

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil

Characteristics of adolescent mothers and their newborns and risk factors associated to pregnancy in Campinas, SP, Brazil

Emília de Faria Carniel ¹
Maria de Lurdes Zanolli ²
Carlos Alberto Avancini de Almeida ³
André Moreno Morcillo ⁴

^{1,2,4} Departamento de Pediatria. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Av. Alexander Fleming, 181. CEP: 13.081-970. Campinas, SP, Brasil. E-mail: emiliac@fcm.unicamp.br

³ Coordenadoria de Informação e Informática. Secretaria Municipal de Saúde. Caampinas, SP, Brasil.

Abstract

Objectives: to describe mothers' and newborns' profiles and to indicate risk factors associated to patterns during adolescence.

Methods: cross sectional study analyzing adolescents giving birth in Campinas, SP, Brazil in 2001. The profiles were described according to mothers' social-demographic characteristics and those related to their pregnancies and newborns. The association between variables was tested through the chi-square test and crude odds-ratio (OR). To obtain adjusted OR, a model of logistical regression was used.

Results: in 2001, 17.8% of the mothers were adolescents. Out of these, 48.4% hadn't finished elementary school, 59.9% had no partners, 87.6% no job, 46.0% had low conditions of life. Most of them were primiparas, 21.6% had had one child or more, 35.2% had had six doctor's visits at most, 36.2% had C-sections, 7.5% of the newborns were premature, 9.7% weighed 2.499 grams at most and 30.3% weighed between 2.500 and 2.999 grams. Teenage pregnancies were associated to unmarried (formal or common-law) women from poor regions (Northwest [OR_{aj}=1.30; 95%CI=1.07-1.59] and Southwest [OR_{aj}=1.22; 95%CI=1.01-1.47]), (OR_{aj}=2.63; 95%CI=2.35-2.94), without incomes (OR_{aj}=3.29; 95%CI=2.85-3.79) and adequate prenatal care (OR_{aj}=1.22; 95%CI=1.09-1.38).

Conclusions: adolescent mothers' profiles and characteristics of their pregnancies were mainly determined by unfavourable life conditions. Different sectors of society should work together to support adolescents in their choices.

Key words Adolescence, Pregnancy, Risk Factors

Resumo

Objetivos: descrever o perfil das mães e seus recém-nascidos e apontar fatores de risco para gravidez na adolescência.

Métodos: estudo transversal que analisou os nascimentos de filhos de adolescentes ocorridos em Campinas, SP, Brasil em 2001. Identificou-se o perfil pelas características sociodemográficas maternas, relacionadas às gestações, aos partos e recém-nascidos. Realizou-se teste de qui-quadrado e calcularam-se os odds ratio (OR) brutos. Para os OR ajustados, empregou-se modelo de regressão logística.

Resultados: as adolescentes eram 17,8% das mães. Dessas, 48,4% tinham até sete anos de estudo, 59,9% não tinham companheiro, 87,6% não trabalhavam, 46,0% viviam em regiões com baixas condições de vida; a maioria era primípara, 21,6% tinham um filho ou mais, 35,2% fizeram menos que sete consultas no pré-natal. Dos recém-nascidos, 7,5% nasceram prematuros, 36,2% por cesárea, 9,7% com baixo peso e 30,3% com peso insuficiente. Encontraram-se associações entre gravidez na adolescência e mulheres sem companheiro (OR_{aj}=2,63; IC95%=2,35-2,94), sem ocupação (OR_{aj}=3,29; IC95%=2,85-3,79), de regiões com baixas condições de vida (Nordeste [OR_{aj}=1,30; IC95%=1,07-1,59] e Sudoeste [OR_{aj}=1,22; IC95%=1,01-1,47]) e com pré-natal inadequado (OR_{aj}=1,22; IC95%=1,09-1,38).

Conclusões: o perfil das mães adolescentes e dos seus partos e os fatores de risco para gravidez na adolescência relacionaram-se principalmente com condições socioeconômicas desfavoráveis, sugerindo que as intervenções requerem ações intersectoriais.

