UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

JOSIELSON COSTA DA SILVA

FATORES ASSOCIADOS À VITALIDADE NO NASCIMENTO EM NEONATOS DE MÃES ADOLESCENTES PRECOCES

Salvador
2015

JOSIELSON COSTA DA SILVA

FATORES ASSOCIADOS À VITALIDADE NO NASCIMENTO EM NEONATOS DE MÃES ADOLESCENTES PRECOCES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profª Drª Climene Laura de Camargo.
Co-Orientadora: Profª Drª Ridalva Dias Martins Felzemburg.

Salvador
2015

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde do SIBI/UFBA

S237 Silva, Josielson Costa da
Fatores associados à vitalidade no nascimento em neonatos de mães adolescentes precoces / Josielson Costa da Silva – Salvador, 2015.
86 f. : il.

Orientadora: Profª. Drª. Climene Laura de Camargo.
Co-orientadora: Profª. Drª. Ridalva Dias Martins Felzemburg.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2015.

1. Gravidez na Adolescência. 2. Recém-nascido. 3. Adolescente. 4. Índice de Apgar. 6. Saúde do adolescente. 5. Sistema de Informação em Saúde. I. Camargo, Climene Laura de. II. Universidade Federal da Bahia – Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU 618.2-053.7

JOSIELSON COSTA DA SILVA

FATORES ASSOCIADOS À VITALIDADE NO NASCIMENTO EM NEONATOS DE MÃES ADOLESCENTES PRECOCES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, para exame de defesa, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: O Cuidado no processo de desenvolvimento Humano.

Aprovado em: 08 de Outubro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Climene Laura de Camargo

Drª em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal Da Bahia.

Maria Enoy Neves Gusmão

Drª em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal Da Bahia.

Tânia Cristhiane Ferreira Bispo

Drª em Saúde Pública. Docente da Universidade Estadual da Bahia.

Telmara Couto Menezes

Drª em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de Dissertação aos profissionais de Saúde que cuidam de recém-nascidos. À minha orientadora, professora **Climene Laura de Camargo,** por todo o conhecimento e cumplicidade no processo de desenvolvimento do estudo. Por fim, à minha **Família**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a DEUS, por ter me concedido o direito à VIDA e me possibilitar CUIDAR de VIDAS. Aos grandes mestres que me conduziram e conduzem no meu processo de formação. Quero agradecer especialmente à professora Ridalva Dias Martins Felzemburg, por todo o empenho e pela dedicação durante a construção deste trabalho. Quero agradecer também às professoras Maria Enoy Neves Gusmão, pelas aulas decisivas na escolha de meu processo metodológico e desenho de estudos, à professora Telmara Menezes Couto e aos que contribuíram direta e indiretamente para mais uma conquista de vida. Enfim, aos meus pequeninos pacientes, que todos os dias me encantam e me dão forças para seguir buscando melhores estratégias em prol de um cuidado seguro, humanizado e resolutivo.

Imagem: Relatório UNFPA 2013

RESUMO

SILVA, Josielson Costa da. **Fatores Associados à Vitalidade no Nascimento em Neonatos de Mães Adolescentes Precoces**. [Projeto de dissertação de mestrado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2014.

Conforme dados emitidos pelo Ministério da Saúde, o Brasil encontra-se entre os dez países com o maior número de parto prematuro e este número tem ligação direta com a gravidez precoce na adolescência. Do total de partos realizados pelo SUS no ano de 2007 (2.795.207), 1% eram em mulheres de 10 a 14 anos. Poucos são os estudos que abordam a gravidez na fase precoce da adolescência e suas complicações para com os recém-nascidos. No entanto, embora diversas ações de saúde venham sendo desenvolvidas para reduzir os números de gestações precoces, tais direcionamentos apontam para uma população jovem numa faixa etária entre os 14 e os 19 anos. Neste contexto, existe uma lacuna frente às adolescentes que veem engravidando entre os 10 e 14 anos, aumentando assim os riscos, tanto para a saúde materna quanto para a neonatal. Este estudo tem como objetivo verificar a associação entre os fatores relacionados à vitalidade no nascimento dos recém-nascidos de mães adolescentes precoces. Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, desenvolvido a partir de dados secundários obtidos do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) no ano de 2012. Os sujeitos deste estudo foram os recém-nascidos de mães na fase precoce da adolescência (idade entre 10 e 14 anos), nascidos no período de janeiro a dezembro de 2012 no estado da Bahia. Após processamento dos dados foi realizada uma análise bivariada, calculando a razão de prevalência (RP) e os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Utilizou-se a regressão logística para realizar a análise multivariada. Optou-se pelo método de regressão stepwise backward. O resultado da análise multivariada para medir a associação das covariáveis com desfecho foi estimado pela Odds Ratio (OR). O estudo identificou que 156 (11,6%) dos recém-nascidos apresentaram o escore de Apgar inferior a sete no primeiro minuto de vida, enquanto que 1.188 (88,4%) se mostraram com Apgar superior ou igual a sete. 1252 (93,2%) das adolescentes em estudo foram declaradas negras. 3,5% dos partos ocorreram em adolescentes com idades extremas (10-12 anos), 74,1% das mães não possuíam companheiros. Ser primigesta (OR=2,03; IC:0,26-0,97) manteve associação com o Apgar. A gravidez ser com feto único (OR=7,16; IC: 1,82-28,25) aumentou as chances de ter um Apgar satisfatório ao nascimento, sendo considerado fator de proteção. Em sentido oposto, ter realizado, durante a gestação, três consultas pré-natais ou menos (OR=0,41; IC: 0,22-0,77) reduziu as chances de apresentar um escore de Apgar ao quinto minuto satisfatório, sendo considerado fator de risco. A gravidez na adolescência precoce traz importantes consequências para a vitalidade no nascimento em recém-nascidos. A alimentação das bases de dados do Sistema de informação em Saúde é algo crucial e que deve ser mais bem trabalhado entre os profissionais da área. Os dados da pesquisa também poderão servir para subsidiar a criação de novas políticas de saúde voltadas para o processo assistencial no que tange ao cuidado materno-infantil.

Descritores: Gravidez na Adolescência; Recém-nascido; Apgar; Saúde do Adolescente; Sistema de Informação em Saúde.

ABSTRACT

SILVA, Josielson Costa da. Factors **Associated with Vitality Birth in Early Adolescent Mothers of Newborns**. [Dissertation project]. Salvador: Federal University of Bahia, Nursing Program, School of Nursing, Federal University of Bahia, 2014.

