

PARTO PREMATURO DE ADOLESCENTES: INFLUÊNCIA DE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E REPRODUTIVOS, ESPÍRITO SANTO, 2007

Premature childbirth in adolescents: influences of sociodemographic and reproductive factors, espírito santo, 2007.

Parto prematuro en adolescentes: la influencia de variables sociodemográficas y reproductivas, espírito santo, 2007.

Priscilla Rocha Araújo Nader¹

Lis Alborghetti Cosme²

RESUMO

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública, podendo trazer consequências negativas para a adolescente, sua família e para o conceito/recém-nascido. Objetivos: Identificar diferenças entre as características sociodemográficas e reprodutivas das mães adolescentes com parto a termo e com parto pré-termo, no Espírito Santo em 2007. Metodologia: Estudo retrospectivo quantitativo. Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos, sendo realizada análise descritiva de 9.841 Declarações de Nascidos Vivos. A relação entre a variável dependente (termo) e fatores foi testada pelo teste exato de Fisher, com $\alpha=0,05$. Os resultados evidenciaram que as diferenças nas características das mães adolescentes com parto a termo e pré-termo ocorreram nas seguintes variáveis: idade entre 10 a 14 anos ($p=0,016$), estado civil casada ($p=0,014$), número de consultas pré-natais quando insuficientes ($p=0,000$) e gestação dupla ($p=0,000$). Houve maior incidência de partos prematuros no Sistema Único de Saúde ($p=0,000$).

Palavras-chave: Gravidez. Adolescente. Trabalho de Parto Prematuro.

Abstract

The pregnancy in the adolescence is a problem of public health, being able to bring negative consequences for the adolescent, her family and for concept/newborn. Objectives: To identify differences between the sociodemographic and reproductive characteristics of the adolescent mothers with childbirth the term and childbirth preterm, in Espírito Santo on 2007. Methodology: Quantitative retrospective study. The data had been collected in the Information System of living births, being carried through descriptive analysis of 9.841 Declarations of living births. The relation between the dependent variable (term) and factors was tested by Fisher's exact test, with $\alpha=0,05$. The results had evidenced that the differences in the characteristics of adolescent mothers with childbirth the term and preterm had occurred in the following variables: age between 10 to 14 years ($p=0,016$), married marital status ($p=0,014$), number of prenatal consultations when insufficient ($p=0,000$) and double gestation ($p=0,000$). There was a higher incidence of premature childbirths in the National System of Health ($p=0,000$).

Keywords: Pregnancy. Adolescent. Premature obstetric labor.

Resumen

El embarazo en la adolescência es un problema de salud pública, que puede traer consecuencias negativas para la adolescente, su familia y para el concepto/recién-nacido. Objetivos: Identificar las diferencias entre las características sociodemográficas y reproductivas de las madres adolescentes con parto a término y con parto pre-término, en Espírito Santo en 2007. Metodología: Estudio retrospectivo cuantitativo. Los datos fueron recolectados en el Sistema de Información de Nascidos Vivos, siendo realizado un análisis descriptivo de 9.841 declaraciones de nacidos vivos. La relación entre la variable dependiente (término) y factores fue probada mediante la prueba de probabilidad exacta de Fisher, con $\alpha=0,05$. Los resultados evidenciaron que las diferencias en las características de las madres adolescentes con parto a término y parto pre-término se dieron bajo las siguientes variables: edad entre 10 a 14 años ($p=0,016$), estado civil casada ($p=0,014$), número insuficiente de visitas prenatales ($p=0,000$) y el embarazo doble ($p=0,000$). Con una mayor incidencia de partos prematuros en el Sistema Nacional de Salud ($p=0,000$).

Palabras clave: Embarazo. Adolescente. Trabajo de parto prematuro.