Palavras-chave Adolescente, Gravidez, Fatores de risco

Introdução

Nas últimas décadas, no Brasil, ocorreu uma queda acentuada da fecundidade em todas as regiões, passando de 6,2 filhos por mulher em 1950 para 2,3 em 2000.¹

No entanto, contrariando essa tendência de queda, a gravidez entre jovens de 15 a 19 anos cresceu 26% entre 1970 e 1991 e, embora esta ocorrência seja freqüente em todos os níveis sociais, a situação é ainda mais grave entre as jovens mais pobres, que apresentam fecundidade dez vezes maior que as de melhor nível socioeconômico.²

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)¹ em 2000, o grupo de mulheres de 10 a 19 anos, definido pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como período da adolescência, representou 10,3% da população brasileira, e a proporção de gravidez nessa faixa etária foi de 23,5%, sendo 0,9% em menores de 15 anos e 22,6% nas mulheres de 15 a 19 anos. Este percentual variou entre os estados, sendo o menor em São Paulo (19,5%) e o maior no Maranhão e no Tocantins (32,3%).³

Vários estudos mostram que há riscos quando a gravidez ocorre na adolescência, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (RN). As mulheres têm mais probabilidade de apresentar síndromes hipertensivas, anemia, estado nutricional comprometido, desproporção feto-pélvica, partos prematuros e problemas decorrentes de abortos provocados sem assistência adequada.^{2,4} Entre as mulheres de 15 a 19 anos, a chance de ocorrência de morte por problemas decorrentes da gravidez ou do parto é duas vezes maior que entre as maiores de 20 anos, e entre as menores de 15, essa ocorrência é ainda cinco vezes maior, sendo essa uma das principais causas de morte da faixa etária.^{2,5}

Além disso, é comum ocorrer entre as adolescentes a interrupção da escolarização e da formação profissional em decorrência da gravidez, acarretando dificuldades de inserção no mercado de trabalho, perpetuando a tendência à pobreza, com conseqüentes riscos sociais para a mãe e para os seus dependentes.⁴

Quanto aos RNs, além da maior possibilidade de apresentarem baixo peso ao nascer, têm um risco aumentado de morrer por desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida, tornarem-se pais na adolescência, apresentarem atraso de desenvolvimento, dificuldades escolares, perturbações comportamentais e tóxico-dependência.^{2,6}

Localizada a cerca de 100 km a noroeste da capital paulista, Campinas é sede de uma região

metropolitana. É a terceira maior cidade do estado, com uma população de 983.945 habitantes em 2001, sendo 98,4% residentes em área urbana, tendo o oitavo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado.⁷

A taxa de crescimento no período de 1991 a 2000 foi de 1,5 ao ano, a de natalidade foi de 17,88 por mil nascidos vivos e a de mortalidade infantil de 13,71 por mil.⁷ A população feminina de 10 a 49 anos em 2001 era de 332.280 e as adolescentes representavam 26,4% delas.¹ Com relação aos diferenciais nos níveis de qualidade de vida e de saúde da população, a proposta da Secretaria Municipal de Saúde, chamada Índice de Condição de Vida (ICV) apontou que a maioria das áreas de abrangência dos Centros de Saúde dos Distritos de Saúde Noroeste e Sudoeste pertencia ao grupo de pior ICV e, ao do Distrito de Saúde Leste, ao de melhor ICV. As áreas dos Centros de Saúde nos Distritos de Saúde Norte e Sul estiveram, mais homogêneas, distribuídas entre o melhor, médio e pior ICV.⁸

Diante dos riscos da gravidez na adolescência e do número de mulheres expostas, objetivou-se neste trabalho caracterizar as mães adolescentes da cidade e seus RNs, compará-las com as maiores de 20 anos e apontar os fatores de risco para a gestação nessa faixa etária.

Métodos

Realizou-se um estudo descritivo transversal que, a partir das Declarações de Nascidos Vivos (DNVs) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), identificou as características das mulheres moradoras de Campinas, São Paulo, Brasil, e de seus filhos nascidos no município em 2001.