According to data issued by the Ministry of Health, Brazil is among the ten countries with the highest number of premature birth and this number has a direct link with the early teenage pregnancy. Of total deliveries by SUS in the year 2007 (2.795.207), 1% were in women 10-14 years. There are few studies that address pregnancy in early adolescence and its complications with the new - born. However, while many health activities will be developed to reduce the numbers of early pregnancies such directions point to a young population in the age group between 14 to 19 years. In this context, there is a gap in the face of teenagers who see getting pregnant between 10 to 14 years, thus increasing the risks for both maternal health as neonatal. This study has as main objective analyze the association between factors related to vitality at birth of newborns of early adolescent mothers. It is an epidemiological study, cross-sectional developed from secondary data obtained from Live Birth Information System (SINASC) in 2012. The subjects of this study were newborns of mothers in early adolescence (ages 10-14 years), born in the period from January to December 2012 in the state of Bahia. After processing the data a bivariate analysis was performed by calculating the prevalence ratio (PR) and their respective confidence intervals of 95% (95%). We used logistic regression to perform multivariate analysis, opted for the stepwise regression method backward. The result of the multivariate analysis to measure the association of covariates with outcome It was estimated by the Odds Ratio (OR). The study found that 156 (11.6%) of newborns had the Apgar score below seven in the first minute of life while 1,188 (88.4%) were shown with higher Apgar or equal to seven. 1252 (93.2%) of the adolescents in the study were declared black. 3.5% of deliveries occurred in adolescents with extreme ages (10-12 years), 74.1% of mothers did not have companions. be primigravida (OR = 2.03, CI: 0.26 to 0.97) maintain association with Apgar. The pregnancy is with a single fetus (OR = 7.16, CI: 1.82 to 28.25) increased the chances of having a satisfactory Apgar at birth, is considered a protective factor. Conversely, during pregnancy have performed three or fewer prenatal consultations (OR = 0.41, CI: 0.22 to 0.77) reduced the chances to present an Apgar score at fifth minute satisfactory and is considered factor risk. Pregnancy in early adolescence has important consequences for the vitality at birth in newborns. The power of databases Information System Health is crucial and should be better working between professionals. The survey data will also serve to support the creation of new health policies for the care process with regard to maternal and child care.

Keywords: Teenage pregnancy; Newborn; Apgar; Adolescent Health; System Health Information.

RESUMEN

SILVA, Costa Josielson da. **Factores Asociados con la Vitalidad Nacimiento en Primeros Madres Adolescentes de los Recién Nacidos.** [Proyecto Disertación]. Salvador: Universidad Federal de Bahía, Programa de Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, 2014.

Según los datos publicados por el Ministerio de Salud, Brasil es uno de los países diez con el mayor número de nacimientos prematuros y este número tiene un vínculo directo con el embarazo en la adolescencia temprana. De las entregas totales por el SUS en el año 2007 (2.795.207), 1% eran de mujeres de 10-14 años. Existen pocos estudios que abordan el embarazo en la adolescencia temprana y sus complicaciones con el nuevo - nacidos. Sin embargo, mientras se desarrollarán muchas actividades de salud para reducir el número de embarazos precoces tales direcciones apuntan a una población joven en el grupo de edad entre 14 a 19 años. En este contexto, existe una brecha en la cara de los adolescentes que ven el embarazo entre 10 a 14 años, lo que aumenta los riesgos para la salud tanto de la madre como del recién nacido. Este estudio tiene como objetivo analizar la asociación entre los factores relacionados con la vitalidad al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes tempranos. Se trata de un estudio epidemiológico, transversal, desarrollado a partir de datos secundarios obtenidos de Sistema de Información de Nacido Vivo (SINASC) en 2012. Los sujetos de este estudio fueron los recién nacidos de madres en la adolescencia temprana (edad 10-14 años), nacido en el período de enero a diciembre de 2012 en el estado de Bahía. Después de procesar los datos se realizó un análisis bivariado calculando la razón de prevalencia (RP) y sus respectivos intervalos de confianza de 95% (95%). Se utilizó la regresión logística para realizar el análisis multivariado, optó por el método de regresión por pasos hacia atrás. El resultado del análisis multivariado para medir la asociación de covariables con desenlace Se estimó el Odds Ratio (OR). El estudio encontró que 156 (11,6%) de los recién nacidos tuvieron la puntuación de Apgar por debajo de siete en el primer minuto de la vida, mientras que 1.188 (88,4%) se mostraron con mayor Apgar o igual a siete. 1,252 (93.2%) de los adolescentes en el estudio fueron declarados negro. 3,5% de los partos ocurrieron en adolescentes con edades extremas (10-12 años), el 74,1% de las madres no tenían compañeros. ser primigesta (OR = 2,03; IC: 0,26 a 0,97) mantienen relación con Apgar. El embarazo es con un solo feto (OR = 7,16; IC: 1,82 a 28,25) aumentó las probabilidades de tener un Apgar satisfactoria al nacer, se considera un factor protector. Por el contrario, durante el embarazo se han realizado tres o menos consultas prenatales (OR = 0,41; IC: 0,22 a 0,77) redujo las posibilidades de presentar una puntuación de Apgar al quinto minuto satisfactoria y se considera factor de riesgo. El embarazo en la adolescencia temprana tiene consecuencias importantes para la vitalidad al nacer en los recién nacidos. El poder de las bases de datos de información del sistema de salud es crucial y debe ser mejor trabajo entre los profesionales. Los datos de la encuesta también servirán para apoyar la creación de nuevas políticas de salud para el proceso de atención en lo que respecta a la atención materno-infantil.

Palabras chave: El embarazo adolescente; Recién nacido; Apgar; Salud del Adolescente; Health Information System.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **11**
HIPÓTESES **16**
OBJETIVO GERAL **16**
OBJETIVOS ESPECÍFICOS **16**
1 REFERENCIAL TEÓRICO **17**
1.1 Caracterização do Adolescente 17
1.2 Sexualidade e Adolescência 20
1.3 Gravidez na Adolescência 24
1.4 Contextualização Política 27
1.5 Condições de Saúde do Recém-Nascido 30
2. METODOLOGIA **35**
2.1 Desenho e Tipo do Estudo 35
2.2 População do estudo 35
2.3 Local do Estudo 36
2.4 Coletas dos Dados 36
2.5 Descrição das Variáveis 37
2.6 Análise dos Dados 38
2.7 Aspectos éticos da pesquisa 39
3 RESULTADOS e DISCUSSÃO **39**
3.1 MANUSCRITO 1: Associação entre vitalidade no nascimento e histórico materno de mães adolescentes precoces. 40
3.2 MANUSCRITO 2: Características de Recém-nascidos de mães em fase precoce da adolescência associadas à vitalidade no nascimento. 60
4 **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 73
5 **REFERÊNCIAS** 75

INTRODUÇÃO

Segundo Brasil (2007), a mortalidade materna e neonatal, em decorrência de suas elevadas taxas, é considerado um problema de saúde pública que necessita de estratégias para seu efetivo controle e redução. Acredita-se também que esses índices estão diretamente ligados a causas evitáveis ou potencialmente evitáveis, podendo ser reduzidos quando instituídas ações conjuntas entre governo, comunidade e profissionais de saúde.