¹Mestre em Saúde Coletiva pela UFES – Coordenadora do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Brasil. E-mail: priscila.araujo@emescam.br. ²Pós-graduada em Enfermagem Hospitalar e Pós-graduanda em Saúde Coletiva pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Brasil. E-mail: liscosme@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A adolescência é a fase do desenvolvimento compreendida entre 10 e 19 anos, essencial para que o ser humano atinja sua maturidade biopsicossocial. Nela há também a descoberta da sexualidade, de novas sensações corporais e a busca do relacionamento interpessoal entre os jovens. Assim, neste quadro de novas e surpreendentes necessidades se dão os primeiros contatos sexuais, e, com isso, muitas vezes, acontece uma gravidez não planejada.¹

O aumento da gravidez nessa fase da vida configura-se como um problema de saúde pública no Brasil, uma vez que neste momento os jovens deveriam estar se preparando para a idade adulta, especialmente em relação aos estudos e melhor ingresso no mercado de trabalho.¹ Com isso, o prejuízo é duplo: nem adolescente plena, nem adulta inteiramente capaz. Ao engravidar, a jovem tem de enfrentar, paralelamente, tanto os processos de transformação da adolescência como os da gestação.²

Segundo diversos autores a adolescente grávida, além das alterações psicossociais, está mais propensa à baixa autoestima, depressão e ideação suicida, quando já havia em si alterações psicológicas antes da gestação.³⁻⁵ Além disso, parece haver também incidência elevada de complicações advindas da gravidez, parto e puerpério, principalmente naquelas sem assistência pré-natal.⁶⁻⁷

Dessa forma, o atendimento pré-natal de adolescentes grávidas confirma-se como uma excelente oportunidade de se conjugar esforços de diferentes profissionais, a fim de melhorar a detecção e a condição psicossocial dessas gestantes e, consequentemente, de seus futuros bebês.⁵

Já na criança, há maior prevalência de baixo peso ao nascer e prematuridade, aumentando assim as taxas de morbidade e mortalidade nesse grupo, além de pior rendimento escolar no futuro.^{3,8} Autores afirmam ainda que ocorre maior frequência de Apgar mais baixo, doenças respiratórias, trauma obstétrico, doenças perinatais e mortalidade infantil.³

Mas a relação da idade materna com maior risco para o recém-nascido, principalmente no baixo peso ao nascer e na prematuridade, é questionável. Barros Filho⁸ afirma que, em uma pesquisa feita em Campinas, São Paulo, dados do SINASC de 1995 mostraram que não houve risco de prematuridade e baixo peso aumentado associado à idade materna.

Diante desta problemática, percebe-se a necessidade de novas pesquisas na área, objetivando verificar não só a variável da idade materna, mas sim variáveis outras que podem estar relacionadas aos agravos da saúde do RN.

No Brasil, desde 1990, foi implantado no Ministério da Saúde (MS), o SINASC, utilizando documento individualizado e

padronizado, em nível nacional, a Declaração de Nascido Vivo, documento oficial obrigatoriamente emitido pela Unidade de Saúde onde ocorreu o nascimento.⁹ Este contempla a obtenção de dados fundamentais e extremamente úteis, relacionados às condições da criança por ocasião do nascimento, sobre a gestação e o parto e as características especiais da mãe, permitindo assim estabelecer perfil epidemiológico dessa população, bem como o cálculo de taxas específicas de mortalidade infantis indispensáveis para o planejamento e decisão política na área de saúde materno-infantil.⁹⁻¹⁰

Juntamente com o SINASC, outras políticas são essenciais e indispensáveis e vêm a corroborar para melhora da qualidade do serviço de saúde, entre elas: a Constituição Federal de 1988, marco para saúde pública pelas leis federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90; o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher; o Programa de Saúde do Adolescente; o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, a Estratégia de Saúde da Família, entre outras.

Diante dos expostos, percebe-se a importância de se pesquisar as características das mães adolescentes e sua relação com a prematuridade, estudo esse que poderá contribuir como base para uma ação preventiva em relação às consequências da prematuridade e morbimortalidade infantil.

Assim, a pesquisa teve como objetivo identificar diferenças entre as características sociodemográficas e reprodutivas de mães adolescentes com parto a termo e com parto pré-termo, no Espírito Santo (ES), em 2007, por meio do banco de dados do SINASC.

