

Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana

Teenage pregnancy: analysis of risk factors for low birth weight, prematurity and cesarean delivery

Nilma Lázara de Almeida Cruz Santos¹
Maria Conceição Oliveira Costa¹
Magali Teresópolis Reis Amaral¹
Graciete Oliveira Vieira¹
Eloisa Barreto Bacelar¹
André Henrique do Vale de Almeida¹

Abstract *The scope of the study was to analyze possible associations between maternal age under 16 years and the weight and gestational age of the newborn child, as well as the occurrence of cesarean delivery. A cross-sectional study was conducted using data of Live Birth Certificates/DN from the National System of Live Births/SINASC in Feira de Santana, State of Bahia, Brazil, in the 2006-2012 period. In the analyses, logistic regression for the odds ratio (OR) and a confidence interval of 95% was used, measuring the strength of association between variables adjusted for confounding factors. Newborns (NB), with low birth weight and underweight, revealed a significant association with maternal age (≤ 16 years) and statistical interaction of inadequate prenatal care and cesarean delivery. In teenage pregnancy under the age of 16 years, cesarean delivery showed a significant association with single marital status (OR 1.24), inadequate prenatal care (OR 1.58) and newborns with low weight (OR 1.34). The data suggest that multiple factors may interfere with the type of delivery and pregnancy outcome of adolescents at an early age, pointing to the importance of investment in policies and actions directed at this group considered highly vulnerable to perinatal and pregnancy complications.*

Key words *Teenage pregnancy, Low birth weight, Prematurity, Prenatal care, Cesarean section*

Resumo *O objetivo do estudo foi analisar possíveis associações entre a faixa etária materna até 16 anos, com o peso e a idade gestacional do recém-nascido, assim como a ocorrência de cesariana. Estudo transversal com dados das Declarações de Nascidos Vivos/DN obtidos através do Sistema Nacional de Nascidos Vivos/SINASC, de Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2006 a 2012. Nas análises, utilizou-se regressão logística, em razão de odds (OR) e intervalo de confiança de 95 %, medindo a força de associação entre variáveis, ajustadas aos fatores de confundimento. Os Recém Nascidos de baixo peso e de peso insuficiente mostraram associação significativa com a faixa etária materna (≤ 16 anos); e interação estatística do pré-natal inadequado e cesariana; em gestantes adolescentes com idade abaixo de 16 anos, a cesariana mostrou associação significativa com estado civil solteira (OR 1,24), pré-natal inadequado (OR 1,58) e Recém Nascidos de baixo peso (OR 1,34). Os dados sugerem que múltiplos fatores podem interferir no tipo de parto e resultado gestacional de adolescentes em idade muito precoce, apontando a importância de investimentos em políticas e ações direcionadas a esse grupo, considerado de alta vulnerabilidade aos agravos gestacionais e perinatais.*

Palavras-chave *Gravidez na adolescência, Recém-nascidos de baixo peso, Prematuro, Cuidado pré-natal, Cesariana*

¹ Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência, Universidade Estadual de Feira de Santana. Br. 116 Km 3, Campus Universitário - Módulo VI. 44.031-460 Feira de Santana BA Brasil. nilma.acruz@gmail.com

Introdução

A ocorrência da maternidade na adolescência constitui um fenômeno de repercussão mundial, cujo significado diverge nas diferentes culturas e contextos, representando um desafio para as políticas públicas, especialmente no domínio da saúde, uma vez que pode acarretar problemas psicossociais, econômicos e complicações obstétricas que comprometem a saúde materna e do neonato¹⁻³.

