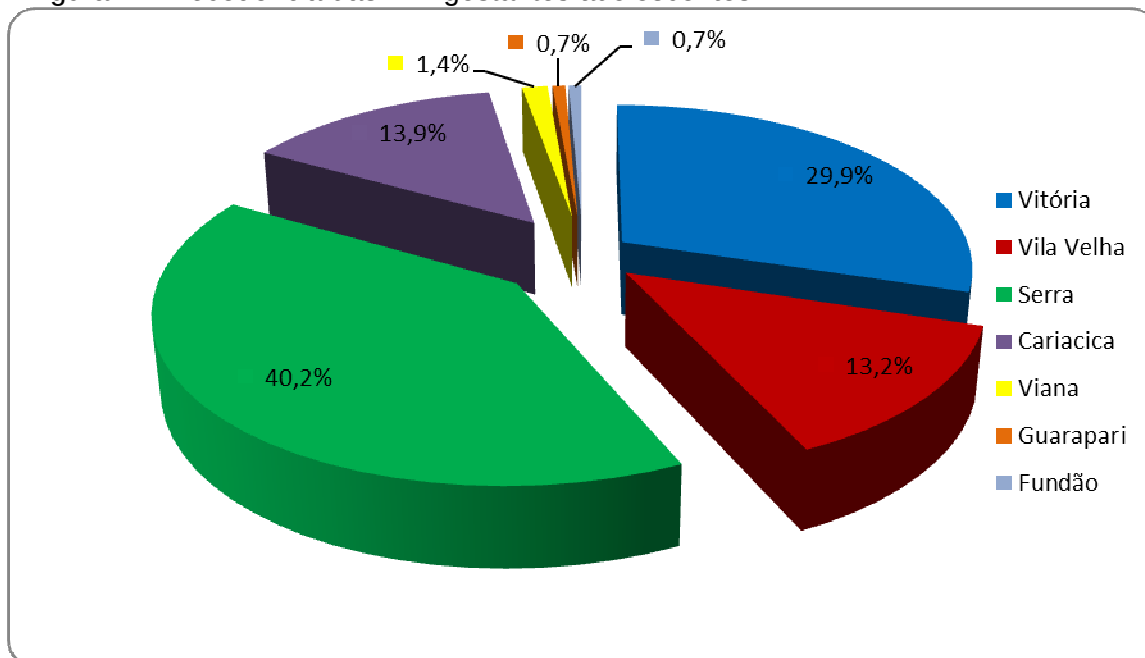
No Brasil, estima-se que aproximadamente 20-25% do total de mulheres gestantes são adolescentes, apontando que uma em cada cinco gestantes são adolescentes entre 14 e 20 anos de idade (SANTOS Jr., 1999), ao contrário do que acontece nos demais países ocidentais, nos quais tende a ocorrer uma diminuição na ocorrência desse evento (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010). Estudos mais recentes realizados em diversas regiões do território nacional também encontraram valores semelhantes ao reportado por Santos Jr. (1999) e que variam de 17 a 25% (GRADIM; FERREIRA; MORAES, 2010; SPÍNDOLA; SILVA, 2009; GURGEL et al, 2008).

A prevalência de gravidez na adolescência no presente estudo foi igual a 13,8%, valor esse, inferior ao descrito para as outras regiões do Brasil. No entanto, percebe-se que no Estado do Espírito Santo ocorreu uma redução na prevalência da gravidez na adolescência em 6,4% no período entre 2000 a 2010 (Tabela 1). Em 2010, a prevalência de gravidez na adolescência foi igual a 17,5% para todo o ES e no município de Vitória foi igual a 13,9%, valor semelhante ao encontrado em nosso estudo que angariou dados de atendimentos de 2011. Isto nos faz supor que as medidas implantadas pelo programa de saúde da mulher no estado do ES, têm surtido efeito.

Segundo Spíndola e Silva (2009), a gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública, visto que as adolescentes se encontram na fase em que o ser humano está se desenvolvendo com mudanças psicológicas, biológicas e sociais, por isso, ainda não bem estruturadas, sendo que a superposição da gestação potencialmente acarreta uma sobrecarga física e psíquica.

Todas as pacientes eram provenientes da Região metropolitana da Grande Vitória, originários de municípios conforme a seguir (Figura 1).

Figura 1 - Procedência das 144 gestantes adolescentes



Fonte: Elaborado pelo autor

Como observado no gráfico acima, apesar do Hospital ABPMV localizar-se no município de Vitória, apenas 29,9% (43/144) das adolescentes eram oriundas desse município e toda a demanda atendida foi proveniente da região Metropolitana, destacando-se o município da Serra com 40,2% (58/144) dos partos de gestantes adolescentes realizados. Acredita-se que esse fato se deve ao baixo número de leitos disponíveis na Serra visto que a Maternidade de Carapina conta com 17 leitos disponíveis e apresenta um perfil direcionado à assistência obstétrica de baixo risco ou risco habitual. Associado a esse fato, têm-se outro alicerce no âmbito hospitalar do município da Serra, o Hospital Dório Silva, conta com 20 leitos e realiza apenas atendimento obstétrico de alto risco, levando as gestantes que não se enquadrarem nesse perfil e tiverem internação inviabilizada pelo limitado número de leitos da Maternidade de Carapina, serem direcionadas para ABPMV (que dispõe de 69 leitos), e outras maternidades da Grande Vitória. Sendo assim, observa-se que os serviços de saúde não acompanharam o crescimento populacional do município da Serra, o que faz necessário a discussão desse problema para o estabelecimento de novas estratégias e medidas para sua solução.

Quando se analisa o perfil etário das gestantes adolescentes, observa-se que a idade média foi de $16,8 \pm 1,18$, variando de 14 a 18 anos. Foi evidenciado que dentre essas gestantes, 94,4% (136/144) tinham entre 15-19 anos o que corresponde à gravidez na adolescência tardia e 5,6% (8/144) tinham 14 anos, o que é caracterizado como gravidez na adolescência precoce. Sendo assim, a maioria das gestantes pesquisadas apresentaram gravidez na adolescência tardia (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das gestantes de acordo com as variáveis socioeconômicas, Vitória/ES.

Variáveis clínicas maternas	Nº	%
Idade (N= 144)		
10-14 (precoce)	8	5,6
15-19 (tardia)	136	94,4
Estado civil (N=144)		
Solteira	124	86,1
União estável	12	8,3
Casada	8	5,6
Estudante (N=144)		
Sim	75	52
Não	69	48

Fonte: Elaborado pelo autor

A gestação em mulheres com idade inferior à vinte anos e que iniciam as consultas pré-natais tardias são as que apresentam maior incidência de partos prematuros, bem como maior risco de morbidade obstétrica, comparando-se à gestação na idade adulta, classificando a gravidez nessa faixa etária como de alto risco segundo Lima et al. (2012), Santana et al. (2010), Nobre e Figueiredo (2010), Secundo et al. (2009), Lessa et al. (2006) e Maia et al. (2004).

Considerando o perfil da amostra quanto ao estado civil, 86,1% das pacientes eram solteiras, 8,3% estavam em um relacionamento estável e apenas 5,6% eram casadas (Tabela 2). Nos estudos de Lima et al. (2012), Helena et al. (2008) e Lessa et al. (2006) prevaleceu que a maioria das adolescentes são solteiras. Segundo Vitale e Amancio (2008), a imaturidade e labilidade emocional encontrada nas

gestantes adolescentes, levam a importantes alterações psicológicas, gerando extrema dificuldade em adaptar-se à sua nova condição, exacerbando sentimentos que poderiam já estar presentes antes da gravidez, como ansiedade, depressão e hostilidade. Além disso, a gravidez na adolescência gera um conflito muito grande, pois a adolescente sente-se muitas vezes envergonhada, culpada quanto ao seu futuro e ao do seu filho, sendo que necessitam, nesse momento, de apoio, atenção e carinho dos seus familiares.

Muito frequentemente, essas gestantes não podem contar com o apoio dos familiares e do pai da criança, o que torna os pensamentos do futuro quase insuportáveis (DINIZ, 2010). Tais fatores podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade da gestante acarretando até suicídio. Já foi demonstrado que as taxas de suicídio nas adolescentes grávidas são mais elevadas em relação às não grávidas, principalmente nas grávidas solteiras (CABRERA, 1995).

Quanto à permanência na escola, verificou-se que 52% das adolescentes permaneciam estudando e eram dependentes de seus familiares para seu sustento, não desenvolvendo atividade remunerada (Tabela 2). Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado por Faria e Zanetta (2008) no qual, 52,4% estavam estudando durante a gravidez e 62% não detinham renda para o seu sustento.

O abandono escolar de 48% encontrado no estudo corrobora com os dados descritos na literatura que variam de 40 a 80% (LIMA et al, 2012; FARIA; ZANETTA, 2008; GRADIM; FERREIRA; MORAES, 2010). Em nosso país, existe uma relação entre a educação e a maternidade (FARIA; ZANETTA, 2008). Como demonstrado por outros estudos, além do baixo nível educacional estar relacionado com a maior fecundidade, a maternidade reduz a frequência da gestante na escola. Isto ocorre pois as adolescentes assumem papéis relacionados à constituição da família ou provimento da renda que são incompatíveis com a manutenção dos estudos (FARIA; ZANETTA, 2008; NOBRE; FIGUEREDO, 2010; SPINDOLA; SILVA, 2009).

Essa pesquisa também teve como objetivo verificar a adesão das adolescentes ao pré-natal.