METÓDO

Estudo transversal documental retrospectivo com uma abordagem quantitativa. Os dados foram coletados pela própria pesquisadora no mês de dezembro de 2008. Como fonte de dados foi utilizado banco de dados do SINASC.¹¹

Foram analisados 9.841 Declarações de Nascidos Vivos das mães adolescentes (idade entre 10 e 19 anos) cadastradas no SINASC no ES, no ano de 2007.

As variáveis estudadas foram: duração da gestação em semanas (a termo e pré-termo) local da ocorrência do parto e município; dados da mãe (idade, estado civil, escolaridade, ocupação habitual; gestação e parto (número de consultas de pré-natal, tipo de gravidez, tipo de parto, local de ocorrência, estabelecimento de saúde e município de residência); e dados do recém-nascido (sexo, índice de Apgar 1' e 5', raça/cor, peso ao nascer, malformação e/ou anomalia cromossômica).

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de frequência com número e percentual. A relação entre a variável dependente (termo) e fatores foi testada aplicando-se o teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de $\alpha=0,05$, sendo utilizado para esta análise o pacote estatístico *Social Package Statistical Science (SPSS)* Versão 15.

Obedecendo aos aspectos éticos, conforme resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de

Ética em Pesquisa do MS, este trabalho foi aprovado, pelo Colegiado do Comitê de ética em Pesquisa, na reunião ordinária de 01/12/2008 com nº 162/2008. É importante esclarecer ainda que apenas foram divulgadas informações relevantes ao desenvolvimento da pesquisa.

RESULTADO

De acordo com os dados do SINASC,¹¹ das mães dos nascidos vivos no ES em 2007, 20% (9841) eram adolescentes.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mães adolescentes de nascidos vivos, no ES em 2007.

Características	Pré-Termo		A Termo		Sig. (p)
	(n)	%	(n)	%	
Idade					
10 a 14 anos	33	5,74	347	3,78	0,016
15 a 19 anos	542	94,26	8826	96,22	
Total	575	100	9173	100	
Estado Civil					
Solteira, viúva, separada judicialmente	421	73,22	6.715	73,20	0,014
Casada e em união consensual	149	25,91	1.899	20,70	
Não Informado/Ignorado	5	0,87	559	6,09	
Total	575	100	9.173	100	
Grau de Instrução					
Sem escolaridade	3	0,52	22	0,24	0,447
De 1 a 3 anos de estudo	21	3,65	344	3,75	
De 4 a 8 anos de estudo	510	88,70	8.077	88,05	
2º grau completo	29	5,04	530	5,78	
Ignorada	12	2,09	200	2,18	
Total	575	100	9173	100	
Ocupação					
Estudante	83	14,43	935	10,19	0,498
Dona de casa	376	65,39	6.341	69,13	
Atividade remunerada	80	13,91	1281	13,96	
Ignorado / Não Informado	36	6,26	616	6,72	
Total	575	100	9.173	100	

Fonte: Espírito Santo (2007).

Dentre estas adolescentes, as mães com idade entre 10 e 14 anos correspondem a 3,89% (383), enquanto as de 15 e 19 anos representam 96,11% desta população (9.458). Este dado mostra-se relevante visto que a gravidez precoce (10 a 14 anos) torna os riscos, tanto para adolescente quanto para o recém-nascido, significativamente maiores.

Observando as características sociodemográficas das mães adolescentes de nascidos vivos no ES em 2007 (Tabela 1), nota-se que, das que tiveram parto pré-termo, 5,74% (33) tinham de 10 a 14 anos de idade e 94,26% (542), de 15 a 19 anos. Das mães dos nascidos vivos a termo, o percentual foi de 3,78% (347) dos 10 a 14 anos, e de 96,22% (8.826) dos 15 a 19 anos.

Assim, pode-se afirmar que, das mães de nascidos prematuros, as com idade entre 10 e 14 anos apresentaram estatisticamente uma maior predisposição a prematuridade do que as mães adolescentes com mais de 14 anos ($p=0,016$).