A literatura mundial tem evidenciado que a relevância da maternidade na adolescência transcende os aspectos clínicos, onde fatores sociais, econômicos e culturais interagem, causando impacto positivo ou negativo no estado de saúde materno e fetal^{1,4,5}. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde⁶, anualmente, mais de 14 milhões de mulheres entre 15 e 19 anos têm filhos, com maioria absoluta (90%) nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, sendo que mais da metade das mulheres na África e cerca de um terço na América Latina e Caribe dão à luz antes de 20 anos. Nos países desenvolvidos, esses índices sofrem variações. Inglaterra e país de Gales têm a maior taxa de maternidade adolescente na Europa Ocidental, sendo quatro vezes superior à da França e seis vezes maior que nos Países Baixos⁷. Nos Estados Unidos da América, a taxa de natalidade entre mulheres de 15-19 anos é duas vezes maior que na Austrália e Canadá; e 14 vezes superior ao Japão⁶.

No Brasil, nas últimas décadas, a taxa total de fecundidade reduziu marcadamente, de 6,3 filhos por mulher no início dos anos 1960 para 1,8 por mulher em 2002-2006. Entretanto, a redução da fecundidade tem sido mais lenta entre adolescentes, em relação às adultas, nas mesmas condições de vida, sendo que, em 2006, 39 em cada 1.000 mulheres com idade entre 10-19 anos tiveram filhos em 2006, o que significou uma discreta redução em relação a 45 por 1.000 em 1996; enquanto que entre aquelas da faixa de 10 a 14 anos houve um discreto aumento, de 3 para 4 nascimentos por 1.000 mulheres, no mesmo período⁸.

De modo geral, a gestação precoce não pode ser qualificada de risco apenas pelo parâmetro biomédico⁹⁻¹¹. Múltiplos aspectos devem ser considerados, tais como baixo nível socioeconômico, reduzido acesso a serviços de saúde, comportamentos de risco, hábitos e nutrição inadequada, o que aponta a necessidade de controle dos diferentes fatores que podem estar associados à evolução e ao desfecho da gestação e condições de saúde do recém-nascido (RN). Entretanto, é

consenso entre os pesquisadores do tema que a gravidez na adolescência precoce (≤ 16 anos), requer especial atenção para possíveis consequências prejudiciais à saúde materna e fetal.

Na perspectiva da saúde materna, vale assinalar alguns aspectos fundamentais ao bem estar e saúde do binômio mãe e filho, como a atenção pré-natal e ao parto. O pré-natal constitui um importante indicador do estado de saúde e evolução gestacional essencial para redução do risco de complicações obstétricas e neonatais, especialmente na população muito jovem¹². Pesquisas realizadas em diferentes regiões têm demonstrado que esta estratégia constitui um dos principais fatores de prevenção do baixo peso ao nascer, prematuridade e óbito perinatal. No caso das mães adolescentes, a realização de um acompanhamento pré-natal adequado exerce impacto positivo sobre o resultado materno e perinatal, chegando eventualmente a anular possíveis desvantagens típicas da idade^{13,14}.

Em relação ao parto, a literatura é controversa, quanto à prevalência de cesariana entre gestantes adolescentes. Estudos realizados nas décadas de 1980 e 1990 mostraram resultados que sugeriam um risco aumentado de parto cirúrgico nesse grupo, em especial nas idades mais precoces, atribuído, possivelmente, aos aspectos relacionados à imaturidade ginecológica, problemas anatômicos relacionados ao mecanismo de parto, determinando maior ocorrência de desproporção céfalo-pélvica. Estudos mais recentes parecem, no entanto, discordar desses resultados, considerando que alguns resultados mostram menor prevalência de cesarianas entre adolescentes, justificando esses resultados pela maior taxa de nascimentos com baixo peso¹⁵⁻¹⁸.

No que concerne ao resultado gestacional, a literatura mundial aponta maior incidência de RN prematuros (< 37 semanas) e de baixo peso (< 2500 g) no grupo de gestantes adolescentes, especialmente nas faixas muito precoces, comparadas às adolescentes da faixa de 17 a 19 anos e adultas jovens (20 a 24 anos), nas mesmas condições de vida, considerando a multiplicidade de fatores clínicos, ambientais e comportamentais que integram a dinâmica da evolução gestacional, especialmente em grupos populacionais vulneráveis^{11,19}. Vale ainda ressaltar que o peso insuficiente ao nascer (2.500 a 2.999g) apresenta-se com frequência consideravelmente maior que o baixo peso e este grupo de RN é classificado como de risco para problemas clínicos, como doenças infecciosas, atraso no crescimento e desenvolvimento na infância, contribuindo com as taxas de

morbidades precoces, assim como na mortalidade infantil²⁰.