Segundo a OMS, são necessárias um número mínimo de 6 consultas para caracterizar um pré-natal completo. Conforme os resultados apurados no presente estudo, 62,5% (90/144) das gestantes tiveram mais de 6 consultas pré-natais, enquanto que 37,5% (54/144) tiveram menos de 6 consultas, o que caracteriza um pré-natal incompleto (Tabela 3). O número médio de consultas foi $6,27 \pm 2,24$, variando de 0 a 11 consultas, sendo que 93,75% (135/144) das gestantes tiveram assistência pré-natal em algum momento da gravidez e 6,25% (9/144) não.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes de acordo com a realização ou não de pré-natal, Vitória ES

Variável	Nº	%
Pré-natal completo (N=144)		
Sim	90	62,5
Não	54	37,5
TOTAL	144	100
Nº consultas (N=144)		
0	9	6,25
1 a 3	11	7,64
4 a 5	34	23,61
≥ 6	90	62,50
TOTAL	144	100

Fonte: Elaborado pelo autor

Os resultados sobre a assistência pré-natal entre adolescentes são divergentes dependendo do estudo, na pesquisa realizada por Bruzadeli e Tavares (2010), Faria e Zanetta (2008) e Maia et al. (2004) fizeram de seis a doze consultas. É bem conhecido o fato de que a adolescente muito jovem grávida falha em buscar assistência pré-natal e tem risco aumentado de complicações antes e após o parto, tais como: pré-eclâmpsia, anemia, obesidade, prematuridade entre outros (ZUGAIB, 2008). Assim, a inadequabilidade na assistência pré-natal, por si mesma, é um fator de risco para a gestante e o recém-nascido (HELENA et al., 2008).

Ainda com relação à assistência pré-natal, estudos mostram que não há prejuízo na evolução da gestação e condições do recém-nascido quando a gestação ocorre na adolescência desde que a assistência pré-natal seja adequada. Além disso, o risco

obstétrico, materno e infantil está relacionado não só com a idade, mas com a paridade, assistência pré-natal, assistência perinatal e condições socioeconômicas (FARIA; ZANETTA, 2008; HELENA et al., 2008).

A atenção pré-natal é reconhecidamente importante na investigação de riscos biológicos de gestantes adolescentes tais como colo curto, infecções, nutrição inadequada e abuso de drogas ilícitas. O pré-natal poderia também ser importante no sentido de oferecer suporte psicossocial nas dificuldades e situações de stress nas quais as mães adolescentes se encontram (FARIA; ZANETTA, 2008; HELENA et al., 2008; LIMA et al. 2012).

No que diz respeito ao tipo de gravidez, 100% das gestações foram únicas (Tabela 4), apesar da probabilidade de gestações múltiplas girarem em torno de 1 a 3% (ZUGAIB, 2008).

Tabela 4 - Distribuição das gestantes de acordo com tipo de gravidez, tipo de parto e número de gestações, Vitória/ES.

Variáveis	Nº	%
Tipo de gravidez (N=144)		
Única	144	100
Gemelar	0	0
TOTAL	144	100
Tipo de parto (N=139)		
Vaginal (normal)	81	58,3
Cesárea	58	41,7
TOTAL	139	100
Nº de gestações (N=144)		
Uma (primípara)	114	79
Duas	26	18
Três	4	3
TOTAL	144	100

Fonte: Elaborado pelo autor

A média de gestações entre adolescentes analisadas neste estudo foi de $1,23 \pm 0,48$, variando de uma a três gestações, dentre as quais 79% tiveram apenas 1 gestação, 18% duas gestações, e 3% três gestações (Tabela 3). A literatura menciona (SANTOS et al, 2009; ROSA; REIS; TANAKA, 2007) que a maioria das

adolescentes apresentam uma segunda, terceira ou até quarta gestação durante essa fase sem ter planejado.

Santos et al (2009) ressaltam ainda que as altas porcentagens de repetição da gravidez na adolescência estão acontecendo após pequenos intervalos entre as gestações. Com relação ao perfil sociodemográfico das adolescentes com reincidência de gravidez, evidenciou-se que essas possuem baixo nível de escolaridade e alto índice de evasão escolar, assim como uma situação financeira de baixa renda.

Para a jovem, o problema implica em dificuldades com a escola ou com atividades profissionais, sendo a gravidez desejada ou não, os planos pessoais serão revistos e as jovens terão que se defrontar com as dificuldades da nova realidade (SANTOS et al, 2009; ROSA; REIS; TANAKA, 2007).

Assim, gestações sucessivas na adolescência são expressões do exercício da vida sexual dos adolescentes em determinadas condições de vida e, portanto, a abordagem da vida reprodutiva dessas adolescentes transcende em muito a discussão sobre os aspectos obstétricos e deve estar situada no âmbito psicossocial, inspirando políticas públicas de atenção que ofereçam às adolescentes grávidas, outras possibilidades que não apenas a de estar fadada a uma nova gestação. A criação de creches em escolas para filhos de mães-adolescentes e a garantia de acesso aos serviços e insumos de saúde (anticoncepcionais) no pós-parto são algumas providências recomendáveis (ROSA; REIS; TANAKA, 2007, p.170).

Das 144 gestantes adolescentes, 3,5% (5/144) evoluíram para quadro de abortamento, sendo essa uma amostra de conveniência a qual pode não retratar a realidade considerando incidência maior em outros autores como Zugaib (2008) e Vieira et al. (2007) que relataram valores próximos à 20% e das 96,5% (139/144) pacientes incluídas na análise, a média de partos de $1,15 \pm 0,36$ variando de 1 parto (84,8%) a 2 partos (15,2%).

No tocante ao tipo de parto, foi observada predominância dos partos normais (58,3%) sobre as cesarianas (41,7%) no presente estudo (Tabela 3). Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos nos quais as taxas de partos normais entre adolescentes eram predominantes em relação às cesareanas e variavam entre 54% (NOBRE; FIGUEREDO, 2010) a 66,6% (HELENA et al. 2008). No entanto, em algumas populações a taxa de cesareana entre adolescentes pode

ser superior a 60% como registrado em um estudo realizado em São José do Rio Preto SP (FARIA; ZANETTA, 2008). Para Maia et al. (2004) a escolha pela cesariana pode estar relacionada à um controle pré-natal menor, o que leva a um maior número de complicações justificando assim o maior número de cesareanas.

Segundo dado do MS, observa-se que em 1994 a taxa nacional para cesareanas em mulheres adultas e adolescentes foi de 32% e em 2010 alcançou a taxa de 52%, sendo que no Estado do Espírito Santo foi igual a 60,8% nesse mesmo ano (Brasil, 2010d). Ao considerarmos o serviço da ABPV observamos que 41,7% das adolescentes evoluíram para parto cesariana, frequência menor do que encontrada quando comparada à quantidade evidenciada no Estado do Espírito Santo.

Em todas as regiões do Brasil, as taxas de cesariana são mais do que o dobro das recomendadas pela OMS (10 a 15%). Acredita-se que alguns fatores podem estar contribuindo para o aumento dessa taxa, como: melhor acesso aos sistemas de saúde, maior disponibilidade de tecnologias e melhoria das técnicas cirúrgicas e anestésicas.

Ao analisar os dados quanto aos hábitos de vida, observamos que dentre as gestantes incluídas no estudo, 2,1% (3/144) se declararam tabagistas, 0,7% (1/144) etilistas e 0,7% (1/144) usuárias de drogas ilícitas. Isso nos faz supor que a maioria das gestantes adolescentes incluídas em nosso estudo tinham hábitos de vida saudável, o que teria contribuído para uma gestação dentro da normalidade. Podemos inferir também, que esses números poderiam estar sendo subestimados visto que os dados foram obtidos por registros de informações auto-referidas. Além disso, as gestantes poderiam ter se sentido coagidas frente ao questionamento. Já foi demonstrado anteriormente que as mulheres tendem a omitir o uso de tabaco durante a gravidez (LIMA et al., 2012).

4.3 COMPLICAÇÕES DAS GESTANTES

Das 144 gestantes adolescentes incluídas no estudo, 64,6% (93/144) desenvolveram algum tipo de complicação (Tabela 3). Dado esse, superior ao descrito na literatura, na qual a média das taxas de complicações em gestantes adolescentes varia entre 45-55% (SPÍNDOLA; SILVA, 2009; GONÇALVES;

FERNANDES; SOBRAL, 2005), porém, esses estudos se restringem a avaliar apenas as principais complicações (como: ITU, anemia, hipertensão e sangramento), enquanto que o presente estudo reportou todas as complicações encontradas no universo estudado. As causas dessas complicações observadas em mães adolescentes poderiam ser explicadas pela imaturidade de seus organismos em receber uma gestação, pelas condições socioeconômicas precárias e cuidados pré-natais inadequados (DOTTA et al., 2000).

Neste sentido, estudos como o de Spíndola e Silva (2009) destacam que as intercorrências no período gestacional são relevantes, considerando a repercussão que a maternidade precoce pode trazer para a saúde das adolescentes.

Outros estudos indicam a ocorrência das intercorrências pré-natais em gestantes adolescentes, o que justificaria a elevação das taxas de parto cesáreo na população jovem (YAZLLE; FRANCO; MICHELAZZO, 2009; CHALEM et al., 2007).

Foram verificados 135 episódios de complicações (Tabela 5), distribuídos em 21 tipos, sendo que 90,5% (19/21) período de pré-natal e 9,5 % (2/21) no período puerperal. A maior ocorrência das complicações pré-natais sobre as complicações puerperais está de acordo com o esperado, visto que no período pré-natal a gestante está mais propícia às complicações inerentes às modificações sistêmicas do organismo para se adaptar à gravidez (ZUGAIB, 2008).

Tabela 5 - Distribuição dos 135 casos de complicações registrados das 144 gestantes.

Complicações pré-natais	Número de casos	Porcentagem
ITU	38	28,15%
Anemia	26	19,26%
DCP	14	10,37%
DHEG	13	9,63%
Abortamento	5	3,72%
RUPREMA	5	3,72%
Vaginose bacteriana	4	2,96%
Parada de progressão	4	2,96%
Oligodramnio	4	2,96%
Pós datismo	3	2,20%
CIUR	2	1,48%
Acretismo placentário	2	1,48%
Prematuridade	1	0,74%
SFA	1	0,74%
Erisipela	1	0,74%
Toxoplasmose	1	0,74%
Sífilis	1	0,74%
DPP	1	0,74%
Falha de indução	1	0,74%
Complicações puerperais	Número de casos	Frequência
Atonia utérica	7	5,19%
Cefaléia pós-raquianestesia	1	0,74%
TOTAL	135	100%

Fonte: Elaborado pelo autor

Das complicações pré-natais, a mais comum foi a ITU verificada em cerca de 28% dos casos, destaca-se que uma adolescente evoluiu para um quadro de pielonefrite (Tabela 5). Esse dado está de acordo com o reportado em outros estudos, no qual a taxa de ITU variou entre 2 a 36%, constituindo uma das principais causas de complicações nas gestações de mulheres adolescentes e adultas (LIMA et al 2012; DOTTA et al., 2000; DUARTE et al., 2008; NOBRE; FIGUEREDO, 2010; FARIA; ZANETTA, 2008). No entendimento de Grossman e Caroni (2009) nas adolescentes, as alterações hormonais favorecem a colonização vaginal por bactérias

nefrogênicas, que, migrando para a área periuretral, podem ascender pelo trato urinário, causando a ITU.