Tendo como variável o estado civil (Tabela 1), das mães adolescentes de nascidos vivos prematuros, 73,22% (421) eram solteiras, viúvas ou separadas judicialmente, enquanto as casadas ou com união estável corresponderam a 25,91% (149). Já das mães adolescentes de nascidos vivos a termo, 73,20% (6715) não tinham parceiros, sendo os 20,70% (1899) restantes correspondentes às que tinham parceiro. Assim, observa-se que houve diferença estatisticamente relevante, uma vez que as casadas,

ao contrário do que se espera, tiveram maiores índices de prematuridade ($p=0,014$).

Atentando para o grau de escolaridade (Tabela 1), das mães adolescentes que tiveram parto prematuro, 0,52% (3) não tinha escolaridade, 3,65% (21) estudaram de 1 a 3 anos, 88,70% (510), de 4 a 7 anos, e 5,04% (29) tinham segundo grau completo. Das mães que tiveram parto a termo, 0,24% (22) não tinha estudo, 3,75% (344) estudaram de 1 a 3 anos, 88,05% (8.077), de 4 a 8 anos, e 5,78% (530) tinham segundo grau completo. Diante do exposto, nota-se que, tanto nos a termo quanto nos pré-termos, as mães adolescentes apresentaram baixa escolaridade, não tendo diferença significativa estatisticamente entre as variáveis dependentes ($p=0,447$).

Caracterizando ainda as condições sociodemográficas das mães adolescentes de nascidos vivos, no ES em 2007, não se pode deixar de contemplar a ocupação dessas mães (Tabela 1).

Dentre as várias ocupações possíveis, para efeito de estudo, as ocupações foram categorizadas em estudante, dona de casa, atividade remunerada e ignorado/não informado. Na categoria atividade remunerada, os empregos mais frequentes, em ordem decrescente, foram: costureira, de máquina na confecção em série; trabalhadora da cultura de café; trabalhadora agropecuária em geral; e empregada doméstica diarista.

Das mães adolescentes que tiveram filhos pré-termo, 14,43% (83) eram estudantes, 65,39% (376), donas de casa e 13,91% (80) tinham atividade remunerada. Já das mães adolescentes que tiveram parto a termo, 10,19% (935) eram estudantes, 69,13% (6341) donas de casa e 13,96% (1.281) tinham atividade remunerada. Assim, percebe-se que, apesar da variável não ter apresentado diferença significativa estatisticamente ($p=0,498$), esta revelou dados importantes na caracterização destas mães.

Tabela 2 - Características da gestação dos nascidos vivos de mães adolescentes, no ES em 2007

Características	Pré-termo		A termo		Sig (p)
	(n)	%	(n)	%	
Consultas pré-natais					
Nenhuma	18	3,13	91	0,99	
De 1 a 3 consultas	106	18,43	641	6,99	
De 4 a 6 consultas	250	43,48	3329	36,29	0,000
7 ou mais consultas	183	31,83	4934	53,79	
Ignorado	18	3,13	178	1,94	
Total	575	100	9173	100	
Tipo de gravidez					
Única	531	92,35	9098	99,18	
Dupla	44	7,65	65	0,71	0,000
Não informada	0	0,00	10	0,11	
Total	575	100	9173	100	
Tipo de parto					
Vaginal	348	60,52	5734	62,51	
Cesáreo	227	39,48	3430	37,39	0,174
Ignorado	0	0,00	9	0,10	
Total	575	100	9173	100	
Local de ocorrência					
Hospital	566	98,43	8751	95,40	
Domicílio	0	0,00	7	0,08	0,000
Outro Estabelecimento	9	1,57	414	4,51	
Ignorado	0	0,00	1	0,01	
Total	575	100	9173	100	
Estabelecimento de saúde					
Privado	23	4,00	258	2,81	
SUS	211	36,70	2343	25,54	0,000
Privado e SUS	338	58,78	6548	71,38	
Ignorado	3	0,52	24	0,26	
Total	575	100	9173	100	
Município de residência					
Região Metropolitana da Grande Vitória (Vitória, Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha)	269	46,78	4341	47,32	
Interior	303	52,70	4780	52,11	0,413
Município ignorado	3	0,52	52	0,57	
Total	575	100	9173	100	