Este estudo tem como objetivo avaliar a associação entre a gravidez de adolescentes ≤ 16 anos e a ocorrência de nascidos vivos de baixo peso, prematuridade e cesariana. O presente estudo é transversal com dados das Declarações de Nascidos Vivos (DN) obtidos através do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), de Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2006 a 2012.

Método

Estudo transversal, utilizando informações das Declarações de Nascidos Vivos dos RN de mães adolescentes (10-19 anos) cujos partos ocorreram em Feira de Santana, no período 2006 a 2012. Foram utilizados dados do Sistema de Nascidos Vivos, obtidos através do DATASUS, disponibilizados pela 2ª Diretoria Regional do Estado da Bahia (DIRES) do município.

As mães foram subdivididas por faixa etária (≤ 16 anos e 17-19 anos), sendo as variáveis classificadas em sociodemográficas (faixa etária materna, estado civil, escolaridade); relacionadas à gestação e parto (número de consultas pré-natal, tipo de parto – normal ou cesariano); relacionadas ao RN (peso de nascimento e idade gestacional). Os RN foram classificados segundo a Organização Mundial da Saúde²¹ em de baixo peso (< 2500 g); de peso insuficiente (2500-2999g) e peso adequado (≥ 3000 g); prematuros (< 37 semanas). Quanto ao pré-natal este foi classificado, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, em incompleto (< 6 consultas) e completo (≥ 6 consultas), uma vez que, o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (PHPN) estabelece o número mínimo de 6 consultas²².

Os dados foram analisados através do software estatístico stata 10.0. Para a análise multivariada utilizou-se a regressão logística, expressando-se os resultados em razão de odds (OR) com intervalo de confiança (95%), obtendo-se a força de associação entre as variáveis, ajustadas para os fatores de confundimento, segundo os modelos de análise. Nos quatro modelos, estudou-se a faixa etária materna (≤ 16 anos) como variável independente, e na análise de regressão logística adotou-se o nível de significância de 20%, para permanência das variáveis no modelo, com a interação estatística avaliada por meio dos testes de Wald e a Razão da Verossimilhança. Nos modelos I e II os RN foram comparados pelo

peso de nascimento (baixo peso e peso insuficiente versus peso adequado); no modelo III, os RN foram comparados pela idade gestacional (prematuridade x termo) e no modelo IV, estudou-se a ocorrência de parto cesariana.

Resultados

No período entre 2006 e 2012, o SINASC de Feira de Santana registrou 19.869 nascidos vivos de mães adolescentes (Tabela 1), representando 19,5% do total de nascimentos, no município; a maioria era solteira (90,1%); com segundo grau (49,9%) e nível superior (40,1%) e a faixa de mães ≤ 16 anos representou 30,2%; Quanto as características reprodutivas das adolescentes, 97,8%

Tabela 1. Característica sociodemográfica, de pré-natal e de nascidos vivos de mães adolescentes, SINASC, 2006-2012. Feira de Santana (BA).