O SINASC em Campinas foi implantado desde o início da década de 90, conforme orientação do Ministério da Saúde, e, atualmente, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde, apresenta uma proporção de captação de 99,1%, que é considerado como nível de cobertura excelente.⁹

O percentual de preenchimento dos itens das DNVs foi superior a 99%. O número de consultas de pré-natal foi o dado menos registrado, com 9,4% de declarações sem essa informação. É importante investigarem-se as razões dessa falha, para que a mesma possa ser solucionada e os dados referentes a essa variável possam ser analisados adequadamente.

Com relação à fidedignidade dos dados presentes nas declarações, estudos realizados em diversas localidades brasileiras mostraram que, para a maioria das variáveis, os registros são confiáveis.⁹⁻¹²

O perfil das mães e dos RNs foi identificado através de características sócio-demográficas (idade materna, região de moradia, escolaridade, ocupação, situação conjugal das mães), gestacionais (número de consultas de pré-natal, número de filhos vivos) e relacionadas ao parto e às condições do nascimento (tipo de parto, idade gestacional e peso do RN).

Na análise estatística, foi considerada variável dependente a idade materna (<20 anos e ≥20 anos). As variáveis independentes foram: Distrito de Saúde de moradia (Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste), escolaridade (até 7, de 8 a 11 e de 12 e mais anos de estudo concluídos), ocupação (com ocupação e sem ocupação), situação conjugal das mães (com companheiro e sem companheiro), duração da gestação em semanas (<37 e ≥37), número de consultas de pré-natal (<7 e ≥7), tipo de parto (vaginal e cesáreo), peso de nascimento em gramas (<2500, 2500 a 2999 e ≥3000) e número de filhos tidos em gestações anteriores (0, 1 e ≥2).

Estudou-se a associação entre a variável dependente e as independentes, utilizando-se o teste de

qui-quadrado e os valores de *odds ratio* brutos. Para obter os valores de *odds ratio* ajustados empregou-se o modelo de regressão logística (método *backward stepwise*), usando-se o *software* SPSS 11.0.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (Parecer 362/2002).

Resultados

Dos 14.444 partos ocorridos em Campinas em 2001, 11.881 (82,2%) foram de mulheres acima de 20 anos. Os 2.563 (17,8%) restantes foram de adolescentes, sendo 0,7% menores de 15 anos, 7,6% de 15 a 17 anos e 9,5% de 18 e 19 anos. Na Tabela 1, apresentam-se as características das mães relacionadas ao Distrito de Saúde de moradia, escolaridade, ocupação e situação conjugal. Observa-se que 46,0% das adolescentes moravam em Distritos de Saúde onde foram identificados os piores ICV (Noroeste e Sudoeste), enquanto que para as adultas a maior

Tabela 1

Distribuição da frequência da idade materna segundo características sócio-demográficas e valores de *odds ratio* bruto. Campinas, São Paulo, 2001.

Categorias de análise	< 20 anos		≥ 20 anos		OR	IC95%	p
	n	%	n	%			
Situação conjugal							
Sem companheiro	1529	59,9	3637	30,7	3,37	3,09 - 3,69	< 0,01
Com companheiro	1024	40,1	8216	69,3	1,00		
Total	2553	100,0	11853	100,0			
Distrito de Saúde							
Norte	394	15,4	1970	16,6	1,34	1,14 - 1,57	< 0,01
Sul	663	25,7	3020	25,5	1,47	1,27 - 1,70	
Leste	326	12,7	2182	18,4	1,00		
Noroeste	508	19,8	2046	17,2	1,66	1,42 - 1,94	
Sudoeste	671	26,2	2659	22,3	1,69	1,46 - 1,96	
Total	2563	100,0	11.877	100,0			
Escolaridade da mãe							
Até 7 anos	791	48,4	4168	43,3	0,98	0,89 - 1,09	0,74
8 a 11 anos	1057	49,7	5470	56,7	1,00		
Total	2521	100,0	9638	100,0			
Ocupação							
Sem ocupação	2244	87,6	6491	54,7	5,84	5,15 - 6,61	< 0,01
Com ocupação	318	12,4	5370	45,3	1,00		
Total	2562	100,0	11861	100,0			

OR = *Odds ratio*; IC95% = Intervalo de confiança 95%; p= valor de p (teste qui-quadrado).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental (CoVISA). Departamento de Informação e Informática. Banco de Dados: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos de Campinas, janeiro a dezembro, 2001.