A gravidez em fase precoce da vida reprodutiva pode trazer riscos, tanto para a gestante quanto para o seu filho, com probabilidades de mortes para ambos. Viellas et al. (2012) relatam que os efeitos adversos de uma gravidez na adolescência são amplamente conhecidos; entretanto, a prevenção da gestação nesta faixa etária ainda necessita de vários estudos, pois além de sua complexidade exige a abordagem de várias vertentes: educação, acesso aos serviços de saúde, trabalho e renda, lazer, entre outros.

Conforme o relatório da UNFPA 2013, a prevenção da maternidade precoce vem sendo discutida mundialmente. Isto porque a gestação de uma jovem pode alterar radicalmente seu presente e seu futuro, em consequência de vários fatores, como por exemplo: a educação formal geralmente interrompida, com diminuição das perspectivas de emprego, o que as torna mais vulneráveis à pobreza e exclusão social, possibilitando uma maior dependência econômica e psicológica.

Segundo este mesmo relatório, muitos países assumiram, como medidas preventivas da maternidade na adolescência, as ações voltadas à mudança de comportamento. Estas intervenções são subjacentes a uma crença de que a responsabilidade pela prevenção da gravidez cabe exclusivamente à adolescente, ou seja, não considera as questões sociais, culturais, políticas e econômicas que interferem no comportamento de um indivíduo ou comunidade, colocando-o em situações de risco. No que se refere à adolescente, a maternidade poderá ser um desfecho dos inúmeros conflitos vivenciados no processo de transição da infância para a vida adulta.

Neste contexto, propõe-se uma mudança de enfoque dos reais problemas que proporcionam a gravidez na adolescência, ou seja, em vez de centralizar as ações de mudança de comportamento das jovens adolescentes faz-se necessário considerar e traçar estratégias de enfrentamento de desafios maiores, como a pobreza, a desigualdade de gênero, a discriminação e a falta de acesso aos serviços de saúde e educação.

A questão da gravidez precoce pode ser considerada como um produto do meio no qual o indivíduo está inserido, ganhando amparo do contexto social de cada época. Mas é também um importante fator de risco na saúde da mulher e da criança. Yazlle et al (2006) apontam o aumento da incidência de intercorrências pré-natais, intraparto, pós-parto e perinatais entre gestantes adolescentes, ratificando o discurso de que tal problemática contribui para a morbimortalidade elevada em recém-nascidos. Estudos desenvolvidos por esta mesma autora, no ano de 2006, reafirmam as complicações evidenciadas por neonatos de mães jovens, ampliando o potencial de morte quando a gestação ocorre de forma precoce.

Segundo dados de Brasil (2012), a mortalidade neonatal, ou seja, recém-nascidos cujo óbito ocorre no período de 0 a 27 dias de vida, representava uma taxa geral para o país de 10,6 para cada 1000/NV no ano de 2011. Quando estratificado por regiões, a região Norte ocupa o primeiro lugar, com uma taxa de 13,5, seguida da região Nordeste, com taxas de 12,7; da região Centro-Oeste, com 10.9; da região Sudeste, com taxas de 8.9, e por fim da região Sul, com a menor taxa de mortalidade neonatal, demonstrando 7.8 óbitos por cada 1000/NV.

Embora tenha havido uma redução da mortalidade infantil evidenciada pela regressão de 53,7 no ano de 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2015 (DATASUS, 2012), estes números continuam elevados quando comparados com escores apresentados por países como: Finlândia, com 4,6 óbitos por mil nascidos vivos, Estados Unidos e Inglaterra com 6,2, Canadá 6,7, França com 6,5, Israel com 7,8, Itália com 7,9 e Portugal com 8,0 mortes para cada mil (SCHRAMM e SZWARCWALD 2000). A mortalidade neonatal ainda impacta negativamente nos índices gerais de mortalidade em crianças brasileiras e quando analisadas as taxas de mortalidade neonatal precoce, ou seja, óbito do neonato nos primeiros sete dias de vida, as mesmas podem ser de 10 a 20 vezes maior quando comparadas com estudos realizados em países desenvolvidos, como o Japão, cuja taxa gira em torno de 3,4 óbitos por mil nascidos vivos (NASCIMENTO et al, 2012).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em censo divulgado no ano de 2011, a redução na mortalidade infantil acarretou aumento da população de adolescentes. No corrente ano, a população brasileira correspondia a 190.755.799 habitantes, destes aproximadamente 9% (17.166.761) eram adolescentes numa faixa etária de 10 a 14 anos, dos quais 49,2% (8.441.348) eram do sexo feminino. Quando contabilizados os números frente à faixa etária de 15 a 19 anos, o percentual

diante da população total é de 8.9% (16.990.872), onde o sexo feminino representa 49,6%. Neste sentido, pode-se afirmar que aproximadamente 18% da população brasileira é formada por adolescentes, o que torna esta faixa etária significativa para o desenvolvimento de estudos que busquem elucidar os principais agravos vivenciados pelos mesmos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986), a adolescência é um período que compreende dos 10 aos 19 anos, ou seja, a segunda década da vida. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) considera adolescente aquele entre 12 e 18 anos de idade. Já o Ministério da Saúde (MS, 1996) e a UNICEF (2011) compreendem a adolescência como sendo o período que abrange dos 10 aos 19 anos. A UNICEF ainda classifica a adolescência em fase inicial, dos 10 aos 14 anos, período este mais contundente às mudanças biológicas, e a fase final, dos 15 aos 19 anos, como um período marcado pelo desenvolvimento e reorganização da capacidade de pensamento analítico e reflexivo.

Para Smetana, Campione-Barr e Metzer (2006), a pré-adolescência é marcada pelo início das intensas transformações físicas que transformam a criança em um adulto; é o início da puberdade, marcada principalmente pelo aumento do ritmo de crescimento corporal e pelo amadurecimento dos órgãos sexuais. Neste sentido, serão enfocadas, neste estudo, as adolescentes de 10 a 14 anos, considerando que devido ao franco desenvolvimento biológico e psicológico que estão vivenciando, podendo comprometer o desenvolvimento gestacional, acarreta possíveis danos à saúde materna e fetal.