Fonte: Espírito Santo, 2007

Para caracterizar a gestação dos nascidos vivos de mães adolescentes, no ES em 2007, é de extrema relevância que se analise o número de consultas pré-natais (Tabela 2), visto que a promoção de condições propícias para que a gestação transcorra sem problemas, visando o bom desenvolvimento do binômio mãe-filho, tem, como um de seus requisitos, a realização de um adequado acompanhamento pré-natal. Este estudo mostra que 3,13% (18) das mães dos nascidos pré-termo não fizeram nenhuma consulta pré-natal, 18,43% (106) fizeram de 1 a 3 consultas, 43,48% (250), de 4 a 6 consultas e 31,83% (183), de 7 ou mais consultas. Quanto aos nascidos vivos a termo, 0,99% (91) das mães não fizeram nenhuma consulta pré-natal, 6,99% (641) fizeram de 1 a 3 consultas, 36,29% (3.329), de 4 a 6, e 53,79% (4.934), de 7 ou mais consultas.

Pelo exposto, fica claro que, quando se comparam as categorias 1 a 3 consultas com a categoria 4 ou mais consultas, houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$), uma vez que as mães de RN prematuros realizaram menos consultas pré-natais, fato que pode servir de base para novas políticas ou fortalecimento das já existentes nesse âmbito.

Atentando para o tipo de gravidez das mães em estudo (Tabela 2), observou-se que 92,35% (531) das gestações dos recém-nascidos prematuros eram únicas e 7,65% (44), duplas. Quanto aos nascidos vivos a termo, a gestação única correspondeu a 99,18% (9098), enquanto a dupla a 0,71% (65). Assim, pode-se afirmar que, estatisticamente, a maior prematuridade nas gestações duplas é fato significativo ($p=0,000$).

Tendo em vista o tipo de parto das mães adolescentes dos nascidos vivos do ES em 2007 (Tabela 2), dos nascidos prematuros, 60,52% (348) foram de parto vaginal, enquanto 39,48% (227) foram de parto cesáreo. Dos nascidos vivos a termo, 62,51% (5.734) foram de parto vaginal e 37,39% (3.430) de parto cesáreo. Nota-se que a variável não apresentou diferença estatisticamente relevante ($p=174$).

Observando o local de ocorrência do parto dos nascidos vivos de mães adolescentes no ES em 2007 (Tabela 2), constatou-se que 98,43% (566) dos partos dos recém-nascidos prematuros foram hospitalares, nenhum no domicílio e 1,57% (9) em outros estabelecimentos. Quanto aos nascidos vivos a termo, 95,40% (8.751) nasceram em hospitais, 0,08% (7) em domicílios, 4,51% (414) em outros estabelecimentos. Diante do exposto, vê-se que houve diferença significativa na análise estatística entre os nascidos vivos pré-termo e a termo ($p=0,000$).

Tendo em vista os estabelecimentos de saúde de ocorrência dos partos dos nascidos vivos de mães adolescentes do ES em 2007 (Tabela 2), observa-se que 4% (23) dos partos

dos nascidos pré-termo foram em estabelecimentos privados, 36,70%, (211), na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), e 58,78% (338), nos que atendem tanto privado quanto SUS. Nos RN a termo, 2,81% (258) dos partos ocorreram na rede privada, 25,54% (2.343) na rede do SUS e 71,38% (6.548) nos estabelecimentos que atendem privado e SUS. Diante dos dados sobre a variável em questão, percebeu-se diferença significativa entre os nascidos a termo e pré-termo ($p=0,000$).

Para efeitos de pesquisa, os municípios de residência das mães adolescentes dos nascidos vivos do ES em 2007 (Tabela 2) foram classificados em região metropolitana da Grande Vitória (Vitória, Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha) e interior (demais municípios do estado que estão fora da região metropolitana). Dos nascidos vivos pré-termo, 46,78% (269) nasceram na Grande Vitória, enquanto 52,70% (303) nasceram no interior. Quanto aos nascidos a termo, a região metropolitana da Grande Vitória correspondeu a 47,32% (4.341) dos partos e os municípios do interior representaram 52,11% (4.780). Diante da apresentação desses dados, nota-se que não houve diferença significativa entre os municípios de residência ($p=413$) quando comparados os nascidos vivos a termo e pré-termo.