Tabela 2

Distribuição da frequência da idade materna segundo características da gestação, do parto e peso ao nascer e valores dos *odds ratio* brutos. Campinas, São Paulo, 2001.

Categorias de análise	< 20 anos		≥ 20 anos		OR	IC95%	p
	n	%	n	%			
Duração da gestação							
<37	191	7,5	827	7,0	1,08	0,91 - 1,27	0,406
≥37	2353	92,5	10957	93,0	1,00		
Total	2544	100,0	11784	100,0			
Filhos vivos							
0	2009	78,4	4575	38,5	1,00		
1	474	18,5	3942	33,2	0,27	0,25 - 0,31	< 0,01
≥2	79	3,1	3354	28,3	0,05	0,04 - 0,07	
Total	2562	100,0	11871	100,0			
Consultas de pré-natal							
< 7	825	35,2	2527	23,5	1,77	1,60 - 1,95	< 0,01
≥ 7	1519	64,8	8214	76,5	1,00		
Total	2344	100,0	10.741	100,0			
Tipo de parto							
Vaginal	1634	63,8	4.880	45,1	1,00		
Cesárea	928	36,2	5.931	54,9	0,47	0,43 - 0,51	< 0,01
Total	2562	100,0	10811	100,0			
Peso de nascimento (g)							
< 2.500	248	9,7	1068	9,0	1,08	0,94 - 1,26	0,28
2500 - 3000	776	30,3	2943	24,8			
≥ 3000	1538	60,0	7870	66,2	1,00		
Total	2562	100,0	11.881	100,0			

OR = *Odds ratio*; IC95% = Intervalo de confiança 95% ; p= valor de p (teste qui-quadrado).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental (CoVISA). Departamento de Informação e Informática. Banco de Dados: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos de Campinas, janeiro a dezembro, 2001.

proporção ocorreu nos locais de média e de alta condição. Quase metade de todas as mulheres tinha até sete anos de estudo concluídos, com uma pequena vantagem para as menores de 20 anos (48,4% e 43,3% para menores e maiores de 20 anos, respectivamente). A maioria das adolescentes (87,6%) não tinha ocupação fora do lar, enquanto que quase metade das adultas trabalhava fora. Quanto à situação conjugal, 59,9% das adolescentes não tinham companheiro e 30,7% das maiores de 20 anos referiram união consensual.

Em relação às características relacionadas à gestação, verificou-se que enquanto 23,5% das maiores de 20 anos fizeram menos de sete consultas de pré-natal, o mesmo fato ocorreu com 35,2% das adolescentes. A maioria das adolescentes era primípara (78,4%) e 21,6% já tinham um filho ou mais.

Quanto às maiores de 20 anos, a distribuição de número de filhos foi semelhante para o primeiro (38,5%) e o segundo (33,5%). Mais da metade dos partos das adultas foi o cesáreo (54,9%), enquanto que para as adolescentes esta proporção foi de 36,2%. A prematuridade foi de 7,5% para os filhos das adolescentes (semelhante à taxa dos filhos das adultas). Em relação ao peso de nascimento, 9,7% dos RN das menores de 20 anos nasceram com peso inferior a 2.500g e 30,3% com peso insuficiente (2500 g a 2999 g). Para as adultas estas proporções foram 9,0% e 24,8%, respectivamente. (Tabela 2)

Na comparação das adolescentes com as mulheres adultas foram encontradas associações entre: Distrito de Saúde de moradia ($p < 0,01$), situação conjugal ($p < 0,01$), ocupação ($p < 0,01$), filhos vivos ($p < 0,01$), consultas de pré-natal ($p < 0,01$) e

tipo de parto ($p < 0,01$). Os valores de *odds ratio* brutos estão apresentados nas Tabelas 1 e 2.