Explicam Duarte et al. (2008) que, de forma geral, as complicações maternas da ITU são secundárias ao dano tecidual causado por endotoxinas bacterianas e o processo inflamatório, ocorrendo principalmente nos quadros de pielonefrite, como apontado na pesquisa. Em nosso estudo, outras complicações estavam relacionadas a ITU, incluindo Hipertensão arterial/pré-eclâmpsia, anemia, prematuridade, RUPREMA, oligodramnia dentre outros. Associações entre ITU, anemia e hipertensão arterial / pré-eclâmpsia também foram encontradas no estudo realizado por Nobre e Figueredo (2010).

Acredita-se que a etiologia da maioria das complicações é multifatorial, provavelmente decorrente da associação entre elas, como: os focos infecciosos (ITU) têm sido aventados para explicar o trabalho de parto prematuro em decorrências dos produtos bacterianos e mediadores inflamatórios secundários à resposta imunológica materna, podendo desencadear a ruptura das membranas, o aparecimento das contrações uterinas e alterações do colo uterino (ZUGAIB, 2008).

A segunda complicação mais frequente foi a anemia que esteve presente em 19% das adolescentes estudadas, esse dado está de acordo com o descrito na literatura, visto que dados recentes demonstram que a anemia em gestantes adolescentes varia entre 2 a 44% (FUJIMORI et al., 2000; SANTOS; CONCEIÇÃO; MONTEIRO, 2012; SPÍNDOLA; SILVA, 2009; FARIA; ZANETTA, 2008). Esse resultado se justifica, pois, das deficiências nutricionais mais comuns na gestação está a anemia ferropriva, fato esse relacionado à vulnerabilidade à anemia das mulheres grávidas bem como as crianças entre seis meses e cinco anos, mulheres em idade fértil e nutrizes (TAPIA et al., 2010; CÔRTES; VASCONCELOS; COUTINHO, 2009). A importância dada à anemia na gravidez em adolescentes está pela frequência com que se manifesta e também pelos efeitos deletérios resultantes da baixa concentração de hemoglobina no sangue (FUJIMORI et al., 2000).

Como ressaltam Fujimori et al. (2000, p.178): “A anemia é prejudicial tanto para a gestante quanto para o concepto, sendo associada à maior risco de morbi-

mortalidade materno-fetal". Os estudos de Santos, Conceição e Monteiro (2012), Tapia et al. (2010), Mattos, Stein e Wichmann (2007) e Faria e Zanetta (2008) a anemia apresentou índice significativo de casos de complicações maternas em gestantes adolescentes.

A DCP foi a terceira complicação mais observada com valores de 10,3%. A taxa de DCP em gestantes adolescentes varia de 3 a 11 % (SANTANA et al., 2010; SANTOS et al., 2009). Segundo Santos (2009), a adolescência foi um fator de proteção para a desproporção céfalo-pélvica (odds ratio =0,7). A desproporção céfalo-pélvica foi menos frequente entre as adolescentes (10,7%) do que nas adultas (14,6%) e nas mulheres de idade avançada, porém ainda foi a principal indicação de parto cesáreo (11,3%).

Na pesquisa, constatou-se que (13/135) 9,6% das complicações foram de DHEG, e dois casos evoluíram para eclâmpsia. Os dados encontrados no estudo estão de acordo com o demonstrado por outras pesquisas nas quais a incidência encontrada de DHEG em gestantes adolescentes varia entre 6-17% (ZUGAIB, 2008; SANTANA et al., 2010; GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005; ZANETTA; FARIA, 2008).

A DHEG é uma das complicações de maior relevância durante o período gravídico-puerperal (SECUNDO et al., 2009), no entanto sua etiologia permanece desconhecida, o que dificulta a sua prevenção primária. Dentre as teorias relacionadas à sua etiologia temos: Deficiência da invasão trofoblástica, fatores imunológicos, lesão endotelial e alterações inflamatórias, predisposição genética, fatores nutricionais e stress (ZUGAIB, 2008).

A DHEG é caracterizada pela presença de hipertensão arterial, edema e/ou proteinúria (valor de proteína urinária superior a 300mg/L/ 24 h) a partir da vigésima semana de gestação em pacientes normotensas (ZUGAIB, 2008). Verifica-se um amplo espectro de formas clínicas: pré-eclâmpsia leve, pré-eclâmpsia grave, iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP e hipertensão arterial crônica com ou sem doença hipertensiva específica da gestação superajuntada (ZUGAIB, 2008; SECUNDO et al., 2009; ALBUQUERQUE; ARAÚJO; LACERDA et al., 2008).

Segundo Albuquerque, Araújo e Lacerda (2008), a incidência da hipertensão arterial sistêmica ocorre em 10% das adolescentes, destacando-se como primeira causa de mortalidade materna no ciclo gravídico puerperal, em que a pré-eclâmpsia aparece como a principal intercorrência. Acrescenta Zugaib (2008) que algumas condições potencialmente graves associam-se frequentemente à DHEG, como: DPP, coagulação intravascular disseminada, hemorragia cerebral, edema pulmonar, insuficiência hepática e insuficiência renal aguda. As complicações perinatais incluem prematuridade, restrição do crescimento fetal, sofrimento fetal e morte perinatal.

As outras complicações de menor incidência também foram observadas por outros autores como Helena et al. (2008), Nobre e Figueredo (2010), Santana et al. (2010) dentre elas, oligodramnio, pós-datismo, CIUR, acretismo placentário, prematuridade, sofrimento fetal agudo, erisipela, toxoplasmose, sífilis, descolamento prematuro de placenta, falha de indução.

Dentre as complicações puerperais, a atonia utéria apresentou 5,1% (7/135) dos casos apurados, sendo que 4 pacientes precisaram de transfusão. Explicam Galletta et al. (2009) que uma das mais importantes causas de óbito materno são: as hemorragias, hipertensão e a infecção. Dentre as causas de hemorragia, a atonia uterina é considerada uma das mais frequentes e nem por isso menos grave, e é menos comum em primigesta jovem.

A cefaléia pós-raquianestesia obteve percentual de 0,7% (1/135). Explicam Binda Netto (2009) que são raras as complicações neurológicas da raquianestesia, sendo uma das mais frequentes a cefaleia por hipotensão do LCR, que pode ocorrer após a punção da aracnóide.

Em outras regiões, a ocorrência de gravidez na adolescência pode chegar até 28%, no entanto, no Estado do Espírito Santo essa taxa é inferior e encontra-se em declínio de em média 1% ao ano. Acredita-se que esse fato é um reflexo da eficácia das ações implantadas pelo programa saúde da mulher no Estado do Espírito Santo.

Muitas estratégias visando a redução da incidência da gravidez na adolescência têm sido bem sucedidas, dentre elas as que visam aproximação entre escola, família e profissionais de saúde. É também necessário considerar a inclusão das adolescentes nos programas de assistência à saúde com ênfase em anticoncepção e orientações sexuais, e considerar a assistência a esta faixa etária como uma das prioridades na atenção primária à saúde. Esses programas devem focar, além dos aspectos citados, também motivação para estudo e trabalho, aspectos relacionados a comportamento, relação familiar e saúde reprodutiva (DOMINGOS, 2010).

4.4 PERFIL E COMPLICAÇÕES NEONATAIS

Observa-se que os neonatos, apresentaram, em média, Apgar no primeiro minuto igual a $8,15 \pm 0,98$, variação de 5 a 9; e quinto minuto igual a $9,01 \pm 0,61$, variando de 7 a 10. Os dados referentes ao índice Apgar no primeiro minuto de vida indicaram que 93,53% (130/139) dos RN apresentaram índice de Apgar entre 7 e 10, e 6,7% (9/130) dos recém-nascidos apresentavam índice Apgar inferior a 7, variando de 5 a 6. Já no quinto minuto, 100% (139/139) dos RN apresentavam Apgar superior ou igual a 7.

Resultados semelhantes foram encontrados por Zaganelli (2009) que avaliou dentre outros desfechos, o Apgar de quase 50.000 RN no estado do ES. Dentre os RN avaliados, 20% eram de mães adolescentes e obtiveram um Apgar de primeiro minuto inferior a 7 em 4,7% e o Apgar do quinto minuto inferior à 7 em 1,1% dos RN. Esse dado mostra que a incidência de Apgar de quinto minuto inferior a 7 em RN de adolescentes ocorre com baixa frequência e isso explica o fato de não encontrar-se algum recém-nascido com Apgar inferior à 7 entre os RN do estudo.

Esse índice foi criado por uma anestesista inglesa, Dra. Virgínia Apgar, na década de 50. É o método mais comumente empregado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido à vida extra-uterina, avaliando suas condições de vitalidade (BRASIL, 2011b). Consiste na avaliação de 5 itens do exame físico do recém-nascido, com 1, 5 e 10 minutos de vida. Os aspectos avaliados são: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Para cada um dos 5 itens é atribuída uma nota de 0 a 2. Somam-se as notas de cada item e temos o

total, que pode dar uma nota mínima de 0 e máxima de 10. Os valores de Apgar do 1º e 5º minuto encontrados para os recém-nascidos encontram-se dispostos na tabela 6.

Tabela 6 - Valores de Apgar do 1º e 5º minuto para os 139 neonatos

Valores do Apgar	Frequência do Apgar nos RN	
	1º minuto	5º minuto
0-3	0 (0%)	0 (0%)
4-6	9 (6,5%)	0 (0%)
7	6 (4,3%)	1 (0,72%)
8-10	124 (89,2%)	138 (99,28%)
TOTAL	139 (100%)	139 (100%)

Fonte: Elaborado pelo autor

Segundo a interpretação dos valores de Apgar, uma nota de 8 a 10 significa que o neonato nasceu em ótimas condições, já uma nota 7 significa que o bebê teve uma dificuldade leve, de 4 a 6 uma dificuldade de grau moderado e de 0 a 3 uma dificuldade de ordem grave. Se as dificuldades persistirem durante alguns minutos sem tratamento, pode levar a alterações metabólicas no organismo do bebê.