DISCUSSÃO

Pelos resultados, é notável a grande representatividade de partos ocorridos em adolescentes diante do total de partos no ES em 2007. Mas o fato mais preocupante se dá pela porcentagem considerável de mães adolescentes precoces (10 a 14 anos), uma vez que pelo estudo ficou explicitada a maior predisposição à prematuridade dos recém-nascidos de mães com idade entre 10 a 14 anos do que os demais.

Em um levantamento feito por meio do SINASC em Montes Claros, Minas Gerais, que distinguiu adolescentes precoces (10 a 14 anos) das tardias (15 a 19 anos) e adultas (parturientes acima de 20 anos), os autores encontraram resultados significativamente piores nas adolescentes precoces, relacionados ao pré-natal inadequado, maior prematuridade, maior risco para baixo peso ao nascer e Apgar 5º menor que sete.¹²

Quanto ao estado civil das mães em estudo, observou-se que a maioria das adolescentes não tinha parceiro (eram solteiras, viúvas ou separadas judicialmente), mas, ao contrário do que se esperava, foram as casadas que apresentaram proporcionalmente maiores índices de prematuridade. Mesmo assim, o fato de a maior parte das adolescentes ser solteira explicita a falta de planejamento familiar, levando, com isso, ao aumento de possíveis desarranjos familiares. Entretanto, é importante ressaltar ainda que o grande número de registros

ignorados desta variável pode ter comprometido esta análise estatística.

Na variável grau de escolaridade, constatou-se que não houve diferenças estatísticas entre as mães com parto pré-termo e as com parto a termo e que ambas apresentavam baixa escolaridade. Mas vale destacar que os dados referentes à escolaridade desta população não as podem caracterizar de fato, uma vez que o grau de escolaridade baixo pode ser explicado por muitas ainda não terem idade suficiente para concluir seus estudos. Assim, o que se torna relevante para a faixa etária é a continuação ou não dos seus estudos.

Tem sido bastante referido que essa situação gera consequências importantes não só do ponto de vista da saúde, mas, também, quanto a aspectos sociais, já que entre as mães adolescentes é frequente o abandono ou adiamento dos estudos, a maior dependência econômica dos seus pais (uma vez que muitas adolescentes continuam residindo com eles), afastamento do grupo de amigos e das atividades próprias da idade e as limitações de oportunidade de emprego.¹³⁻¹⁴

Quanto à ocupação das mães em estudo, o principal fator preocupante foi o alto índice de donas de casa, resultando possivelmente em baixa renda familiar, sobrecarga financeira para os outros membros da família e aumento da família, com diminuição da renda *per capita*, construindo assim um possível ciclo de pobreza.

Ainda se observou que havia nesta população poucas estudantes, fato também intrigante, visto que, pela faixa etária, seria esperado que essas adolescentes ainda estivessem frequentando a escola. Percebe-se também um baixo índice de atividades remuneradas nestas mães, sendo que as que possuem emprego possivelmente têm baixa remuneração, devido à baixa escolaridade e condições de trabalho insatisfatórias.

Assim, diante dessa realidade, a Conferência de Beijing constata que a maternidade prematura ainda é obstáculo para o progresso educacional, econômico e social da mulher e que, assim como o casamento, pode reduzir drasticamente as oportunidades de educação, emprego e prejudicar, possivelmente, em longo prazo, sua qualidade de vida e a dos seus filhos.¹⁵