Foram selecionadas para regressão logística as variáveis: situação conjugal, ocupação, consultas de pré-natal, DS e escolaridade, permanecendo todas no modelo.

As adolescentes sem companheiro, as que não tinham ocupação fora do lar, as que residiam no Distrito de Saúde Noroeste e as do Distrito de Saúde Sudoeste foram as que apresentaram maior risco para gravidez.

As menores de 20 anos que ficaram grávidas mostraram risco aumentado de realizar menos consultas de pré-natal que as maiores de 20 anos. (Tabela 3)

Discussão

O percentual de partos de mães adolescentes de Campinas foi de 17,8% dos nascimentos do município, valor que vem se mantendo, com pequenas variações, desde 1994, mas com uma leve tendência de aumento para as menores de 15 anos. Essa proporção teve pequena diferença em relação à região (18,9%) e ao estado (19,2%) e foi bem mais baixa que a de todos os estados brasileiros.^{3,7} Embora seja uma das menores do país, é considerada muito alta quando comparada aos países industrializados, cujas taxas máximas estão em torno de 4 a 5%.¹³ Nos Estados Unidos, em 2001, a proporção de gravidez em mulheres de 10 a 19 anos foi de 4,6%, apresentando queda de 24% desde 1990.¹⁴

Quando se verifica essa proporção por Distrito de Saúde de moradia, observa-se que há diferenças importantes, sendo maior naquelas onde a condição socioeconômica é mais comprometida. Essa constatação é semelhante à apresentada no documento "Índice de Condição de Vida" da Secretaria Municipal de Saúde, que mostrou os piores resultados para os locais de pior qualidade de vida e de saúde,⁸ e em outros trabalhos que também comprovaram essa relação inversamente proporcional entre gravidez na adolescência e renda.^{2,4,15}

O percentual de mulheres maiores de 20 anos que declararam trabalhar fora do lar foi expressivo, embora menor que a média brasileira verificada para os homens no país (61,1%). No entanto, para as adolescentes, observou-se que 87,6% não trabalhavam fora do lar na época do parto, como foi também verificado no município em 2000 (77,8%).¹⁶ Batista¹⁷ verificou, ainda em Campinas, que para as adolescentes que trabalhavam fora de casa antes da gravidez, o acontecimento afetou essa situação,

Tabela 3

Valores de odds ratio ajustados da associação entre idade materna e variáveis sócio-demográficas gestacionais, relacionadas ao parto às condições de nascimento. Campinas, São Paulo, 2001.

Variável	OR ajustado	IC95%
Situação conjugal		
Sem companheiro	2,63	2,35 - 2,94
Consultas de pré-natal		
< 7	1,22	1,09 - 1,38
Ocupação		
Sem ocupação	3,29	2,85 - 3,79
Distrito de Saúde		
Noroeste	1,30	1,07 - 1,59
Sudoeste	1,22	1,01 - 1,47

OR = *Odds ratio*; IC95% = intervalo de confiança 95%

levando a maioria a se desligar do trabalho.

Quanto à escolaridade, quase a metade das menores de 20 anos tinha menos de oito anos de estudo e somente 1,9% chegaram ao nível superior. Embora a média de escolaridade de Campinas seja maior que a da população brasileira,¹ a proporção de adolescentes que completou o ensino fundamental ou que estudaram além do segundo grau não foi adequada, considerando-se que o maior percentual de nascimentos ocorreu entre as mulheres de 18 e 19 anos. Tal fato pode ser explicado por estudos que mostram que, para aquelas que freqüentam a escola, a gravidez muda a perspectiva da escolaridade, levando a adolescente a parar de estudar temporária ou definitivamente.^{4,17} Com baixa escolaridade e sem profissão, as chances de inserção no mercado de trabalho ficam menores e o sustento da família pode ser comprometido.