| | N | % |
|-----------------------------|--------|------|
| Faixa etária materna (anos) | | |
| 10-16 | 6.008 | 30,2 |
| 17-19 | 13.861 | 69,8 |
| Total | 19.869 | 100 |
| Escolaridade | | |
| Fundamental (1ª a 8ª) | 745 | 10,0 |
| Segundo grau | 3.715 | 49,9 |
| Superior | 2.983 | 40,1 |
| Total | 7.443 | 100 |
| Estado Civil | | |
| Solteira | 15.277 | 90,1 |
| Casada\União estável | 1.664 | 9,8 |
| Viúva\Divorciada | 19 | 0,1 |
| Total | 16.960 | 100 |
| Idade gestacional | | |
| < 37 semanas | 374 | 13,5 |
| ≥ 37 semanas | 2.392 | 86,5 |
| Total | 2.766 | 100 |
| Consultas pré-natal | | |
| < 6 | 18.077 | 97,8 |
| ≥ 6 | 401 | 2,2 |
| Total | 18.478 | 100 |
| Peso(g) ao nascer | | |
| < 2500 | 2.429 | 12,2 |
| 2500-2999 | 5.642 | 28,4 |
| ≥ 3000 | 11.798 | 59,4 |
| Total | 19.869 | 100 |
| Tipo de Parto | | |
| Vaginal | 11.773 | 60,3 |
| Cesariano | 7.757 | 39,7 |
| Total | 19.530 | 100 |

realizaram o pré-natal com número insuficiente de consultas (< 6 consultas); 39,7% foram submetidas ao parto cesariana, 13,5% dos RN foram prematuros e 12,2% de baixo peso.

A análise de regressão logística, com controle dos fatores de confundimento, foi sistematizada em quatro modelos para a faixa etária materna ≤ 16 anos (Tabelas 2, 3 e 4): o baixo peso do RN mostrou associação significativa com a faixa etária materna ≤ 16 anos, (OR 1,21); com parto cesariana (OR 1,34) e na interação estatística do pré-natal inadequado e parto cesariana (OR 1,65) (Modelo I); o peso insuficiente do RN também apresentou associação estatística com a faixa etária materna (≤ 16 anos) (OR 1,20); nesse grupo de RN, o parto cesariana e o estado civil solteira mostraram-se como fatores de proteção (OR 0,74 e 0,91, respectivamente) (Modelo II); a prematuridade apresentou associação significativa apenas

nos casos dos RN de baixo peso (OR 10,77) (Modelo III); o parto cesariana mostrou associação significativa no grupo de mães solteiras (OR 1,24), com pré-natal inadequado (OR 1,58) e RN com baixo peso (OR 1,34) (Modelo IV).

Discussão

Nas últimas décadas, a maternidade na adolescência tem ocupado as agendas de saúde pública, em nível mundial. A tendência de declínio, nos países desenvolvidos, não é acompanhada na América Latina e Caribe. Dados do *Demographic Health Survey* (DHS) referente às décadas de 80 e 90 evidenciaram aumento dos índices entre mulheres de 15-19 anos^{2,23}.

No presente estudo, entre 2006 e 2012, o SINASC captou 19.869 nascidos vivos de mães ado-

Tabela 2. Análise de regressão logística dos fatores associados à ocorrência de RN com baixo peso (Modelo I) e peso insuficiente (Modelo II) ao nascer, entre mães adolescentes na faixa ≤ 16 anos. Registros do SINASC, período 2006-2012, Feira de Santana (BA).

| Covariável | Modelo I (baixo peso) | | | Modelo II (peso insuficiente) | | |
|-----------------------|-----------------------|---------|--------------|-------------------------------|---------|--------------|
| | OR | P-valor | IC (95%) | OR | P-valor | IC (95%) |
| Idade Materna | 1,214 | 0,000 | 1,129-1,304* | 1,201 | 0,000 | 1,117-1,291* |
| Pré-natal\Inadequado | 0,778 | 0,114 | 0,570-1,061 | 0,789 | 0,139 | 0,577-1,079 |
| Cesariana | 1,341 | 0,000 | 1,251-1,436* | 0,744 | 0,000 | 0,693-0,797* |
| Estado Civil\Solteira | 0,924 | 0,057 | 0,852-1,002 | 0,918 | 0,042 | 0,845-0,996* |
| Pré-Natal * Cesariana | 1,654 | 0,039 | 1,026-2,665* | 1,582 | 0,061 | 0,978-2,559 |

* Estatisticamente significativa ($p < 0,05$); os RN foram comparados em grupos, segundo peso de nascimento (peso adequado x baixo peso) e (peso adequado x peso insuficiente).