O boletim Apgar do primeiro minuto é considerado como um diagnóstico da situação presente, índice que pode traduzir sinal de asfixia e da necessidade de ventilação mecânica. Já o Apgar de quinto minuto e o de décimo minuto é considerado mais acurado, levando ao prognóstico da saúde neurológica da criança (sequela neurológica ou morte) (FINSTER; WOOD, 2005; EHRENSTEIN et al., 2009).

Ao analisar a Tabela 6, notamos que a maioria dos recém-nascidos estavam em boas condições clínicas e apenas 6,4% em condições moderadas (considerando os valores de Apgar 1º minuto). Observa-se uma evolução satisfatória dos recém natos ao se comparar os valores de Apgar 1º minuto com Apgar 5º minuto, no qual 99,28% apresentaram valores entre 8-10. As principais intercorrências observadas entre os RN com Apgar 1º minuto inferior a 7, foram esforço respiratório e hipotonia com necessidade de oxigênio nasal.

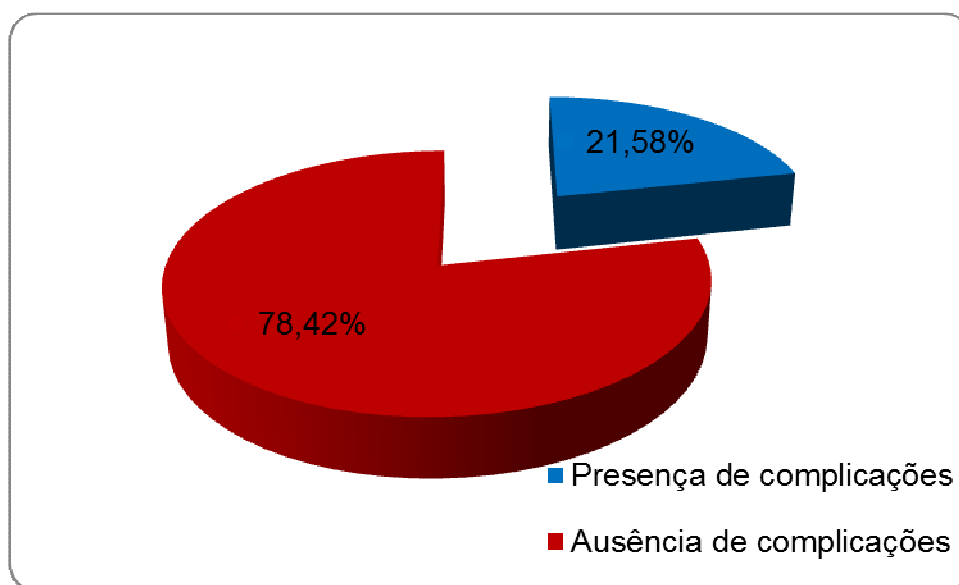
Segundo Kilsztajn et al. (2007), um estudo realizado em São Paulo, existe uma associação significativa do Apgar de 5 minutos com o peso da criança ao nascer; duração da gestação; número de consultas pré-natal; idade materna; estado civil; e anos de estudo da mãe. Entretanto, é contraditório na literatura se a idade da adolescente se associa significativamente ao Apgar de 5 minutos baixo.

A idade da mãe adolescente não está associada a baixos índices de Apgar de 5 minutos para alguns autores (LAMBIN; GEIST, 2006; USTA et al., 2008). Entretanto, para outros pesquisadores, a idade materna estaria associada à índices de Apgar mais baixos (NKWABONG et al., 2009). No entendimento de Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005) estaria mais relacionado com o pré-natal e com as condições do parto e nascimento. Aponta Imamura et al. (2007) que a divergência verificada na literatura deve-se provavelmente à diferenças regionais e metodológicas.

Neste estudo, observa-se que dos nove recém natos com Apgar de primeiro minuto menor que sete, seis mães fizeram pré-natal incompleto, quatro apresentaram infecção do trato urinário e um recém nato prematuro e com baixo peso. Esses achados podem sugerir associação da deficiência do pré-natal e acometimento de ITU acarretando desfechos desfavoráveis considerando o binômio materno fetal.

Dentre os neonatos de mães adolescentes avaliados no presente o estudo, 21,58% (30/139) tiveram algum tipo de complicação (Figura 2).

Figura 2 - Incidência de complicações em neonatos de mães adolescentes



Fonte: Elaborado pelo autor

Foram registrados 45 episódios de complicações distribuídos em 14 tipos nas 139 gestantes (32,26%, 45/139), sendo que as mais frequentes foram baixo peso (7,19%, 10/139), prematuridade (5,03%, 7/139) e Bossa serosanguinolenta (4,31%, 6/139) (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos 45 casos de complicações neonatais registrados nas 139 gestantes

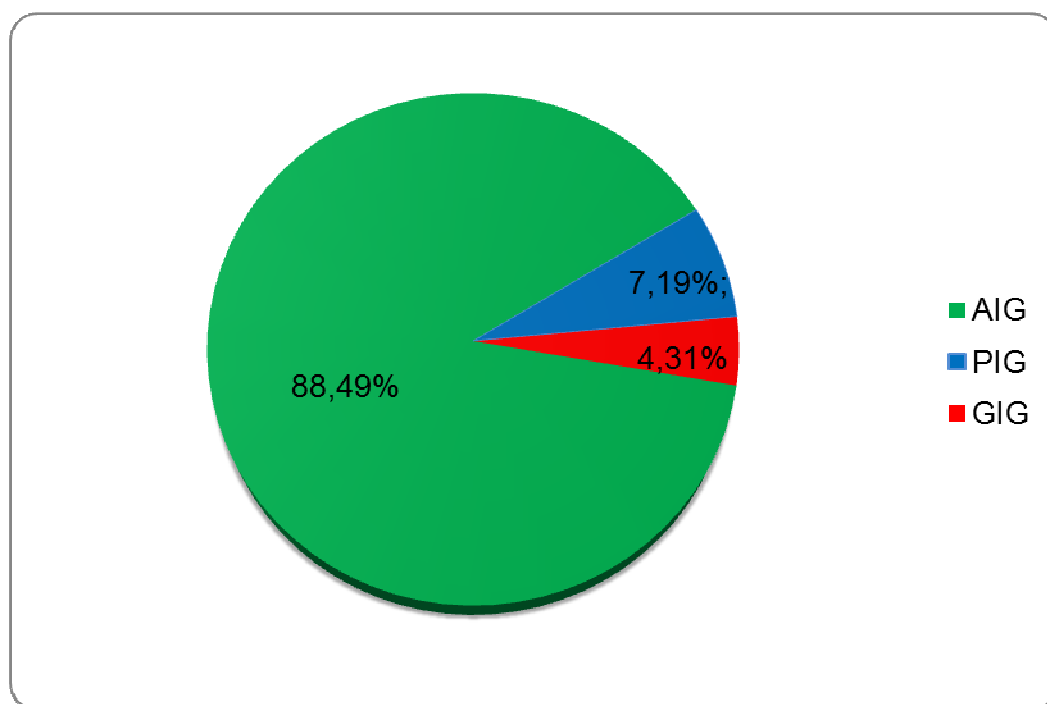
Complicações neonatais	Número de casos	Porcentagem
Baixo peso	10	7,19%
Prematuridade	7	5,03%
Bossa serosanguinolenta	6	4,31%
UTIN	5	3,59%
Síndrome do desconforto respiratório	3	2,15%
Hood	3	2,15%
Aspiração de mecônio	2	1,43%
Cefalohematoma	2	1,43%
Infecção	2	1,43%
Fratura de clavícula	1	0,71%
Hipóxia	1	0,71%
Lesão plexo braquial	1	0,71%
Fototerapia	1	0,71%
Sepse	1	0,71%
TOTAL	45	32,26%

Fonte: Elaborado pelo autor

Nesse estudo, o baixo peso ao nascer, foi a complicação mais frequente (Tabela 7). Considerando que crianças com peso menor que 2500 gramas apresentam maiores riscos de adoecer ou morrer no primeiro ano de vida (GUERRA et al, 2007).

Ressalta-se que em gestações a termo, de 37 a 42 semanas, em relação ao peso do neonato, são Adequados para A Idade Gestacional (AIG) de 2500 a 3750g, Grande para a Idade Gestacional (GIG) os neonatos acima de 3750g, os Pequenos para a Idade Gestacional (PIG), apresentam peso abaixo de 2500g (baixo peso), se inferiores a 1500g são definidos como neonatos de muito baixo peso, e abaixo de 1000g são os de extremo baixo peso. Os recém-nascidos das adolescentes estudadas apresentaram pesos com média de $3181,22 \pm 407,22$ g, variando de 2285,00 a 4165,00g. A figura 3 mostra os resultados quanto à classificação de crescimento intra-uterino dos neonatos do nosso estudo.

Figura 3 – Classificação dos neonatos em relação ao crescimento intra-uterino



* Relação peso x Idade gestacional
Fonte: Elaborado pelo autor

Observa-se que 88,49% estavam com peso adequado para idade gestacional, 4,31% estavam acima do peso para idade gestacional e 7,19% abaixo do peso. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados por Guerra

(2008) e Azevedo (2002) no qual a taxa de baixo peso de mães adolescentes encontrado foi de 7% e 8,4% respectivamente. Entretanto, outros estudos (AQUINO-CUNHA et al, 2002; GUERRA, HEYDE, MULINARI, 2007) apontam que as taxas de baixo peso ao nascer são maiores quanto menor for a idade das gestantes adolescentes podendo as taxas serem superiores a 20% em gestantes com idade inferior a 15 anos.

Segundo Costa (2001), as gestantes adolescentes com idade entre 10 e 16 anos tem um risco de 1,6 superior às gestantes com idade superior à 20 anos. Segundo Who (1990) apud Guerra, Heyde e Mulinari (2007) recém natos de mães adolescentes apresentam um risco duas vezes maior de baixo peso em relação aos nascidos de mães adultas. Entretanto em nosso estudo, dos dez recém-nascidos que apresentaram baixo peso, apenas uma parturiente tinha idade inferior a 15 anos.