Na caracterização das mães que tiveram partos em 2007 no ES, constatou-se que as com parto pré-termo realizavam número de consultas muitas vezes insuficiente, fato menos visto nas mães com parto a termo. Este resultado é de extrema relevância, visto que é possível que o pré-natal inadequado tenha levado, em alguns casos, a uma assistência insuficiente da gestação, tendo como consequência o parto prematuro. No entanto, faz-se necessário ressaltar que o menor

número de consultas pré-natais pelas parturientes de RN prematuros talvez esteja relacionado ao tempo de gestação mais curta.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o atendimento pré-natal tenha início precoce e que seja realizado um número adequado de consultas, que o MS estabeleceu em um mínimo de seis. A informação disponível, porém, refere-se a sete ou mais consultas, com médico ou enfermeiro.¹³

Para as adolescentes, muitas vezes, a dificuldade de contar o fato para a família ou até mesmo constatar a gravidez faz com que iniciem tardiamente o pré-natal, o que possibilita a ocorrência de complicações e aumento do risco de terem bebês prematuros e de baixo peso.¹⁶

Diante da apresentação dos dados do tipo de gravidez ficou evidente que nas gestações duplas houve mais prematuridade que nas gestações simples, fato já esperado tendo em vista que o padrão da taxa de crescimento fetal em gêmeos é retardado, quando comparados aos RN de partos únicos, independente da classe social e econômica das mães, podendo levar a um parto prematuro.¹⁷

Os resultados da pesquisa revelam ainda índices preocupantes em relação à incidência de partos cesáreos, que continua sendo muito maior do que a preconizada pela OMS e pelo MS, de no máximo 15%. As recomendações da OMS foram publicadas pelo Ministério da Saúde, em *Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático*, onde fica evidenciado que o atendimento ao parto no Brasil se baseia em grande medida naquilo que se busca superar e mostra, assim, a distância impressionante entre o chamado padrão ouro da ciência e a prática obstétrica no Brasil¹⁸.

Quanto ao local de ocorrência dos partos, os prematuros nasceram em sua grande maioria em hospitais, assim como os a termos, porém os primeiros com índices mais significativos que os segundos, e estes, por sua vez, tiveram mais nascimentos ocorridos em outros estabelecimentos de saúde, ou seja, fora dos hospitais, que os prematuros.

Com a apresentação dos resultados referentes aos estabelecimentos de saúde em que ocorreram os partos do ES em 2007, observou-se que houve muitos partos ocorridos nos estabelecimentos que atendiam tanto a rede privada quanto a do SUS, impossibilitando a avaliação destes. Mesmo assim ainda houve grande incidência de partos pela rede exclusiva do SUS, principalmente entre os prematuros, fato que pode caracterizar a população estudada como sendo de baixa renda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do estudo, que teve como objetivo identificar diferenças entre as características sociodemográficas e reprodutivas de mães adolescentes com parto a termo e com parto pré-termo, no ES em 2007, foi possível constatar que essas diferenças ocorreram nas seguintes variáveis: idade entre 10 e 14 anos ($p=0,016$), estado estado civil casada ($p=0,014$), número de consultas pré-natais quando insuficientes ($p=0,000$) e gestação dupla ($p=0,000$). Houve maior incidência de partos prematuros no Sistema Único de Saúde ($p=0,000$).

Contudo, é importante ressaltar a assistência pré-natal insuficiente percebida nas mães adolescentes com parto pré-termo, reforçando outros estudos que destacam a importância do pré-natal na saúde do conceito/RN. Neste sentido, é importante ressaltarmos ainda que é possível que o número insuficiente de consultas pré-natais das mães adolescentes com parto prematuro pode estar relacionado com o tempo gestacional menor.

Assim, além de todas as diferenças expostas, este trabalho explicita que ações sejam implementadas visando melhorar o acesso dessas mães aos serviços de saúde. Para isso, é preciso que os profissionais de saúde busquem capacitação contínua para atender essas necessidades das adolescentes.

Nas Unidades de Saúde, é necessário que sejam feitas intervenções educativas multidisciplinares para adolescentes, não de forma hospitalocêntrica, mas buscando um cuidado holístico, voltado para as necessidades biopsicossociais destas mulheres.

Por meio deste estudo foi possível ainda conhecer as características das mães adolescentes do ES em 2007, contribuindo assim para nosso conhecimento pessoal e profissional.