Estudos desenvolvidos por Ximenes e Oliveira (2004) apontam uma maior frequência de Apgar baixo em extremos da vida. A gravidez na adolescência se comporta com maiores riscos de complicações para a saúde da mãe e do concepto. É uma etapa na qual os órgãos reprodutivos estão pouco desenvolvidos, expondo mãe e RN aos traumas do parto, (BATISTA, ARIOSA, SÁNCHEZ 2004; FISHER et al, 2011).

Para Fisher et al (2011), o período mais crucial da vida humana corresponde às primeiras vinte e quatro horas após o nascimento. Durante esse tempo, o RN deve estabelecer adaptações cardiopulmonares necessárias para assegurar uma troca gasosa adequada, bem como trocas em nível renal, hepático e metabólico indispensáveis para as exigências extrauterinas. Nesse período são elevadas as taxas de morbidade e mortalidade.

Diante desses aspectos faz-se necessário conhecer e prevenir os fatores de risco que podem interferir no seu normal desenvolvimento. Avalia-se ao nascer a pontuação

da escala de Apgar publicada em 1953, com o objetivo de facilitar a avaliação do neonato no primeiro minuto após o nascimento, passando a ser usada também para uma segunda avaliação, no 5º minuto de vida.

O instrumento devia incluir cinco aspectos: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, resposta reflexa e cor. Cada aspecto apresentado recebe uma pontuação que varia entre 0, 1 e 2 pontos, segundo sua qualidade. Uma pontuação total de 10 indicaria que o neonato está em melhor condição possível (BRASIL, 2011). Este sistema de avaliação significou a necessidade de ter um profissional que preste cuidados ao neonato na sala de parto, sendo rapidamente adotado em todos os centros dos EEUU e posteriormente em todo o mundo. O teste de Apgar tem sido muito controvertido, pois tem sido usado para diagnosticar asfixia ao nascer; no entanto, uma avaliação baixa, apesar de indicar uma condição anormal, não implica nenhuma causa específica.

Elementos da escala de Apgar, como tônus, irritabilidade reflexa, esforço respiratório, são dependentes da maturidade do feto; sendo assim, os RNs prematuros têm apresentado Apgar baixo, sem evidências bioquímicas de asfixia (HÜBNER, JUÁREZ, 2002). Goldenberg (2005) observou que 83% dos RNs com menos de 28 semanas de gestação apresentavam Apgar menor de sete no 1º minuto com acidemia de cordão umbilical normal, e após cinco minutos 50% apresentavam Apagar baixo.

Brasil (2011) preconiza que o boletim de Apgar não deve ser utilizado para determinar o início da reanimação nem as manobras a serem instituídas no decorrer do procedimento. Sua aferição longitudinal permite avaliar a resposta do RN às manobras realizadas e a eficácia dessas. Escore inferior a sete no 5º minuto recomenda a sua aplicação até vinte minutos de vida.

O Índice de Apgar de todos os RNs consta na Declaração de Nascido Vivo (DNV), documento oficial brasileiro que permite a coleta dos dados sobre os nascimentos vivos (BRASIL, 2010). A Declaração de Nascido Vivo, criada em 1990, é documento padronizado pelo Ministério da Saúde (MS) e de uso obrigatório em todo o território nacional, para que ocorra o registro civil da criança.

Para Brasil (2011) a diminuição da gravidade e mortalidade por depressão respiratória ao nascer pode decorrer de um acompanhamento adequado da gestante e dos partos de risco. Segundo dados emitidos pelo Ministério da Saúde, o Brasil encontra-se entre os dez países com o maior número de parto prematuro e este número tem ligação direta com a gravidez precoce na adolescência. No ano de 2007, do total de

partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 1% eram em mulheres de 10 a 14 anos. Estudos desenvolvidos pelo IBGE, no ano de 2009, apontam que esta porcentagem cai para 0,9% e quando estratificado por unidades da federação, a Bahia passa a apresentar 1,2% do total de partos realizados em adolescentes, ocupando assim o 5º lugar no país. (BRASIL, 2012).

Embora tenha havido uma redução dos índices de gestação em adolescentes, este decréscimo não ocorre na pré-adolescência. De acordo com dados divulgados pela UNICEF (2011), a taxa de natalidade dos adolescentes caiu cerca de 34,6% entre 2000 e 2009; no entanto, essa queda tem sido específica para o grupo de mães entre 15 e 17 anos. Já entre as meninas menores de 15 anos, a tendência é oposta, já que a taxa de fecundidade vem crescendo nos últimos anos, passando de 8,6 para 9,6 nascidos vivos por mil.

Diante do exposto, pode-se afirmar que mesmo com diversas ações de saúde sendo desenvolvidas para reduzir os números de gestações precoces, tais direcionamentos apontam para uma população jovem numa faixa etária entre os 14 e 19 anos, deixando uma lacuna frente às adolescentes que veem engravidando entre os 10 e 14 anos, aumentando assim os riscos para a saúde materna e neonatal.

Poucos são os estudos que abordam a gravidez na fase precoce da adolescência e suas complicações para com os recém-nascidos. Partindo de uma associação entre os descritores: “adolescência precoce” e “gravidez” foram encontrados cinco estudos desenvolvidos no Brasil envolvendo jovens grávidas na fase precoce da adolescência.

Este estudo almeja tanto contribuir com as produções científicas sobre o tema em questão, quanto subsidiar programas locais e municipais de assistência às mães pré-adolescentes, no período gestacional, parto e puerpério, visando minimizar os problemas de uma gestação precoce e suas repercussões na saúde do neonato. Assim, busca-se responder os segunintes problemas de pesquisa: quais os fatores que estão associados à vitalidade no nascimento dos recém-nascidos de mães adolescentes precoces? Como se apresenta a vitalidade de nascimento em recém-nascidos de mães adolescentes precoces?

HIPÓTESES

H_{1-} Os recém-nascidos de mães adolescentes precoces não possuem boa vitalidade no nascimento;

H_{0-} Não existe diferença frente à vitalidade no nascimento em neonatos de mães adolescentes precoces e mães fora desta faixa etária;

H_{1A-} Os fatores socioeconômicos e ginecobstétricos de mães adolescentes precoces influenciam na vitalidade do nascimento dos seus filhos;

H_{0A-} Os fatores socioeconômicos e ginecobstétricos de mães adolescentes precoces não influenciam na vitalidade do nascimento de seus filhos.