Tabela 3. Análise de regressão logística dos fatores associados à ocorrência de prematuros (< 37 semanas), entre mães na faixa ≤ 16 anos. Registros do SINASC, período 2006-2012, Feira de Santana (BA).

| Covariável | Modelo III | | |
|---------------------------------|------------|---------|-------------|
| | OR | P-valor | IC (95%) |
| Peso ao nascer\(**peso < 3000g) | 10,77 | 0,000 | 7,86-14,75* |
| Idade materna | 1,17 | 0,274 | 0,87-1,57 |
| Estado civil | 0,86 | 0,412 | 0,62-1,21 |
| Tipo de parto\Cesariana | 1,11 | 0,420 | 0,85-1,47 |
| Escolaridade Materna | 1,48 | 0,103 | 0,92-2,38 |

* Estatisticamente significativa ($p < 0,05$); ** Peso insuficiente + baixo peso.

Tabela 4. Análise de regressão logística dos fatores associados à cesariana, entre mães na faixa ≤ 16 anos. Registros do SINASC, período 2006-2012, Feira de Santana (BA).

| Covariável | Modelo IV | | |
|---------------------------|-----------|---------|------------|
| | OR | P-valor | IC (95%) |
| Idade materna | 0,96 | 0,340 | 0,90-1,03 |
| Estado civil\Solteira | 1,24 | 0,000 | 1,16-1,34* |
| Pré-natal\Inadequado | 1,58 | 0,009 | 1,12-2,23* |
| Peso ao nascer\baixo peso | 1,34 | 0,000 | 1,22-1,47* |
| Pré-natal\Insuficiente* | 0,77 | 0,242 | 0,50-1,18 |
| Idade materna | | | |

* Estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

lescentes, representando 19,5% do total de nascimentos, no município. Este resultado está em conformidade com estatísticas dos Sistemas de Informação Nacional (IBGE e DATASUS), cujos dados mostram que 50% dos nascidos vivos notificados ao SINASC são filhos de mulheres com idade até 24 anos, onde as adolescentes na faixa de 15 a 19 anos representam proporção acima de 20%²⁴. Segundo pesquisas, a incidência de gravidez na adolescência varia entre países, cabendo ressaltar as dificuldades para comparações dos índices internacionais devido à diversidade de metodologias utilizadas e às características da população, de acordo com contexto social, econômico e cultural. Em 2002, o percentual foi de 3,4%, no Canadá, 6,0%, na Inglaterra e 7,6%, no país de Gales e EUA²³. As taxas de fecundidade adolescente da América Latina são superiores às médias internacionais, porém continuando sendo muito alta em termos comparativos, apresentando incidência maior nas camadas mais pobres da população. Entre os 25% mais pobres da população da América Latina, um de cada três nascimentos origina-se de mãe adolescente. Nas áreas rurais, essa proporção é ainda maior: 40%. Existe também uma alta correlação entre baixa escolaridade e propensão à maternidade adolescente²⁵.

Estudos dos determinantes de risco neonatal relacionados à gravidez na adolescência sugerem múltiplas interferências, de acordo com o contexto familiar, inserção social, situação conjugal e estado de saúde. Mães adolescentes muito jovens (com menos de 16 anos) parecem mais susceptíveis e vulneráveis em alguns aspectos, cabendo considerar os fatores ligados ao estilo de vida, à condição social e econômica, além dos possíveis fatores biológicos e relativos à saúde^{2,5,9,11,19}.