Os fatores que levam ao baixo peso ao nascer não estão bem determinados, mas acredita-se que alguns fatores podem contribuir para essas taxas, como: baixo peso materno anterior à gestação, o ganho ponderal insuficiente, incompleto crescimento físico (composição corporal, órgãos de reprodução), intercorrências gestacionais associadas aos conflitos familiares e com o parceiro, baixa idade ginecológica verificadas entre adolescentes da faixa até 15 anos que pode interferir na transferência de nutrientes para o feto e insuficiência uteroplacentária (COSTA et al, 2001).

O peso de nascimento é o fator isolado mais importante na mortalidade neonatal, segundo Who (1990) apud Guerra, Heyde e Mulinari (2007) recém natos de mães adolescentes apresentam três vezes maior mortalidade neonatal aos nascidos de mães adultas. Além disso, explicitam Cristovam et al. (2012) é um determinante significativo na mortalidade pós-natal e na morbidade infantil em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Para avaliar melhor o risco do RN apresentar determinadas patologias ou morrer, torna-se necessária a análise de duas grandes variáveis em conjunto, que são a idade gestacional e o peso.

Segundo Cardoso (2010) para isso, foi determinada a curva de crescimento intrauterino sendo ainda mais utilizada até hoje a desenvolvida por Battaglia & Lubchenco, em 1963. Por essa curva, são considerados AIGs os recém-nascidos entre os percentis 10 e 90, PIGs os recém-nascidos com peso abaixo do percentil 10 e GIGs os recém-nascidos acima do percentil 90.

Determinar ao nascimento se o RN é PIG, GIG ou AIG, ajuda a definir o prognóstico imediato, mas também a prever doenças que podem se desenvolver à longo prazo nesse grupo (CRISTOVAM et al., 2012).

Pode-se observar na tabela 8 que os dados para RN com PIG foi inferior a outros trabalhos. Segundo Helena et al (2008), peso inferior é percebido melhor nas mães adolescentes quando comparadas à mães adultas.

Tabela 8 - Comparação entre estudos que avaliaram a relação peso/ idade gestacional

Estudo	PIG	AIG	GIG
Presente estudo (2013)	7,19%	88,49%	4,32%
Magalhães et al (2006)	10,7%	85,9%	3,4%
Helena et al (2008)	20%	78,4%	1,6%
Lima et al (2012)	25%	71,3%	1,1%

Fonte: Elaborado pelo autor

A melhora na assistência pré, peri e pós-natal são fundamentais para RNs classificados como PIG e GIG, uma vez que esses têm maiores chances de complicações ao nascimento e até mesmo no longo prazo, com possibilidades de desenvolverem síndrome metabólica (MAGALHÃES et al, 2006). Nessa pesquisa verificou-se que 53,33% das mães com recém-nascidos PIG e GIG não fizeram o número mínimo de consultas pré-natais preconizadas pelo Ministério da Saúde. Isso nos faz supor que possivelmente a falta do acompanhamento pré-natal pode ter interferido no desfecho neonatal.

A segunda complicação mais frequente foi a prematuridade, e segundo vários autores essa condição é uma das principais causas de morbidade e mortalidade neonatal (FORTES FILHO et al., 2009; SANTOS et al., 2009; SILVEIRA et al. 2008).

A idade gestacional média dos recém-nascidos foi de $39,1 \pm 1,42$ com variação de 31 a 41 semanas no momento do parto sendo que 94,97 % são a termo (idade gestacional superior à 37 semanas) e 5,03 % foram prematuros (idade gestacional inferior à 37 semanas). A frequência encontrada no estudo foi semelhante ao encontrado por Martins et al. (2011), cujo estudo reportou uma taxa de prematuridade igual à 4,3% entre filhos de mães adolescentes.

No Espírito Santo, no ano de 2007, a frequência geral de recém-nascido prematuro foi de 6,1% (variando de 5,1% em 2004 a 6,2% em 2008), enquanto que em um estudo também realizado no ES, a taxa de prematuridade foi de 5,9% (ZAGANELLI et al., 2009), valores próximos ao encontrado em nosso estudo (5,03%). Entretanto, alguns estudos mostram incidências bem maiores do que a observada, conforme destacam Santos et al, 2009 que em sua pesquisa encontrou 22% de prematuridade.

Na literatura, alguns autores associaram a prematuridade à gravidez na adolescência. E essa associação ocorre mais entre as adolescentes de 10-14 anos (ZAGANELLI, 2009). Pesquisas mostram que o tratamento periodontal, quando concluído antes da 35ª semana de gravidez, parece ter efeito benéfico sobre o peso ao nascer e a prematuridade (RADNAI et al., 2009). Outros autores também relacionaram o tratamento periodôntico com possível redução de nascimentos prematuros (COSTA et al., 2010).

Então com esses resultados relacionados à complicações neonatais, como o baixo peso e a prematuridade não dependem somente da idade da gestante (risco biológico), mas principalmente de políticas sociais e de saúde voltadas à melhoria da atenção pré-natal, o qual sua importância na prevenção de resultados negativos tanto gestacional como neonatal estabelecidos pela literatura são inquestionáveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sociedade contemporânea, as mudanças têm ocorrido rapidamente. A sociedade urbana, diante das mudanças, tem se tornado mais complexas, o que exige maior qualificação profissional e escolar dos jovens na inserção no mercado de trabalho, e também na fase adulta. Diante desse quadro, a gravidez na adolescência, que vem aumentando não só no Brasil, mas no mundo, é motivo de preocupação por representar um paradoxo dentro das exigências da sociedade atual.

Entretanto, a gravidez em adolescentes no Estado do Espírito Santo tem apresentado declínio, podendo relacionar essa queda como consequência positiva das ações implantadas pelo programa saúde da mulher. Dentre as ações realizadas no Estado, no intuito de garantir a saúde da mulher, existe a atenção integral à saúde do adolescente, que preconiza uma atitude compreensiva e acolhedora que possibilita abranger, no contexto, bio-psico-social, por meio de equipe multiprofissional e interdisciplinar, que leva em consideração as principais mudanças que acontecem com o adolescente no âmbito emocional, corpo, ambiente familiar e social.

A adolescência é uma fase em que o indivíduo encontra-se sujeito a várias situações de risco, que aumentam a vulnerabilidade no âmbito psíquico, biológico e social. Dentre as várias situações de risco está a sexualidade precoce desprotegida e a gravidez não planejada. A gravidez nesta faixa etária faz parte do processo de descoberta e de sua identidade, e é uma situação que motiva incertezas e angústias, e dependendo do contexto social que esteja inserida, a gravidez na adolescente pode ser vista como um acometimento normal, não problemático, no entanto, aceito em suas normas e costumes.

A ocorrência da gravidez em adolescentes é considerada um problema de saúde pública e não é um fato novo, sendo observado em algumas regiões do Brasil o seu crescimento nos últimos anos. É comumente caracterizada por ser uma situação habitualmente mal vigiada, e tem sido relacionada a uma maior morbidade da mãe e feto, e pode interferir de modo negativo no desenvolvimento social e pessoa. Dentre as complicações associadas a gravidez na adolescente estão a anemia, as

infecções, a pré-eclampsia, o parto pré-termo, as complicações no parto e puerpério e perturbações emocionais e as consequências relacionadas à decisão de aborto. Essas complicações obstétricas acontecem em proporção maior em adolescentes com faixa etária mais baixa.

Como resultado da pesquisa de campo que teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico, a incidência, as complicações pré-natais, puerperais e neonatais de gestantes adolescentes, verificou-se que a maioria das adolescentes grávidas era proveniente do município da Serra (40%) e de Vitória (30%). A maioria das gestantes adolescentes era solteira (86%), apresentaram gravidez na adolescência tardia (94%), permaneceram estudando e eram dependentes de seus familiares (52%) e todas as gestantes tiveram gestação única. Apenas 3,5% evoluíram para quadro de abortamento, 58% dos partos foram normais e a maioria das adolescentes do estudo tinham hábitos de vida saudáveis, contribuindo para uma gestação dentro da normalidade.

O perfil materno encontrado é semelhante ao encontrado em outros estudos. Nos surpreendeu o fato da maioria das adolescentes grávidas serem provenientes de outros municípios e não de Vitória (local da maternidade). Este achado nos fez supor que o número de leitos disponíveis no município da Serra não são suficientes para atender a demanda do mesmo.

Quanto a adesão das adolescentes ao pré-natal, observou-se que 62% das gestantes adolescentes fizeram mais de 6 consultas pré-natais e 37% menos de 6 consultas, caracterizando o pré-natal incompleto. Em conformidade com os dados encontrados, verificou-se que o pré-natal é um fator preponderante para a gravidez na adolescência. A atenção pré-natal é reconhecidamente importante na investigação de riscos biológicos e psicossociais de gestantes adolescentes. Um dos pontos a ser considerado relevante do pré-natal está na escolha do parto, visto que a cesariana pode estar relacionada a um menor controle pré-natal, levando a um número maior de complicações. Outro fator relacionado à importância, não apenas no pré-natal, mas também no peri e pós-natal na gravidez da adolescente é o peso do recém-nascido, porque, a melhora na assistência pré-natal são fundamentais para os recém-natos PIG e GIG, uma vez que esses bebês apresentam maior

probabilidade de complicações ao nascimento e até mesmo a longo prazo, e com chances de desenvolverem síndrome metabólica.

Das gestantes adolescentes incluídas na pesquisa, 65% apresentaram complicações, sendo que 90% das complicações ocorreram no período de pré-natal e 10% no período puerperal. A complicação mais comum foi a ITU, acometida em 28% dos casos, seguida da anemia, que esteve presente em 19% dos casos estudados e DCP, com percentual de 10%. A DHEG, com 10%, destaca-se como primeira causa de mortalidade materna no ciclo gravídico puerperal em que a pré-eclâmpsia aparece como principal intercorrência.