Com relação à situação conjugal, verificou-se que 59,9% das adolescentes não tinham companheiro fixo, percentual discordante do encontrado em outros estudos, que mostraram proporções mais elevadas de relações estáveis.^{4,16,17} A atual configuração da DNV, onde as opções para a anotação dessa variável referem-se ao estado civil (solteira, casada, viúva e separada judicialmente) talvez possa explicar essa discordância, pois as mulheres com companheiro em união consensual podem estar incluídas equivocadamente em outra categoria. Portanto, para que esse dado reflita a real situação conjugal das mulheres, há necessidade de modificação da DNV, com a inclusão da opção "união consensual" entre as relativas a essa variável. Saber sobre o companheiro é importante, pois ele pode apoiar economicamente e psicologicamente a mulher. Alguns estudos

mostram que a ausência do pai no domicílio se relaciona com a falta de adesão ao pré-natal para gestantes adolescentes e adultas, e com o baixo peso de nascimento.¹⁸⁻²² Também foi verificado numa população de mães adolescentes, que as que tinham piores condições sociodemográficas e psicossociais eram as mais jovens e sem união consensual.¹⁸

As mães adolescentes de Campinas eram, em sua maioria, primíparas, mas o percentual (21,6%) das que já tinham tido filhos anteriormente foi maior que o encontrado por Batista.¹⁷ Persona *et al.*²³ verificaram que a repetição da gravidez é influenciada por diversas causas, tais como menarca precoce e início precoce da vida sexual, dificuldades escolares e subsequente abandono, baixa renda familiar, ausência de ocupação remunerada, parceiro fixo e mais velho, baixo uso de condon, história familiar de gravidez na adolescência, ausência do próprio pai, aprovação da família da gestação anterior, aborto anterior, parto anterior bem conceituado pela adolescente e ausência de revisão pós-parto anterior. Esse dado é importante pois um estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que a experiência de gravidez na adolescência agrava as condições desfavoráveis de vida, expondo a mulher a um número maior de gravidezes e de abortamentos, ao consumo de cigarro e drogas ilícitas.⁶

Quanto à frequência ao pré-natal, verificou-se que mais de um terço das adolescentes compareceu em menos de sete consultas de pré-natal, ao contrário da maioria das adultas que fizeram o número adequado de consultas preconizado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Esses achados são concordantes com outros estudos que também relacionaram gestação na adolescência com a baixa adesão ao pré-natal.^{6,18,19}

Os partos vaginais (63,8%) apresentaram maior percentual que as cesarianas para as menores de 20 anos, contudo, embora sua frequência seja maior que nas mulheres adultas, ainda está abaixo do recomendado pelo OMS (85%).²⁴ Ficou evidenciado no presente estudo que o grupo de adolescentes é protegido dos partos operatórios, achado semelhante ao de outros estudos,^{16,17} podendo-se supor que a realização da maioria desses partos em hospitais públicos seja a explicação para esse fato.

Embora alguns estudos mostrem que a gestação na adolescência está relacionada à maior proporção de partos prematuros,²⁵⁻²⁷ expondo a criança a maiores riscos de mortalidade perinatal, no presente estudo não foi encontrada tal associação, pois os resultados referentes à duração da gestação mostraram que as crianças nascidas com menos de 37 semanas apresentaram resultados semelhantes

para as mães de todas as idades.

A gestação na adolescência não foi fator de risco para baixo peso de nascimento, pois o percentual encontrado (9,7%) foi semelhante ao registrado para todas as idades tanto no município, quanto na região e no estado,⁷ mas acima do de países desenvolvidos que é em torno de 4 a 5%. Tal resultado merece ser averiguado com outra metodologia, pois essa associação foi encontrada em alguns estudos,^{15,16,20} enquanto que em outros, os resultados foram semelhantes aos deste trabalho.^{28,29}