Na presente pesquisa, os achados que mostraram associação estatisticamente significativa entre faixa etária materna ≤ 16 anos e RN com baixo peso e peso insuficiente, em relação aos de peso adequado estão de acordo com dados de estudos de distintos contextos e regiões do Brasil (nordeste e sudeste), com registros do SINASC, que evidenciaram maiores prevalências de RN de baixo peso entre mães das faixas muito jovens (≤ 16 anos), comparadas às adultas jovens^{1,10,11,26,27}. Em estudo realizado no Maranhão, com relação ao peso do RN, Martins et al.¹ verificaram que entre as mulheres que tiveram filhos com peso < 2500 g, 19,9% eram mães adolescentes e 14,3% adultas.

A literatura tem apontado que recém-nascidos de mães adolescentes apresentam caracterís-

ticas antropométricas semelhantes aos filhos de adultas, nas mesmas condições de vida, entretanto, no grupo de mães mais jovens, esses apresentam maior tendência para peso insuficiente e baixo peso. Estudiosos sugerem que fatores como a assistência pré-natal inadequada, ausência do parceiro e a não aceitação da gestação pela família ou companheiro, entre outros, podem interferir no estado de saúde e bem estar da gestante adolescente, favorecendo condições adversas ao crescimento e desenvolvimento fetal⁵.

Cabe salientar ainda que, segundo algumas pesquisas, o resultado gestacional pode estar relacionado à imaturidade biológica (baixa idade ginecológica), verificada no grupo com idade ginecológica inferior a quatro anos (≤ 15 anos), possivelmente pela insuficiência uteroplacentária e comprometimento da transferência de nutrientes para o feto, pela baixa ingestão alimentar ou falta de orientação, durante o período pré-natal^{7,11}, fatores esses que não foram analisados no presente estudo.

Quanto à prematuridade, pesquisas concordam que mulheres nas faixas etárias extremas apresentam maior chance de complicações gestacionais e comprometimento da evolução gestacional e resultado neonatal^{4,19}. Nos EUA, estudo de base populacional apontou que a gravidez na adolescência mostrou associação positiva com os índices de prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal, com tendência de piores resultados no grupo de adolescentes mais jovens²⁸. Segundo a Academia Americana de Pediatria (EUA), o índice de prematuridade entre adolescentes encontra-se em torno de 14%, comparado às mulheres de 25 a 29 anos (6%)²⁸. Estudo realizado em São Paulo mostrou uma maior frequência de prematuros no grupo de mães adolescentes (31,4%) em comparação com o de adultas (8,6%)²⁹.

Em Feira de Santana, ao longo do período 2006 – 2012, foi verificada proporção de 13,5% de recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas, entretanto, no modelo de regressão logística, em conjunto com outras variáveis, não apresentou significância estatística, tendo sido observado associação apenas no caso de RN prematuros e de baixo peso em mães na faixa ≤ 16 anos.

Em relação ao pré-natal, a literatura tem enfatizado a importância dessa prática, como um dos principais determinantes da adequada evolução gestacional, na medida em que permite identificar situações de risco e realizar intervenções precoces e eficientes. Neste sentido, tem sido de-

batido que as consequências de uma assistência pré-natal inadequada entre as adolescentes tenham um maior impacto negativo, visto que a gravidez neste grupo acomete com maior frequência as jovens de grupos sociais menos favorecidos, por vezes sem apoio familiar, social e do companheiro³⁰. Nos países desenvolvidos, a exemplo da Finlândia³¹, EUA⁵ e Canadá¹⁹, os achados apontam que a vulnerabilidade e os respectivos fatores de risco da gestação precoce, na adolescência, podem ser superados investindo-se na eficiência e adequação dos cuidados pré-natais direcionados a essa população.

Nesse estudo, verificou-se que a maioria das gestantes (97,8%) frequentou o pré-natal de forma incompleta (menos que 6 consultas), entretanto, esses achados não apontaram associações significantes entre RN de baixo peso e de peso insuficiente e frequência ao pré-natal, entre as mães da faixa ≤ 16 anos, discordando com dados de outras pesquisas realizadas em outras regiões do país. Goldenberg et al.³², em estudo sobre a gravidez na adolescência e resultados perinatais, apontou que o pré-natal não adequado conferiu uma chance aumentada de ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer. Martins et al.¹, analisando associação entre resultado pré-natal e gestacional e idade materna, verificaram associação entre número insuficiente de consultas pré-natal (< de 4 consultas) (OR1,60) e mães adolescentes (OR1,40). Vale assinalar que pesquisa realizada em Feira de Santana, com registros do SINASC, em período anterior observou que 29,6% das adolescentes realizaram pré-natal de forma incompleta²⁶.