Quanto ao perfil dos RN a maioria apresentou boas condições clínicas, sendo que apenas 6,5% apresentavam índice de Apgar inferior a 7 no primeiro minuto e 100% apresentaram índice de Apgar superior ou igual a 7 no quinto minuto. Considerando a classificação dos neonatos em relação ao crescimento intra uterino, 88% estavam com peso adequado para idade gestacional, 4% acima do peso para idade gestacional e 7% abaixo do peso. A idade gestacional média dos recém nascidos foi de 39 semanas momento do parto, sendo que 95 % são a termo e 5% foram prematuros.

Das complicações registradas em nosso estudo, as mais frequentes foram o baixo peso (7,19%) e prematuridade (5,03%) que corroboram com os dados encontrados por outros autores e que correspondem as principais causas de morbidade e mortalidade neonatal.

Nos últimos dez anos no Espírito Santo, houve uma queda no número de nascidos vivos por faixa etária da mãe, principalmente nas idades compreendidas de 15 a 19 anos. Acredita-se que a queda pode estar relacionada a vários fatores. As ações de saúde com apoio do Ministério da Saúde caminham juntamente com as mudanças de perspectivas futuras de cunho social e cultural, que interfere na decisão de ter filhos ou não, de acordo com a visão de futuro que a adolescente tem. O propósito da atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente é facilitar o acesso às informações, orientações e métodos contraceptivos, no intuito de evitar a burocracia dificultando a utilização dos mesmos.

O Estado, ainda sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos, juntamente com o Ministério da Saúde, por meio de áreas técnicas “Saúde do Adolescente” e a “Saúde da Mulher” estão produzindo um documento para que abrange desde o cuidado de pré-natal, seguindo o parto e puerpério, visando evitar a reincidência. Outra ação que está sendo desenvolvida é a capacitação nas regiões de saúde, ou seja, envolvendo os 78 (setenta e oito) municípios do Estado, para Linha do Cuidado a crianças e adolescentes vítimas de violência, sendo que o foco da violência doméstica e sexual tem como consequência a gravidez, principalmente na faixa etária de 10 a 14 anos. Outra ação que está sendo desenvolvida é a divulgação e incentivo ao trabalho nos municípios com a caderneta do adolescente, nas escolas e nas unidades de saúde em parceria com o PSE.

Em suma, pode-se verificar que os programas e ações na área de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, não devem ser específicos da saúde pública, faz-se necessário que exista uma interdisciplinariedade e intersetorialidade que articule informações e garantias de apoio nos segmentos da saúde, assistência social, educação, desse modo, é possível que o público alvo seja englobado em todos os patamares, envolvendo o indivíduo num todo, e não de forma fragmentada.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. Políticas públicas de Estado e de governo: instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção e proteção dos direitos humanos. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 217-245.

ALBUQUERQUE, Danielle Araujo; ARAÚJO, Ednaldo Cavalcante de; LACERDA, Ana Catarina Torres de. Fatores que influenciam no comportamento das adolescentes durante a parturição. **Revista Enfermagem**. Pernambuco, v. 2, n.1, p.69-77, 2008.

ALDRIGHI, José Maria; PETTA, Carlos Alberto. **Anticoncepção**: manual de orientação. 2004. Disponível em: <<http://professor.ucg.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/Manual%20de%20Anticoncep%C3%A7%C3%A3o%20da%20FEBRASGO.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2012.

ALMEIDA, Alberto B. D.; FERNANDES, Afonso F. C. Adolescentes jovens descobrindo a sexualidade. **J Pediatr Mod**, Rio Grande do Sul, v.11, n. 4, p. 7-16, 1998.

AQUINO-CUNHA, Margarida et al. Gestação na adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Natal, v. 24, n.8, p. 513-519, 2002.

ASSIS, Rafaela Guimarães de; TIBÚRCIO, Roberta Espírito Santo. **Prevalência e características da lombalgia na gestação**: um estudo entre gestantes assistidas no programa de pré-natal da maternidade Dona Íris em Goiânia. 2004.31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia), Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2004.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE PRÓ-MATRE DE VITÓRIA. **Maternidade Pró-Matre**. Vitória: [s.n.], 1973.

AZEVEDO, George Dantas et al. Efeito da Idade Materna sobre os Resultados Perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Natal, v. 24, n. 3, p.181-5, 2002.

BARROSO, Camila Geovana Gonçalves et al. **Gestação na adolescência**: resultados perinatais de adolescentes atendidas em maternidades públicas. 2007. Disponível em: <http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista_HU_Volume_8_1_JAN_JUN_2007.pdf#page=13>. Acesso em: 12 out. 2011.

BELITZKY, Richard et al.. Resultados perinatales en madres jóvenes: estudio comparativo en maternidades latino-americanas. **Publicación Científica** 489. Washington: OPAS; 1986.

BERLOFI, Luciana Mendes et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n. 2, p.196-200, 2006.

BINDA NETTO, Isidoro et al. Cefaléia pós-raquianestesia: fatores de risco associados e prevenção de sua ocorrência – Atualização. **Revista de Neurociências**, Niteroi, RJ, v.18, n. 3, p.406-10, 2010.

BITTAR, Roberto Eduardo; PEREIRA, Paulo P.; LIAO, Adolfo Wenjaw. Alterações do volume de líquido amniótico. In: ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia**. Barueri, SP: Manole, p. 592-4, 2008a.

_____. Doença hipertensiva específica da gestação. In: ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia**. Barueri, SP: Manole, p.600-24, 2008b.

_____. Prematuridade. In: ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia**. Barueri, SP: Manole, p. 646-63, 2008c.

BITTAR, Roberto Eduardo; MIYADAHIRA, Seizo; ZUGAIB, Marcelo. Restrição do crescimento fetal. In: ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib Obstetrícia**. Barueri, SP: Manole, 2008. p. 1228.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde**: relatório de situação: Espírito Santo. 5.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. _____. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. _____. **Brasil acelera redução de gravidez na adolescência**. 2010e. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137>. Acesso em: 16 jun. 2013.

_____. _____. **Cadernos de atenção básica**: saúde sexual e saúde Reprodutiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010d.

_____. _____. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, 2010b.

_____. _____. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. _____. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. _____. **Manual de assistência ao recém-nascido.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

_____. _____. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. _____. **Saúde sexual reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. _____. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

BRUZADELI, Daiane da Silva; TAVARES, Beatriz Barco. Expectativa quanto ao parto e conhecimento do motivo da cesárea: entre puérperas adolescentes e adultas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.1, p.150-7, 2010.

CABRERA, Rivas R. La prevención del embarazo en adolescentes: um compromiso con la vida. Una propuesta de coordinación para la promoción de la salud adolescente. **Revista Niños**, Caracas, v. 29, n. 7, p. 408-14, 1995.

CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam; SILVA, Lorena Bernadete. **Juventudes e sexualidade.** Brasília, DF: Unesco, 2004.

CARDOSO, Regina Coeli Azeredo. **Mortalidade em um ano de recém-nascidos de muito baixo peso assistidos por uma unidade neonatal no Rio de Janeiro.** 2010, 102f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. Aborto: uma visão humanística. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 691-713, 2008.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 73-85, jan./mar. 2010.

CHALEM, Elisa et al.. Gravidez na adolescência na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população de periferia de São Paulo: Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.177-86, jan. 2007.

COLVERO, Maurício Obal et al. Novas terapêuticas na síndrome de aspiração de mecônio. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p.367-74, 2006.

CONSOLO, Luiz C.T.; PALHARES, Durval B.; CONSOLO, Lourdes Z. Z. Avaliação da função pulmonar em recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório em diferentes pressões finais expiratórias positivas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, p. 403-8, 2002.

CÔRTEZ, Mariana Helcias; VASCONCELOS, Ivana Aragão Lira; COITINHO, Denise Costa. Prevalência de anemia ferropriva em gestantes brasileiras: uma revisão dos últimos 40 anos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 409-18, maio/jun. 2009.

COSTA, Evaldo Lima da; SENA, Maria Cristina Faria; DIAS, Adriano. Gravidez na adolescência - determinante para prematuridade e baixo peso. **Ciências da saúde**, Botucatu/SP, v. 22, Sup 1: S183-8, 2011.

COSTA, Francine dos Santos et al. **Condições periodontais de gestantes atendidas na UBS puericultura – Pelotas/RS**. 2010. Disponível em: <www.ufpel.edu.br/cic/2010/cd/pdf/CS/CS_01529.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

COSTA, Maria Conceição O. et al. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascido-vivos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 3, p. 235-42, 2001.

CRISTOVAM, Marcos Antonio da Silva et al. **Determinação do estado nutricional de recém-nascidos admitidos em uma UTI neonatal**. 2012. Disponível em: <www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do.../253>. Acesso em: 12 set. 2013.

CRUZ, Ana Cristina Silvestre da; CECCON, Maria Esther Jurfest. Prevalência de asfixia perinatal e encefalopatia hipóxico-isquêmica em recém-nascidos de termo considerando dois critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 302-16, 2010.

DERANI, Cristiane. Política Pública e a Norma Política. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

DIAS, Ana Catarina Perez; LESSA, Angelina do Carmo; TELAROLLI, Rodolpho. **Anemia e consumo alimentar de gestantes adolescentes**. 2005. Disponível em:

<<http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/472/439>>. Acesso em: 2 nov. 2011.

DINIZ, Nataly Carvalho. **Gravidez na adolescência**: um desafio social. 2010. 32f Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde). Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

DOMINGOS, Andréia Couto. **Gravidez na adolescência**: enfrentamento na Estratégia Saúde da Família. 2010. 39f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba/MG, 2010.

DOTTA, Itamar de Godoy et al.. **Gestação na adolescência**. 2000. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=289>. Acesso em: 12 set. 2013.

DUARTE, Geraldo et al.. Infecção Urinária na gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n.2, p. 93-100, 2008.

EDUARDO, Laura de Paula; EGRY, Emiko Yoshikawa. Estatuto da criança e do adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p.18-24, 2010.

EHRENSTEIN, Vera et al.. Association of Apgar score at five minutes with long-term neurologic disability and cognitive function in a prevalence study of Danish conscripts. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Boston, v. 9, n.14, p. 9-14, 2009.

ESPERIDIÃO, Silvia et al.. Avaliação dos recém-nascidos de mães adolescentes no Hospital Municipal de Santo André. Correlação com algumas variáveis maternas. **Pediatria Moderna**, v. 28, n. 1, p. 526-9, 1992.