Houve limitações para a realização da pesquisa, uma vez que os dados ignorados representaram, muitas vezes, quantitativo significativo, impossibilitando a avaliação desses, podendo assim ocultar e/ou mascarar informações revelantes à pesquisa.

Tudo isso nos trouxe enorme aprendizado, pois desconstruí ideias, conhecimentos e preceitos acerca do tema. Então, cabe aos profissionais de saúde construir ações eficazes voltadas à saúde integral das adolescentes grávidas, prevenindo assim possíveis complicações a essas mães e aos seus conceitos.

Assim, ao final do estudo, é essencial que, para prevenir a gravidez na adolescência de forma efetiva, os profissionais

de saúde estejam sempre engajados em ações de saúde, seja individualmente, com grupos em escola, na comunidade e nas próprias unidades de saúde, intensificando as estratégias de planejamento familiar, visando alcançar esse grupo etário pouco frequente nos serviços.

REFERÊNCIA

1. Spindola T, Silva LFF. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 jan/mar; 13(1): 99-107.
2. Leal AC, Wall ML. Percepções da gravidez para adolescentes e perspectivas de vida diante da realidade vivenciada. *Cogitare Enferm* 2005 set/dez; 10(3): 44-52.
3. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro-1996 a 1998. *Rev Saude Publica* 2001 fev; 35(1): 74-80.
4. Cabrera, RR. La prevención del embarazo en adolescentes: un compromiso con la vida. *Rev Niños* 1995; 29(7): 408-14.
5. Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras* 2002 set; 48(3): 245-49.
6. Siqueira AAF, Tanaka ACA. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna. *Rev Saude Publica* 1986; 20(4): 274-79.
7. Ribeiro ERO, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Rev Saude Publica* 2000 abr; 34(2): 136-142.
8. Costa COM, Santos CAT, Sobrinho CL, Freitas JO, Ferreira KASL. Indicadores Materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. *J Pediatr* 2001 maio/jun; 77(3): 235-42.
9. Costa CE, Gotlieb SLD. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da Declaração de Nascido Vivo. *Rev Saude Publica* 1998 ago; 32(4): 328-34.
10. Uchimura TT, Pelissari DM, Soares DFPP, Uchimura NS, Santana RG, Moraes CMS. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer segundo as variáveis da mãe e do recém-nascido, em Maringá-PR, no período de 1996 a 2002. *Cien Cuid Saude [on-line]*. 2007 jan/mar; [citado 10 out 2008]; 6(1): 51-58. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/4973>.
11. Secretaria Estadual de Saúde (Espírito Santo). Informações de Saúde. Banco de Dados - TABNET. Estatísticas Vitais: nascidos vivos – 2006 em diante. [citado em 20 out 2008]. Disponível em: <http://tabnet.saude.es.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/sinasc/sinasc2006/sinasc2006.def>.

12. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005 jul/ago; 21(4): 1077-86.

13. Dadoorian D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. *Psicologia: ciência e profissão* [periódico na Internet]. 2003 mar; [citado 27 jan 2009]; 23(1): 84-91. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000100012&lng=es&nrm=iso.

14. Ministério da Saúde (BR). Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e dados básicos para a saúde. Nascimentos no Brasil. [on-line] 2007; [citado 27 jan 2009]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf>.

15. Trindade RFC. Entre sonho e a realidade: a maternidade na adolescência sob a ótica de um grupo de mulheres da periferia da cidade de Maceió, Alagoas [tese doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 2005.

16. Reis AOA, Ribeiro MAA. Gravidez na adolescência. [on-line]; [citado 26 set 2007]: 01-05. Disponível em: <http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br/noticias/link44.htm>.

17. Carniel EF, Zanolli ML, Antônio MARGM, Morcillo AM. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. *Rev Bras Epidemiol* [periódico da internet]. 2008; [citado 24 maio 2009]; 11(1): 169-179. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100016&lng=en. doi: 10.1590/S1415-790X2008000100016.

18. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. 2005; [citado 24 jan 2009]; 10(3): 627-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>.