A taxa de cesariana tem sido objeto de estudos nacionais e internacionais, que variam em virtude da metodologia adotada. Alguns autores enfatizam que a adolescência pode ser fator de proteção para cesariana, considerando a alta proporção de recém-nascidos de baixo peso¹. Cunha et al.¹⁵, através de estudo com modelo preditivo de risco para cesariana, observaram que a faixa adolescente representou fator de proteção e a idade avançada como fator de risco para cesariana. No presente estudo, foi observado um percentual de 39,7% de cesariana entre as adolescentes, no período analisado, achados estes que concordam com outros estudos nacionais que identificaram maior proporção desse procedimento entre mulheres adultas¹. Ainda quanto à cesariana, a análise multivariada constatou interação estatística com estado civil, pré-natal com menos de 6 consultas, baixo peso e peso insuficien-

te ao nascer. Estes achados diferem dos resultados obtidos por Pádua et al.³³, que encontraram associação entre maior número de consultas de pré-natal e maior percentagem de cesariana. Além disso, estes dados divergem de pesquisadores, a exemplo de Metello et al.³⁴, que apontam o baixo peso ao nascer como um dos fatores que justificam menor ocorrência de partos operatórios nesta faixa etária.

Para concluir, vale ressaltar as limitações dos estudos realizados com dados secundários, pelas possíveis dificuldades em serem captados. Entretanto, a utilização de bases nacionais de dados, como o SINASC, permite conhecer o perfil do fenômeno, considerando a multiplicidade de fatores que podem interferir no processo de evolução gestacional e parto, assim como saúde da gestante e o resultado neonatal.

Considerações finais

Fortalecendo o conhecimento de que o resultado gestacional e a saúde do binômio mãe-filho dependem da interação de múltiplos fatores, os dados da presente pesquisa permitem inferir que variáveis maternas (faixa etária precoce), assistência pré-natal e tipo de parto podem interferir no estado de saúde e vitalidade do recém-nascido. A assistência pré-natal de qualidade é importante na prevenção de riscos associados à gestação e ao período neonatal, tornando-se imprescindível o acompanhamento adequado às gestantes, às parturientes e ao neonato, a fim de identificar situações de risco precocemente, reduzindo a ocorrência de morbidade e mortalidade materna e neonatal. Adicionalmente, reforça a ideia de que levantamentos de indicadores, a partir de informações obtidas nos Sistemas de Informação, em nível nacional, como o SINASC, permitem avaliar a qualidade da informação, quanto à captação e qualidade dos dados, assim como pode contribuir para o aprofundamento científico nesta área e subsidiar políticas, programas e ações voltadas à saúde materno-infantil, saúde reprodutiva e assistência neonatal.

Desta forma, faz-se necessário maior investimento em estratégias que facilitem o acesso e a adesão das gestantes aos Serviços de saúde de atendimento ao ciclo grávido-puerperal, ressaltando a importância de avaliar o andamento dos referidos serviços de saúde para os gestores, especialmente os direcionados à adolescência e juventude.