Chamou também a atenção a proporção de crianças que nasceram com peso insuficiente (pesando entre 2500 g e 2999 g). O percentual foi de 24,8 % para as adultas e ainda maior (30,3%) para os filhos das adolescentes. Alguns estudos mostram que essas crianças têm também maiores riscos que as nascidas com peso adequado. De acordo com Puffer e Serrano,³⁰ há de duas a três vezes mais risco de morte para as crianças nascidas nessa faixa de peso, e dados de Campinas, referentes aos anos de 1998 e 1999, também mostraram que, o coeficiente de óbitos infantis por 1000 nascidos foi de 5,4 para as crianças nascidas com peso insuficiente (PI), e de 2,0 para aquelas que nasceram com 3000 g ou mais.⁷ Um estudo realizado com crianças acompanhadas em um Centro de Saúde da cidade de São Paulo, que nasceram com PI, mostrou que esse grupo apresentou risco para crescimento deficiente nos dois primeiros anos de vida, sobretudo aquelas submetidas a piores condições de vida.³¹ Essas considerações indicam a necessidade de outros estudos que apontem os fatores determinantes dessa situação e colabore na atenção diferenciada desse grupo, com o intuito de contribuir para o aumento da média de peso e, consequentemente, para a diminuição dos riscos e para o desenvolvimento adequado dessas crianças.

A comparação das mulheres adolescentes com as adultas evidenciou que o risco de ser mãe antes de 20 anos é maior para as mulheres moradoras em regiões com baixas condições de vida, as sem atividade remunerada e as sem companheiro fixo. Mostrou também que as adolescentes, quando grávidas, não frequentam adequadamente o pré-natal.

Em estudo realizado em São Luís, no Maranhão, foram obtidos resultados semelhantes, em que as gestantes adolescentes tinham o pior nível de renda, menos companheiros, não exerciam atividade remunerada e faziam menos consultas de pré-natal. Além disso, os filhos das menores de 18 anos tinham mais riscos para baixo peso de nascimento, prematuridade e mortalidade infantil.²⁵

Da mesma forma, estudos realizados na cidade do Rio de Janeiro mostraram que, para a maioria das adolescentes, a gravidez foi indesejada e aquelas com piores condições de vida iniciaram o pré-natal a partir do segundo trimestre de gravidez e compareceram a menos de seis consultas. Mostraram também que a adesão ao serviço melhora para aquelas que têm apoio do companheiro.^{18,32}

Os resultados deste estudo foram semelhantes aos encontrados por outros autores, em diferentes localidades, em que, as gestantes adolescentes, em comparação com as adultas, tinham condição econômica mais desfavorável, pior nível de instrução, hábitos de vida pouco saudáveis, menos trabalho remunerado, gestações anteriores, gravidez indesejada e não tinham companheiro fixo. Além disso, foram encontradas associações entre gestação na adolescência e resultados adversos para o RN como, prematuridade e baixo peso ou peso insuficiente ao nascimento, provavelmente decorrentes da situação socioeconômica dessas mães e da não

adesão ao pré-natal.^{4,6,15-17,33}

Como os dados do perfil das mães adolescentes e dos seus partos e os fatores de risco para gravidez na adolescência relacionaram-se principalmente com condições socioeconômicas desfavoráveis, a intervenção necessária requer ações intersetoriais. Deve haver um esforço conjunto de diversos setores da sociedade no sentido de atender às necessidades dos jovens. O setor da saúde deve organizar seus serviços de forma diferenciada para o acolhimento e acompanhamento de saúde dos adolescentes, contando com uma equipe multidisciplinar motivada e capacitada para trabalhar com pessoas dessa faixa etária. É importante também haver parcerias com instituições governamentais e não-governamentais de educação e promoção social, com as famílias e a comunidade para que, por meio de informação, de conhecimento, com proteção e apoio, os jovens se encaminhem para a vida adulta de forma saudável e responsável.