FARIA, Denise G. S.; ZANETTA, Dirce M. T. Perfil das mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. **Arquivo Ciências Saúde**, São José do Rio Preto, v.15, n.1, p.17-23, 2008.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Descolamento prematuro de placenta**. 2006. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/arquivos/diretrizes/037.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

FERREIRA, Márcia de Assunção S. et al. **Inserção da saúde do adolescente na formação do Enfermeiro**: uma questão de cidadania. 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_16.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2012.

FINSTER, Mieczyslaw; WOOD, Margaret. The Apgar Score Has Survived the Test of Time. **Anesthesiology**, Virginia, v.102, n. 4, p.855-7, Apr, 2005.

FRANCISCO, Rossana Pulcinelli Vieira; FONSECA, E. S. V. B.; SAPIENZA, A. D. Distócias. In: ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia**. Barueri, SP: Manole, 2008. p. 374-82.

FORTES FILHO, João Borges et al. Resultados de um programa de prevenção da cegueira pela retinopatia da prematuridade na Região Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 3, p. 209-16, maio/jun. 2007.

FUJIMORI, Elizabeth et al. Anemia e deficiência de ferro em gestantes adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.13, n. 3, p.177-84, set./dez., 2000.

GALLETTA, Marco Aurélio et al. Atonia uterina revertida com sutura de B-Lynch em parturiente adolescente. **Revista da SOGIA-BR**, São Paulo, v.10, n.1, p. 25-9, 2009.

GARCIA, H. et al. Neonatal and maternal morbidity among adolescent and adult women. A comparative study. **Revista de Invest Clínico**, Mexico, v. 60, n. 2, p. 94-100, 2008.

GOLDENBERG, Paulete; FIGUEIREDO, Maria do Carmo Tolentino; SILVA, Rebeca de Souza. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1077-86, jul./ago, 2005.

GONÇALVES, Roselane; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; SOBRAL, Danielle Henriques. Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 58, n.1, p. 61-4, 2005.

GOMES, Maria Rebeca Otero; VIEIRA, Nadjanara. Saúde e Prevenção nas Escolas: Promovendo a Educação em Sexualidade no Brasil. **Revista Tempus: Actas em Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 145-57, 2010.

GONÇALVES, Maria Amélia; OLLITA, Ivete. Gravidez na Adolescência. **Revista de Enfermagem UNISA**, Santo Amaro/SP, v.1, n.1, p. 95-8, 2000.

GRAMDIM, Clicia Valim Côrtes; FERREIRA, Margaret Beatriz Lasmar; MORAES, Maria José. O perfil das adolescentes grávidas em uma Unidade de Saúde da Família de Minas Gerais. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.13, n. 1, p. 55-61, jan./mar. 2010.

GROSSMAN, Eloisa; CARONI, Mariana Malheiros. Infecção Urinária na adolescência. **Revista Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 41-7, out. 2009.

GUERRA, Alessandra Fontes Ferreira da Silva; HEYDE, Maria Emília Daudt von der; MULINARI, Rogério Andrade. Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes adolescentes. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 126-33, 2007.

GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina et al.. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 799-805, 2008.

HELENA, Graciete et al.. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 224-31, 2008.

IMAMURA, Mari et al.. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: A systematic review. **European Journal of Public Health**, Aberdeen, v.17, n. 6, p.630-6, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 5 out. 2011.

_____. **Jovens mães**. 2009. Disponível em: <<http://www1.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/saude/jovensmaes.html>> Acesso em: 5 out. 2011.

_____. **Censo demográfico 2000**. 2000. Disponível em: <<http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002censo.shtm>>. Acesso em: 5 de out. 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. 2008. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/082/08201002.jsp?ttCD_CHAVE=2910>. 2008. Acesso em: 11 abril 2012.

_____. **Pnad 2006: primeiras análises**. 2007. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf_release/18Pnad_Primeiras_Analises_2006.pdf> Acesso em: 6 julh. 2012.

KILSZTAJN, Samuel et al., Caesarean sections and maternal mortality in São Paulo. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, Bethesda/USA, v. 132, n. 1, p. 64-9, 2007.

LAMBIN, Eric F.; GEIST, Helmut. Introduction: Local Processes with Global Impacts. In: _____ (Ed.). **Land-use and land-cover change: local processes and global impacts**. New York: Springer, 2006. p.1-8.

LESSA, Flávia Soares et al. A adolescência como fator de risco social na gravidez. **Revista Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 29-32, abr. 2006.

LIMA, Andreia Gregório et al. Síndromes Hipertensivas Graves – estudo descritivo com adolescentes atendidas em Maternidade Escola. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Recife, v.13, n. 2, p.408-18, 2012.

LOPES, Gloria Margarita Alcatraz. **A fecundidade entre os Guarani: um legado de Kunhankarai**. 2000. 200f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

MAGALHÃES, Maria de Lourdes Caltabiano et al. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p.446-52, 2006.

MAIA, Vamberto Oliveira de Azevedo et al. Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 703-7, 2004.

MARTINS, Marília da Glória et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. 54-360, 2011.

MATOS, Karen Mello de; STEIN, Airton Tetelbom; WICHMANN, Francisca Maria Assmann. A qualidade do pré-natal e o reflexo na anemia ferropriva em um serviço de atenção primária. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 59-66, jan./jun. 2007.

MICHELAZZO, Daniela et al. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso e controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 633-9, 2004.

MIURA, Ernani; FAILACE, Henrique Domingues; FIORI, Democrito. Mortalidade perinatal e neonatal no Hospital das Clínicas de Porto Alegre. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 43, n.1, p. 35-39, 1997.

MORAES, Silvia Piedade de; VITALLE, Maria Sylvia de Souza. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 48-52, 2012.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE, Jorge de. Abortamento. In: _____. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008a. p. 354-68.

_____. Diabete Melito. In: **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008b. p. 343-51.

_____. Parto pretermo. In: _____. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008c. p. 300-11.

_____. Rotura prematura de membranas. In: _____. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008d. p. 283-7.

_____. Toxemia gravídica: pré-eclâmpsia/eclâmpsia. In: _____. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008e. p. 204-17.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-20, 2008.

NEME, Bussâmara. Distócia Óssea. In: _____. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995. p. 493-501.

NKWABONG, E et al. Adolescent pregnancies and deliveries: problems encountered. **Tropical Doctor**, Bethesda/USA, v. 39, n. 1, p. 9-11, 2009.

NOBRE, Jorge Luís Lopes; FIGUEREDO, Maria Bernadete. Maternidade na adolescência: alguns fatores de risco para a mortalidade fetal e infantil em uma maternidade pública de São Luís, Maranhão. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luis do Maranhão, v.11, n. 2, p.39-43, maio/agos. 2010.

PAULUS Jr., Aylton; CORDONI Jr., Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-9, 2006.

PEREIRA, Bernadete G. Infecções urinárias. In: NEME, Bussâmara. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Sarvier, 1995. p. 339-40.

PEREIRA, Nara Núbia; SILVA, Renata Inácia da; VARGAS, Débora Regina Madruga de. Causas abandono do pré-natal pelas adolescentes grávidas em um município do estado do Tocantins. **Revista Científica do Itpac**, Maranhão, v.3, n.1, jan. p. 4-11, 2010.

PEREIRA, Adriana Lemos et al. Programas de Atenção à Saúde. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública: práticas de enfermagem**. 4. ed. São Paulo: Difusão, 2003. p. 41-64.

PESSALACIA, Juliana Dias Reis; MENEZES, Elen Soraia de; MASSUIA, Dinéia. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Bioethikos**, São João Del Rei, v. 4, n. 4, p.423-30, 2010.

PORTO, Rozeli Maria; GROSSI, Miriam Pillar. Aborto: uma visão humanística. **Revista de Estudos Feministas**, Santa Catarina, v.16, n. 2, p. 706-10, 2008.

RADNAI, Michael et al. Benefits of periodontal therapy when preterm birth threatens. **J Dent Res**, Buffalo/USA, v. 88, n. 3, p. 280-4, 2009.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Adolescentes, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: dossiê. **Revista Rede Feminista**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.1-16, 2004.

RIOS, Karyne de Souza Augusto; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti Albuquerque; AIELLO, Ana Lúcia Rossito. Gravidez na adolescência e impactos no

desenvolvimento infantil. **Revista Adolescência e Saúde**, Santa Catarina, v. 4, n.1, p.1-5, jan./mar. 2007.

ROMERO, María Inés et al. Características del primer año de vida de hijos de madres adolescentes: un estudio descriptivo de seguimiento. **Cuad Med-Soc**, Santiago de Chile, v. 25, n. 25, p.124-9, 1984.

ROSA, Alcindo J.; REIS, Alberto O.A.; TANAKA, Anda C d'A.. Gestações sucessivas na adolescência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.17, n.1, p.165-72, 2007.

ROSEMBERG, Fúlvia; MARIANO, Carmen Lúcia Sussel. A Convenção Internacional Sobre os Direitos das Crianças. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 40, n.141, p. 693-728, set./dez. 2010.

RUANO, Rodrigo et al. Doenças sexualmente transmissíveis. In: ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia**. Barueri, SP: Manole, 2008. p. 971-977.

RUGOLO, Ligia Maria Suppo de Souza. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.81, n.1, p.101-110, 2005.

SAITO, Maria Ignês; LEAL, Marta Miranda. O exercício da sexualidade na adolescência: contracepção em questão. **Pediatria**, São Paulo, v. 25, n. 1/2, p.36-42, 2003.

SANTANA, Francisco Gomes de et al. Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO. **Revista Pesquisa e Saúde**, São Luis do Maranhão, v.11, n. 3, p.35-40, set./dez. 2010.

SANTOS, Fernanda Figueiredo dos; CONCEIÇÃO, Sueli Ismael Oliveira da; MONTEIRO, Silvio Gomes. Anemia em gestantes atendidas em maternidades, em São Luís (MA). **Caderno de Pesquisa**, São Luís, v.19, n. 2, p. 54-61, maio/agost. 2012.

SANTOS, José Anierveson Souza dos. **Sexualidade juvenil**: o discurso sobre a sexualidade no universo escolar. Surubim: IPJ, 2011.