OBJETIVO GERAL

- Analisar a associação entre as características de mães adolescentes precoces e a vitalidade no nascimento dos recém-nascidos;
- Analisar a associação entre as características de saúde dos recém-nascidos e a vitalidade no nascimento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas e ginecobstétricas de mães em fase precoce da adolescência;
- Descrever as características de saúde dos recém-nascidos de mães adolescentes precoces;
- Verificar a associação entre as características de mães adolescentes precoces e a vitalidade no nascimento dos recém-nascidos;
- Verificar a associação entre asa características dos recém-nascidos de mães adolescentes precoces e sua vitalidade ao nascer.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Caracterização do Adolescente

O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência (BRASIL 2010). Seguindo ainda uma classificação por idade, o ECA classifica como adolescente todo indivíduo com idade de 12 aos 18 anos. Por meio da UNICEF encontramos uma subdivisão classificatória que nomeia de pré-adolescente ou adolescência precoce todo ser com idade entre 10 e 14 anos e adolescentes aqueles com idade superior a 14 anos e inferior a 19.

Para Brasil (2007), a adolescência compreende uma série de transformações corporais, psicológicas e de inserção social que ocorrem na segunda década de vida. Constitui-se em um período de vulnerabilidade particular pelas intensas e rápidas modificações que dela decorrem: a puberdade, a evolução da sexualidade, o afastamento progressivo dos pais, as atitudes reivindicatórias, as contestações e as percepções paradoxais de invulnerabilidade do adolescente.

Inerente ao ciclo de vida do indivíduo, a adolescência constitui-se de características próprias que a diferenciam das demais faixas etárias. Este é um período confuso, de contradições, de formação da identidade e da autoestima. É quando se deve deixar de ser criança para entrar no mundo adulto, repleto de responsabilidades e cobranças, mundo este tão desejado pela sensação da liberdade a ser adquirida, mas também tão temido.

Conforme Moreira et al. (2008), a adolescência caracteriza-se por transformações que envolvem mudanças em nível social, biológico, psíquico e cultural. Neste contexto ocorrem alterações nas relações familiares, nasce o desejo de independência e busca de novas conquistas, muitas vezes imaturas com repercussões dramáticas para o processo de desenvolvimento.

Estudos envolvendo o adolescente são desenvolvidos por diversas áreas do conhecimento humano. Dentro do que chamamos de ciências médicas, tal discussão permeia todo o universo do processo saúde-doença e do comportamental. A psicologia, neste sentido, procura estudar características marcantes nesta fase de desenvolvimento, destacando o poder de percepção e sucessivas mudanças comportamentais exibidas pelos jovens.

Para De Oliveira et al. (2003), a adolescência é uma produção social. Segundo os mesmos, cada contexto social expressa intervenções do adolescente e os produtos da adolescência, o que inclui os aspectos fisiológicos, sexuais, afetivos, sociais, políticos, religiosos e institucionais, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade.

A adolescência é uma etapa que impele o indivíduo a uma redefinição da própria identidade, ao avaliar sua inserção no plano espaço-temporal, integrando o passado, com suas identificações e conflitos, ao futuro, com suas perspectivas e antecipações (OLIVEIRA, 2006). Cada instante vivenciado pelo adolescente é transformador, no sentido de busca por mudanças e autoafirmação no meio em que está inserido; este passa a possuir características ímpares no que se refere às fases do desenvolvimento humano.

Uma das características dos adolescentes é a capacidade de formação de grupos com ideias e ações similares como se almejassem os mesmos objetivos. Nesse processo, o distanciamento do âmbito familiar torna-se algo motivador para busca pelo novo, o que pode denominar-se formação das “tribos”. Tais tribos podem ser definidas como agrupamentos semiestruturados, constituídos predominantemente de pessoas que se aproximam pela identificação comum a rituais e elementos da cultura que expressam valores e estilos de vida, moda, música e lazer típicos de um espaço-tempo (DE OLIVEIRA et al. 2003).

O processo de passagem da adolescência e da juventude para a vida adulta, dentro do contexto evolutivo do ser humano, pode ser entendido como um processo articulado de ações e de decisões dos sujeitos que, por seu turno, sofrem constrangimentos das estruturas sociais e econômicas e dos diferentes dispositivos institucionais (BRASIL, 2010).

Para Saito (2001), a adolescência deve ser enfrentada como uma etapa crucial e bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento, cuja marca registrada é a transformação ligada aos aspectos físicos e psíquicos do ser humano, inserida nas mais diferentes culturas.

Na opinião de Neto et al. (2008), durante a adolescência devem ser reconhecidos os padrões de heterogeneidade e comportamentais que envolvem a afirmação da personalidade, o desenvolvimento sexual e espiritual, a busca e realização dos projetos de vida, a autoestima e a capacidade de pensamento abstrato apresentados pelos mesmos.

Nesta fase de desenvolvimento humano muitas são as transformações de ordem biológica e psicológica vivenciadas pelos adolescentes. O contexto cultural, social e familiar no qual estes jovens estão envolvidos contribui diretamente para o desenvolvimento de suas personalidades. Assim, a fase da adolescência concretiza-se em meio às pressões sociais, políticas, econômicas e familiares, podendo ser caracterizada como um período de vulnerabilidade.

O eixo familiar interfere substancialmente no desenvolvimento do adolescente. Não se pode negar a existência da violência de gênero vivida e apreendida por jovens, sobretudo em seus próprios lares, repercutindo de forma negativa na sua construção de vida. Para Penna, Carinhanha e Leite (2009), as ações que afirmam o estado de vulnerabilidade aparecem de forma naturalizada, com marcantes reproduções da sujeição de meninas frente aos meninos, fazendo com que as mesmas nem percebam que estão sendo violentadas.

A violência também se faz presente quando se trata de questões econômicas e raciais, deixando-as em condições de vulnerabilidade muitas vezes ameaçadora. A pobreza associada ao quesito étnico-racial coloca a adolescente negra em situação de desigualdade quando comparada com outras raças; tal afirmativa é retratada por estudos desenvolvidos por Deslandes e Santos (2005), apontando que na década de 90 a raça negra representava, no Brasil, 70% da população mais pobre, dentre elas crianças e adolescentes.