Referências

1. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo demográfico 2000: nupcialidade e fecundidade: resultados da amostra. Rio de Janeiro; 2003.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional. Brasília (DF); 2000.
3. Ministério da Saúde. Datasus: informações de saúde [on line] 2002. Disponível em URL: <http://www.saude.gov.br>. [2004 out 5].
4. Aquino EML, Heilborn ML, Knaut D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (Sup 2): S377-S88.
5. WHO (World Health Organization). World health day safe motherhood [on line]. Disponível em URL: http://www.who.int/archives/whdays/en/pages/1998/whd98_04.html. [2004 nov 18].
6. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública* 2002; 18: 153-61.
7. Campinas [São Paulo]. Município [on line] 2002. Disponível em URL: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude> [2004 set 16].
8. Campinas. Secretaria de Saúde. Índice de condição de vida. [on line] 2000. Disponível em URL: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude>. [2004 out 05].
9. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Oliveira H. O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos: primeira avaliação dos dados brasileiros. *Inf Epidemiol SUS*. 1996; 2: 15-48.
10. Silva AAM, Ribeiro VS, Borba Junior AF, Coimbra LC, Silva RA. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. *Rev Saúde Pública* 2001; 35: 508-14.
11. Crook PO, Alencar GP, Schoeps D, Yamasaki LC, Siqueira AAF, França Junior I, Novaes HMD, Almeida MF. Avaliação da qualidade das informações do SINASC. In: Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 29 de julho a 02 de agosto de 2003. Brasília, Distrito Federal. *Cienc Saúde Coletiva* 2003;1:54.
12. Theme-Filha MMT, Gama SGN, Cunha CB, Leal MC. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos hospitalares no município do Rio de Janeiro: 1999-2001. *Cad Saúde Pública* 2004; 20: 83-91.
13. Singh S, Darroch JE. Adolescent pregnancy and child-bearing: level and trends in developed countries. *Fam Plan Perspect* 2000; 32: 14-23.
14. Ventura SJ, Hamilton BE, Sutton PD. Revised birth and fertility rates for the United States. *Natl Vital Stat Rep* 2003; 51: 1-18.
15. Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CLN, Freitas JO, Ferreira KARL. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos vivos. *J Pediatr (Rio J)* 2001; 77: 235-42.
16. Vieira MLF. Filhos de mães adolescentes: avaliação do crescimento e desenvolvimento com um ano de idade [tese doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002.
17. Batista RFL. Condições de vida e saúde de gestantes adolescentes residentes no município de Campinas [dissertação mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2001.

18. Sabrosa AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro - 1999 - 2001. *Rev Saúde Pública* 2004; 20 (Supl 1): S112-S120.
19. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, Bettiol H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2003;37:456-462.
20. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Filha MMT. Gravidez na adolescência como fator de risco de baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Pública* 2001; 35: 74-80.
21. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (Supl 1): S63-S72.
22. Barbieri MA, Silva AAM, Bettiol H, Gomes UA. Risk factors for the increasing trend in low birth weight among live births born by vaginal delivery, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34: 596-602.
23. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev Lat Am Enfermagem* 2004; 12: 745-50.
24. FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia). *Assistência ao Parto e Tocurgia*. São Paulo; 2002.
25. Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 559-65.
26. FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia). *Manual de orientação: saúde da adolescente*. São Paulo; 2002.
27. Goldemberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 1077-86.
28. Mariotoni GGB, Barros Filho AA. A gravidez na adolescência é fator de risco para baixo peso ao nascer? *J Pediatr (Rio J)* 1998; 74: 107-13.
29. Kassab SB, Gurgel RQ, Albuquerque MFM, Barbieri MA, Lima MC. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5: 293-9.
30. Puffer RR, Serrano CV. Características del peso al nacer. Washington (DC): Pan-American Health Organization; 1987. (Publicación Científica, n. 504).
31. Yamamoto RM, Leone C. A influência das condições de vida no crescimento de lactentes nascidos com peso insuficiente. *Rev Paul Pediatr* 2003; 21: 137-42.
32. Gama SGN, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Branco VC, Leal MC. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública* 2004;20 (Supl. 1): S101-S111.
33. Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Azevedo GD, Marcolin AC. A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24: 609-14.

Recebido em 30 de maio de 2005

Versão final apresentada em 10 de outubro de 2006

Aprovado em 3 de novembro de 2006