SANTOS, Marília Manfrin dos; GALLO, Ana Paula. Lombalgia gestacional: prevalência e características de um programa pré-natal. **Arquivo Brasileiro de Ciência e Saúde**, Santo André, v. 35, n. 3, p.174-9, set./dez. 2010.

SANTOS, Graciete Helena Nascimento dos et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.

SANTOS Jr., José Domingues. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: Vulnerabilidade à maternidade. In: N. SCHOR, Néia; MOTA, Maria do Socorro; CASTELO, Viviane (Org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. p.223-9.

SCLOWITZ, Iândora Krolow Timm; SANTOS, Iná da Silva dos. Fatores de risco na recorrência do baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino e nascimento pré-termo em sucessivas gestações: um estudo de revisão. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1129-36, 2006.

SECUNDO, Francisca Ferreira et al. Toxemia gravídica na adolescência. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 4, p. 595-604, 2009.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. **Direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes são tema de oficina organizada pelo UNICEF e Secretaria Estadual de Saúde no Espírito Santo**. 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_26105.htm>. Acesso em: 12 set. 2013.

SILVA, José Lima da. **Conhecendo o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD)**. 2005. Disponível em: <www.uff.br/disicamep/prosad>. 2005. Acesso em: 10 abr. 2012.

SILVA, Cristiani Aparecida Brito. Gravidez na adolescência x políticas públicas: análise contextual. Interdisciplinar: **Revista Eletrônica da Univar**, Montes Belos, v.1, n. 7, p.15-20, 2012

SILVA, Verônica Caé et al.. Gravidez na adolescência em unidades de saúde pública no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Revista Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 60-67, out./dez. 2010.

SILVEIRA, Mariângela F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 957-64, 2008.

SOUZA, Vera Lúcia Costa et al. O aborto entre adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 42-47, mar. 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diabetes Mellitus Gestacional**. 2006. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/6/3/036-Diabetes_Mellitus_Gestacional.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2011.

SPINDOLA, Thelma; SILVA, Larissa Freire Furtado da. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Escola Anna Ney Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13. n.1, p. 99-107, 2009.

TAPIA, Margarita Elizabeth Lafuente et al. Prevalência de anemias nas gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde – Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Belo Horizonte. **RBAC**, Local, v. 42, n. 4, p. 277-81, 2010.

USTA, Ista Michel et al.. Obstetric outcomes of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. **Acta Obstet Gynecol Scand**, Bethesda /USA, v. 87, n. 2, p. 419-22, 2008.

VALENZUELA, Solange et al. Primer año de vida en hijos de adolescentes. **Bol Hosp San Juan de Dios**, Local, v. 34, n. 2, p. 81-5, 1987.

VIEIRA, Maria de Lourdes F et al. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 25, n. 4, p.343-8, dez. 2007.

VITALLE, Maria Sylvia de Souza; AMANCIO, Olga Maria Silverio. **Gravidez na adolescência**. São Paulo: UNIFESP, 2008.

ZAGANELLI, Francisco Luiz. **Gravidez da adolescente no Estado do Espírito Santo**: aspectos da gestação, parto e repercussões sobre o recém-nascido. 2009.125f. Tese (Doutorado em Ciência da Saúde). Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina. Centro de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Belo Horizonte, 2009.

ZUGAIB, Marcelo. Diabetes mellitus. In: _____. **Obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2012. p.837-50.

_____. **Obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent pregnancy: issues in adolescent health and development**: WHO Discussion Papers on Adolescence. Geneva: WHO, 2004.

YAZLEE, Marta Edna Holanda Diogenes; FRANCO, Rodrigo Coelho; MICHELAZZO, Daniela. Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 31, n.10, p. 477-9, 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Ficha padronizada para coleta de dados

VARIÁVEIS MATERNAS	
Identificação: _____ Nº prontuário: _____	
Idade: _____	Gestações: _____ Partos: _____ Abortos: _____
Gravidez: () Única () Múltipla [() 2 () 3 () 4]	
Tipo de parto: () Transvaginal () Cesárea	
Cuidado pré-natal: () Sim () Não Nº de consultas pré-natal: _____	
Complicações:	
() Infecção do trato urinário	() Diabetes gestacional
() Doença hipertensiva específica da gravidez	() Anemia
() Descolamento prematura de placenta	() Oligodramnia
() Ruptura prematura de membranas	() Vulvovaginites
() Desproporção céfalo-pélvica	() Parto prematuro
() Abortamento	

PERFIL SOCIOECONÔMICO

Procedência: _____

Profissão/Ocupação: _____

Frequenta a escola? () Sim () Não

Estado civil: () Solteira () Casada () Divorciada () Outros

VARIÁVEIS NEONATAIS

Peso ao nascer: _____ Idade gestacional: _____

Adequação peso/Idade: _____

APGAR: 1º min: _____ 5º min: _____

Intercorrência ao nascimento:

() Esforço respiratório () Necessidade de oxigênio

() Hipotonia muscular

() Necessidade de ventilação

Complicações:

() Óbito neonatal () Prematuridade

() Síndrome do Desconforto Respiratório () Baixo peso as nascer

() Síndrome da Aspiração Meconial

() Asfixia perinatal

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do comitê de ética e pesquisa

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

PROJETO DE PESQUISA

Título: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E COMPLICAÇÕES PRÉ-NATAIS, PUERPERAIS E NEONATAIS DE GESTANTES ADOLESCENTES COM PARTOS REALIZADOS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA DE VITÓRIA-ES

Pesquisador: Maurício Pires Anastácio

Versão: 2

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

CAAE: 01536612.4.0000.5065

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 28671

Data da Relatoria: 29/05/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto propõe estudo de coorte histórico com base em prontuários, para investigar a hipótese de relação entre gravidez na adolescência e complicações gestacionais, puerperais e neonatais. Também pretende investigar a relação entre gravidez na adolescência e procedência de áreas mais pobres, não frequência à escola, estado civil solteira e baixa adesão ao pré-natal (indicadores sociais).

Foi avaliado na reunião do CEP em abril de 2012. Como a metodologia proposta (estudo de prontuários de gestantes adolescentes com parto em determinada maternidade) não permitia a formação de grupo de comparação em relação à idade das gestantes, além de haver outros elementos inadequados, foi declarado pendente para:

- Rever os objetivos, de modo a compatibilizá-los com as hipóteses a serem investigadas.
 - Reformular a metodologia, para que permita o cumprimento dos objetivos.
 - Atualizar a normatização do Ministério da Saúde a respeito de vigilância de gravidez na adolescência, hoje inserida na atenção primária à saúde.
 - Anexar o instrumento de coleta de dados.
- O pesquisador apresentou reformulação do projeto em 21/05/2012.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Verificar o perfil epidemiológico e a incidência de complicações pré-natais, puerperais e neonatais de gestantes adolescentes que tiveram filhos em uma maternidade pública.

Objetivo Secundário:

- a) Verificar a prevalência de gravidez na adolescência na Associação Beneficente Pró-Matre de Vitória.
- b) Descrever o perfil das adolescentes grávidas quanto: idade, ocupação, estado civil, procedência, aderência/abandono da escola, número de gestações, partos e abortos, tipo de gravidez, tipo de parto, realização de pré-natal e número de consultas pré-natais.
- c) Descrever o perfil dos neonatos quanto: peso ao nascer, idade gestacional, adequação peso/idade gestacional, APGAR do primeiro e quinto minutos de vida e a ocorrência de alguma complicação ao nascimento.
- d) Observar se existe associação das diferentes idades maternas (adolescência precoce e tardia) e indicadores sociais (profissão, ocupação, uso de álcool, tabaco e drogas, estado civil, procedência), com o desenvolvimento de complicações no pré-natal, puerpério e no neonato.
- e) Conhecer as políticas públicas existentes para abordagem integral da gravidez na adolescência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não acarreta riscos, por se tratar de levantamento retrospectivo de prontuários, e pode vir a prestar informações importantes para o planejamento de ações de saúde pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em relação às modificações propostas pelo CEP, o pesquisador especificou como objetivo investigar a influência da fase da adolescência (precoce ou tardia) sobre a incidência de complicações. Também incluiu na metodologia pesquisa bibliográfica de legislação e normatização sobre gestação na adolescência. Na análise de dados, corrigiu a utilização de tabelas 2X2. Ainda anexou o instrumento de coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto está correta. A instituição envolvida autorizou a consulta aos prontuários. O

pesquisador pede dispensa de TCLE por se tratar de estudo retrospectivo.

Recomendações:

Elaborar critérios de definição claros e precisos para as categorias referentes às variáveis independentes, que são centrais em estudos de coorte, visando facilitar a análise do risco relativo a ser calculado. Considerar a utilização de intervalo de confiança para avaliar a significância do risco relativo, tendo em vista limitações nesse sentido dos testes de hipótese propostos (ver WAGNER, M. B. Significância com confiança? Jornal de Pediatria, v. 74, p. 343-346, 1998).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 29 de Maio de 2012

Assinado por:

Paulo Augusto Sessa

ANEXO B – Carta de Anuência

Vitória, 15 de Fevereiro de 2012

Ao Diretor Clínico da Associação Beneficente Pró-Matre de Vitória

Att. Dr. Perácio Lórá Soares,

Carta de Anuência

Eu, Perácio Lórá Soares, Diretor Clínico da Associação Beneficente Pró-Matre de Vitória, autorizo a realização da coleta de dados para o projeto de pesquisa, **Perfil epidemiológico e complicações pré-natais, puerperais e neonatais de gestantes adolescentes com partos realizados em uma maternidade pública de referência de Vitórias-ES**, a partir da análise dos prontuários das gestantes adolescentes que tiveram o parto realizado na Associação Beneficente Pró-Matre. O pesquisador responsável é Maurício Pires Anastácio, sob orientação da Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame e co-orientação da Profa. Dra. Raquel de Matos Lopes Gentili, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa – Emescam. Comunico que a autorização para início da pesquisa será válida após a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Emescam a esta instituição.

Dr. Perácio Lórá Soares
Diretor Clínico da (A.B.P.M.V.)
CRM 410 - CPF 083.503.297-34



Perácio Lórá Soares

Diretor Clínico da Associação Beneficente Pró-Matre de Vitória