Corroborando com o exposto acima, Brasil (2005), aponta uma redução da pobreza entre os negros; no entanto, a desigualdade frente aos brancos ainda é gritante, reafirmando a problemática da estratificação étnico-racial do país. Esta situação é capaz de desestruturar o ambiente no qual esses jovens são criados, moldando ou imprimindo uma forma de estar no mundo e conduzindo-os a situações vulneráveis, expondo os mesmos a riscos e situações desafiadoras.

Dentre os desafios enfrentados pelos adolescentes, um crucial para o seu desenvolvimento é o acesso aos serviços de saúde. Carvacho et al. (2008) retratam que, neste quesito, o acolhimento destinado para esta população torna-se um fator distanciador quando os mesmos procuram por este tipo de serviço. Quando as questões de promoção da saúde se associam ao fator racial e econômico aumentam substancialmente as dificuldades de acesso/acessibilidade a este serviço.

No contexto de vulnerabilidade racial envolvendo a adolescente negra, Góes e Nascimento (2012) afirmam que por representarem um dos segmentos mais pobres da

população brasileira, agravam-se as condições de acesso aos bens e ações de saúde por parte desta população, o que compromete a sua inserção na sociedade como sujeitos de direitos, principalmente na área de saúde, expondo-as a riscos preditivos para agravos no que diz respeito ao seu desenvolvimento global.

Os riscos da adolescência são sustentados, reforçados e ampliados pelas frequentes dúvidas, questionamentos, preocupações e vivências de eventos normais e/ou situações que as coloquem em situação de vulnerabilidade. Neste contexto, torna-se necessário a criação e ampliação de espaços adequados para a orientação desses jovens. (BRASIL, 2007).

Conforme Neto et al. (2008), durante a vivência desta fase podem iniciar-se vários conflitos e crise de identidade, podendo levar o adolescente a transgressões, tais como o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas; práticas sexuais sem a adoção de medidas de proteção tanto para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) quanto para a aquisição de uma gravidez indesejada.

1.2 Sexualidade e Adolescência

As características sexuais secundárias vêm se desenvolvendo cada vez mais de forma precoce, em detrimento do desenvolvimento psicossocial, podendo ser esta uma das justificativas aceitas para o crescente aumento de gestação entre as adolescentes (GIORDANO E GIORDANO 2009). Corroborando com o pensamento anterior, para Brasil (2010), as mudanças socioculturais mais permissivas associadas a uma urgência biológica de natureza sexual precoce contribuem para o exercício da sexualidade em idades extremas.

O início das atividades sexuais não possui relação direta com a fase do desenvolvimento humano e pode sofrer fortes influências do ponto de vista cultural, social e religioso (TAQUETTE e VILHENA 2008). Para Figueiro (2002) e Leite, Rodrigues e Fonseca (2004), a questão da sexualidade precoce pode possuir relação direta com o eixo familiar, a ausência do diálogo e até mesmo os valores adotados pela família a respeito do sexo poderão fomentar, no adolescente, a busca pelo novo, expondo-o a relações desprotegidas para suprir uma carência emocional.

A psicologia busca explicar a complexidade das mudanças comportamentais no processo de transição entre o ser criança e a adolescência. Neste processo poderão surgir reações específicas como: vergonha em se trocar na frente de outras pessoas,

dificuldade em dialogar com a família, não aceitação das mudanças corporais; relações sexuais e lutos da adolescência por lembranças de experiências vivenciadas pela infância (BRÊTAS et al. 2008).

Estudo desenvolvido por Sousa, Fernandes e Barroso (2006) evidencia que uma das principais causas da atividade sexual precoce e suas possíveis complicações é a ausência do diálogo familiar. Tal situação é traduzida por meio do medo de represálias, de valores familiares frente ao sexo, o uso do silêncio por parte dos pais, utilizado como recurso inibitório frente à estimulação da vida sexual de seus filhos.

A sexualidade, embora ainda seja um tabu para a discussão nos dias atuais, assumiu e assume diferentes enfoques frente aos modelos estruturais de cultura e sociedade. Diante do citado, faz-se necessário compreender o contexto histórico de como a questão sexual foi debatida em diferentes épocas, principalmente no que se refere à figura do adolescente, incluindo questões de gênero.

Trabalhos desenvolvidos por Cano, Ferriani e Gomes (2000) retratam a evolução da sexualidade e sua relação com a adolescência. Os mesmos enfatizam que as atividades sexuais nas antigas civilizações eram livres e toleráveis em idades precoces. Somente com a organização social, o ato sexual passa a ser visto pela família com o objetivo de reprodução.

Ainda segundo os autores supracitados, para o povo grego, a função reprodutiva era a mais valorizada pelo casamento e as meninas eram preparadas para unir-se a um homem mais velho logo após seu período menstrual. Aos meninos, o casamento era permitido só após os 21 anos e ficava proibido, aos mesmos, masturbar-se como resposta à perda de energia pelo ato. A homossexualidade era algo permitido nos templos gregos somente entre os mestres responsáveis pelo desenvolvimento moral e intelectual dos jovens aprendizes.

Na Europa, por volta do século XVIII, permeava o amor romântico firmador do matrimônio, passando a ser o sexo algo realizado entre duas pessoas de gênero distinto que se escolheram e buscavam formar uma família. No Brasil, no período colonial, no que diz respeito ao gênero masculino, eram permitidas relações sexuais fora do casamento. No entanto, tanto para homens como para mulheres, a educação sexual sempre foi ostensivamente repressora. As regras sociais vigentes só aceitavam, para os jovens, o exercício do ato sexual dentro do matrimônio e mesmo assim limitado à reprodução (CANO, FERRIANI e GOMES 2000).

Na década de 60, outro movimento começa a tomar vulto, o “movimento hippie”, que surgiu como uma grande esperança de derrubada de muitos mitos políticos, culturais, sociais e entre eles os sexuais, como o da virgindade e o da superioridade masculina. Novos ideais começam a ser difundidos como: o direito ao prazer sem restrição, à liberação sexual da mulher através da pílula anticoncepcional e a quebra/ diminuição de censura dos meios de comunicação (CANO, FERRIANI e GOMES 2000).

Corroborando com os propósitos acima, Moreira et al. (2008) aponta que, nos dias atuais, várias concepções e valores têm se modificado com a evolução do pensamento humano. Assim, são percebidos de forma diversa a virgindade, o casamento, a maternidade, o amor, os papéis sexuais dentro das relações conjugais e sociais. O processo de construção familiar passa por intensas mudanças e a ausência de um planejamento pode contribuir para o início de lares precoces sem bases estruturais.