Colaboradores

NLAC Santos, MCO Costa, MTR Amaral, GO Vieira, EB Bacelar e AHV Almeida participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Martins MG, Santos GHN, Sousa MS, Costa JEFB, Simões VMF. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2011; 33(11):354-360.
2. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(1):177-186.
3. Kmietowicz Z. US and UK are top in teenage pregnancy rates. *BMJ* 2002; 324(7350):1354.
4. Smith GCS, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 323(7311):1-5.
5. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2007; 36(2):368-373.
6. World Health Organization (WHO). *Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope*. Geneva: WHO Document Production Services; 2006.
7. Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric Risks of Pregnancy in Women Less Than 18 Years Old. *Obstet Gynecol* 2000; 96(6):962-966.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS, 2006*. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: MS; 2008.
9. Geist RR, Beyth Y, Shashar D, Beller U, Samueloff A. Perinatal Outcome of Teenage Pregnancies in a Selected Group of Patients. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19(3):189-193.
10. Lao TT, Ho LF. The obstetric implications of teenage pregnancy. *Hum Reprod* 1997; 12(10):2303-2305.
11. Martinez EZ, Roza DL, Caccia-Bava MCGG, Achar JA, Dal-Fabbro AL. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do estado e São Paulo, Brasil: análise espacial. *Cad Saude Publica* 2011; 27(5):855-867.
12. Oliveira EFV, Gama SGN, Silva CMFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(3):567-578.
13. Leal MC, Gama SGN. Perinatalidade no Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl.1):4-5.
14. Cesar CC, Ribeiro PM, Abreu DMX. Efeito idade ou efeito pobreza? Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte. *R Bra Est Pop* 2000; 17(1/2):177-196.
15. Cunha AA, Portela MC, AMED AM, Camano L. Modelo Preditivo para Cesariana com Uso de Fatores de Risco. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24(1): 21-28.
16. Silva SALC, Moraes Filho OB, Costa CFF. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(4):189-196.

17. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM, Bittencourt DAS, Rocha PMM, Schilithz AOC, Leal, MC. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1521-1534.
18. Freitas PF, Savi EP. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. *Cad Saude Publica* 2011; 27(10):2009-2020.
19. Shrim A, Ates S, Mallozzi A, Brown R, Ponette V, Levin I, Shehata F, Almog B. Is young maternal age really a risk factor for adverse pregnancy outcome in a Canadian tertiary referral hospital? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011; 24(4):218-222.
20. Barbas DS, Costa AJL, Luiz RR, Kale PL. Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001. *Epidemiol Serv Saude* 2009; 18(2):161-170.
21. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10ª Edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1995.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: MS; 2005.
23. Gigante DP, Victora CG, Gonçalves H, Lima RC, Barros FC, Rasmussen KM. Risk factors for childbearing during adolescence in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(1):74-80.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: MS; 2004.
25. Kliksberg B. O contexto da juventude na América Latina e no Caribe: as grandes interrogações. *Rev Adm Publica* 2006; 40(5):909-942.
26. Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CL, Freitas JO, Ferreira KASL, Silva MA, Paula PLB. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. *Cad Saude Publica* 2002; 18(3):715-722.
27. Rocha RCL, Souza E, Soares EP, Nogueira ES, Chambó Filho A, Guazzelli CA. Prematurity and Low Birth Weight in Brazilian Adolescents and Young Adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010; 23(3):142-145.
28. Klein JD. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. *Pediatrics* 2005; 116(1):281-286.
29. Suzuki CM, Ceccon MEJ, Falcão MC, Vaz FAC. Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2007; 17(3):95-103.
30. Gama SGN, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Branco VC, Leal MC. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puerperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saude Publica* 2004; 20 (Supl. 1):S101-S1125.
31. Panagopoulos P, Salakos N, Bakalianou K, Davou E, Iavazzo C, Paltoglou G, Liapis A. Adolescent Pregnancy in a Greek Public Hospital During a Six-year Period (2000-2005) – a retrospective study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008; 21(5):265-268.
32. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1077-1086.
33. Pádua KS, Osis MJD, Fagúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saude Publica* 2010; 44(1):70-79.
34. Metello J, Torgal M, Viana R, Martins L, Maia M, Casal E, Hermida M. Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. *Rev Bras Ginecol e Obstet* 2008; 30(12):620-625.

Artigo apresentado em 30/09/2013

Aprovado em 22/10/2013

Versão final apresentada em 26/10/2013