Atualmente, concomitantemente ao avanço tecnológico e à rápida velocidade de informação pode facilitar o rápido acesso a conteúdos relacionados a questões sexuais e/ou temas afins. No entanto, embora a atividade sexual na adolescência venha sendo tratada como algo natural, torna-se necessário maior envolvimento da família, escola e instituição de saúde no que se refere ao diálogo, já que a realização do ato sexual precoce, sem as devidas precauções, poderá desencadear problemas, com grande impacto na vida do jovem.

Pode-se afirmar que a invisibilidade de ações destinadas ao adolescente em unidades de saúde, bem como a efetividade de programas voltados para a sensibilização de jovens e seus familiares frente à prática sexual segura, tem contribuído para o distanciamento desta população das instituições de saúde, culminando na gravidez precoce e indesejada, considerada atualmente como uma questão de saúde pública (BENINCASA, REZENDE e CONIARIC, 2008).

Embora várias ações venham sendo desenvolvidas para minimizar os números de gestação precoce, este dado ainda é alarmante em países em desenvolvimento. Outro fator importante é a taxa de fecundidade entre as adolescentes. Neste quesito, o Brasil vem demonstrando redução importante em mulheres de idades centrais, porém existe um aumento nesta taxa quando analisado este dado em adolescentes (LEITE, RODRIGUES e FONSECA, 2004). Para Guimarães (2001), quando observada a taxa de fecundidade em idades extremas, os resultados apontam para um leve crescimento nesta faixa etária (10 a 14 anos), destacando ainda uma taxa maior em grupos sociais

nos quais a renda e a escolaridade são menores, exigindo assim maiores investimentos em atividades educativas.

A OMS ressalta a importância dos profissionais de saúde no desenvolvimento de suas ações frente às questões da sexualidade dos adolescentes, enfatizando que é neste período que as questões ligadas ao sexo tornam-se mais acentuadas. Cano, Ferriani e Gomes (2000) incitam os profissionais de saúde e familiares a encontrarem melhores maneiras de informar e orientar os jovens frente às questões de sua sexualidade. Neste contexto, a procura por uma unidade de saúde, por parte destes jovens, seja para orientações, apoio e/ou tratamento e encaminhamentos das mais diversas naturezas devem ser valorizados em todos os sentidos. O desenvolvimento de ações educativas visando à desmistificação e quebra de tabus relacionados à sexualidade deve ser encarado como uma prática educativa que envolva família, comunidade e gestão (BENINCASA, REZENDE e CONIARIC, 2008).

Diante das políticas públicas e toda a legislação que protege o adolescente, torna-se importante que o profissional de saúde conheça tais leis e o melhor direcionamento para a efetivação e cumprimento das mesmas, no que diz respeito à busca pela proteção do indivíduo nesta faixa etária. Ainda faz parte do processo assistencial não só proporcionar cuidados de cunho biológico e psicológico como referenciá-los aos órgãos de proteção competentes quando estes apresentarem-se sob perigo.

Conforme o Código Penal brasileiro (Art. 224, a.) é proibido à conjunção carnal em indivíduos menores de 14 anos de idade. Tal acontecimento pode ser enquadrado dentro dos crimes de estupro e atentado violento ao pudor caracterizado por violência absoluta, independentemente do consentimento da vítima. No entanto, atualmente esta presunção não existe mais em valores jurídicos, sendo considerado o consentimento da vítima para a deliberação das sanções (GOMES, DONATI, FERNANDES, 2009).

O autor supracitado enfatiza a divergência entre o estabelecido pelo Código Penal Brasileiro e o descrito pelo instrumento que regula leis e ações perante crianças e adolescentes. Segundo o ECA, a adolescência abrange a faixa etária a partir dos 12 anos, cujo consentimento para os casos que envolvem conjunção carnal têm caráter de validade para o poder judicial.

Segundo a legislação vigente, o adolescente passa a ter certa capacidade de compreensão, sujeitando-se a sanções por atos infracionais, evidentemente nunca

idêntica à de um adulto, mas entendendo ter o jovem certa capacidade motivacional. Neste contexto, se o menor adolescente, dentro de certos limites, é encarado como capaz de compreender o sentido ético do seu ato infracional, não há como excluir do mesmo a capacidade de compreensão sobre seus atos sexuais. (GOMES, DONATI, FERNANDES, 2009).

Diante do exposto, é importante que o profissional de saúde possa avaliar as possíveis dimensões que uma gestação precoce poderá acarretar, inclusive em sanções jurídicas aplicadas tanto para os menores e seus responsáveis como para profissionais de saúde. Assim, se a conjunção carnal é considerada proibida por lei para menores de 14 anos, cabe ao profissional, quando presta assistência a uma gestante dentro desta faixa etária, notificar as autoridades e acionar os familiares da mesma.

Esta atitude proposta pela lei poderá trazer sérias consequências para as adolescentes e seus conceptos, pois para a adolescente precoce grávida não ser acolhida nos serviços de saúde ou posteriormente ser exposta a um julgamento jurídico contribuirá para o afastamento desta jovem dos serviços básicos de saúde, consequentemente expondo mãe e feto a maiores riscos durante o processo gestacional.

1.3 Gravidez na Adolescência

A gravidez na adolescência vem se destacando no cenário de preocupação das políticas públicas mundiais. A incidência de uma gestação precoce aumenta quando analisada a problemática em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Estudos desenvolvidos por Barros et al, na década de 90, já retratavam uma preocupação com a maternidade precoce e associava o fato a prejuízos na saúde das adolescentes, comprometimento de sua educação, dependência econômica e mudanças no relacionamento social.

De acordo com Silva (2012), a gravidez na adolescência é um evento observado mundialmente e que tem aumentado nas últimas décadas. Neste contexto, diante da pouca escolaridade e instabilidade econômica, fatores considerados predisponentes para a elevação dos números de gestação precoce, esta problemática vem despertado interesse e preocupação principalmente nos países subdesenvolvidos.

Estudos desenvolvidos por Nery et al (2011) apontam que são altos os índices de gestação entre as adolescentes de 15 a 19 anos aqui no Brasil; enfatizam ainda que de 1,1 milhões de jovens nesta faixa etária, 25% já tinha pelo menos um filho. Nos Estados

Unidos este percentual cai pela metade, girando em torno de 14%; no Japão e em países desenvolvidos da Europa essa porcentagem ainda pode ser consideravelmente inferior quando comparada aos dados brasileiros (SANT´ANNA 2009).

Conforme relatório da UNFPA no ano de 2013, diariamente 20 mil adolescentes menores de 18 anos dá à luz em países em desenvolvimento; das 7,3 milhões de jovens menores de 18 anos que passam pela parturição a cada ano, 2 milhões possui menos que 15 anos de idade e 95% desse partos ocorrem em países em desenvolvimento.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), não existe um motivo definido para a gravidez na adolescência. A mesma pode decorrer de aspectos multicausais, relacionando-se com fatores sociais, econômicos, pessoais, condições materiais de vida, exercício da sexualidade e até desejo da maternidade. Ainda afirma que essa problemática pode ter relação direta com as desigualdades da vida social e cultural do nosso país.

Para Mello e Lima (2000) e Bergamaschi e Praça (2008), a gravidez é um período de transição biologicamente determinado, caracterizado por mudanças metabólicas complexas e por grandes perspectivas de mudanças no papel social, na necessidade de novas adaptações, reajustamentos intrapessoais e mudanças de identidade. Embora a gestação na adolescência possa ser considerada como um evento-problema, para o Ministério da Saúde a mesma poderá ser entendida como um processo capaz de resultar em uma multiplicidade de experiências de vida (BRASIL 2012).

Embora alguns estudiosos defendam a ideia de que a gravidez é um fenômeno que fisicamente pode ser bem tolerada pelas adolescentes quando estas recebem uma assistência de pré-natal adequada, outros ressaltam a afirmativa de que as complicações oriundas de uma gestação precoce propiciam complicações que põem não só a vida da adolescente em risco como também a do feto (YAZLLE et al. 2006). Corroborando com este contexto, em relatos da UNFPA (2013) estima-se que 70 mil adolescentes morrem a cada ano por complicações durante a gravidez ou o parto.

Estudos desenvolvidos por Moreira et al. (2008) apontam que os índices de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram o crescimento do número de internações para atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 14 anos. Conforme o Ministério da Saúde, na última década o Brasil tem conseguido reduzir em 30% o número de partos em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos; no entanto, a faixa

etária de 10 a 15 anos permanece inalterada, apresentando o número de 27 mil partos a cada ano, o que representa 1% do total de partos no Brasil (BRASIL 2012).

Para o Ministério da Saúde, as adolescentes grávidas não possuem maiores riscos clínicos e obstétricos quando comparadas às outras grávidas, pelo simples fato de serem adolescentes. No entanto, BRASIL (2012) reafirma a importância de um monitoramento efetivo frente à gestação precoce em adolescentes numa faixa etária de 10 a 14 anos. Estas apresentam maiores riscos materno-fetais e podem apresentar resultados próximos da população geral quando recebem atenção qualificada. Meninas com idade inferior a 15 anos, quando grávidas, apresentam o dobro de risco de morte materna e fístula obstétrica (UNFPA 2013).

De acordo com Moreira et al. (2008), a gestação em si é um momento delicado que requer bastante atenção e associando este fato ao ser adolescente poderá surgir um leque de transformações que fomentam grandes emoções e acontecimentos. Corroborando com este contexto, a UNFPA (2013) aponta, em seus relatos, que a gestação nesse período surge como um fator dificultador da continuação dos jovens na escola, podendo ocasionar assim a perpetuação da pobreza.

Uma gestação precoce, de modo geral, é enfrentada com dificuldade, e esta situação pode ser explicada pela rápida passagem do papel de filha para o papel de mãe. A transição abrupta do papel de mulher ainda em transição para vivenciar a maternidade pode levar a adolescente ao enfrentamento de situações conflitantes e penosas acompanhadas de um despreparo físico, psicológico, social e economicamente abalado (MOREIRA et al. 2008).

Engravidar na fase da adolescência não é algo decorrente da sociedade moderna, haja vista que a maternidade precoce se faz presente por séculos. No entanto, as condições sociais, econômicas e culturais enfatizam a problemática, destacando-se no momento a questão da gravidez indesejada sem estrutura para a manutenção da mesma (MOREIRA et al 2008).

A concentração de óbitos neonatais verificados no Brasil em 2003-2005 deu-se principalmente pela prematuridade, infecções, asfixia/hipóxia, malformações congênitas, fatores maternos e relacionados à gravidez; tais causas demonstram a estreita relação da assistência de saúde dispensada à gestante e ao RN durante o período do pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e na unidade neonatal e a importância de se considerar as ações dirigidas à melhoria desta assistência (VICTÓRIA 2001).

1.4 Políticas públicas de amparo ao adolescente

Pode-se afirmar que as políticas públicas passam a ser construídas diante das transformações vivenciadas por um grupo de indivíduos e sua relação com o período histórico em contexto, sofrendo interferências de cunho social e econômico. Historicamente as primeiras políticas públicas surgem na Europa durante o século XVII, após o estabelecimento das novas relações de poder entre estado e sociedade junto ao nascimento da medicina.

Quanto aos ideais de proteção à criança e ao adolescente, a percepção mais difundida para estas populações como seres em desenvolvimento no mundo moderno foi resultado de um longo processo social que envolveu transformações na organização social, desde o ponto de vista da esfera privada das famílias até a esfera pública da conviviabilidade social (ARIÈS, 1981).

No Brasil, a construção histórica da questão assistencial junto ao adolescente passou por alguns momentos: a promulgação do Código de Menores de 1927, que configurou este campo de intervenção; a consolidação da organização da assistência social fragmentada entre o atendimento aos menores e outras iniciativas de proteção social para o atendimento da criança, na área do trabalho, na normatização de ações preventivas de saúde e assistência social e na obrigatoriedade do ensino fundamental no período entre 1930 e 1943; a vigência da Política de Bem-Estar do Menor (PNBEM), entre 1964 e 1988, com a criação da Fundação do Bem-Estar do Menor (FUNABEM); e a formulação e a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), nos anos 90. (MENDONÇA, 2002).

Visando melhor qualidade da saúde para crianças e adolescentes, no Brasil, diversas políticas foram elaboradas para direcionar programas e estratégias que buscassem ampliar a rede de cobertura assistencial no âmbito preventivo, curativo e protetor para esta clientela. Tais ações encontravam-se diretamente envolvidas com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS e agregam conhecimentos específicos da área, fomentando maior envolvimento entre os níveis assistenciais de saúde e melhores resultados para os problemas identificados.

Em 1989 cria-se o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) tendo como princípios básicos: promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, reduzir a morbimortalidade e os desajustes

individuais e sociais, normatizar as ações das áreas prioritárias, estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos Programas Estaduais e Municipais, assegurar o atendimento adequado às características dos jovens, respeitando as particularidades regionais e a realidade local, promover e apoiar estudos e pesquisas relativas à adolescência e atuar na formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis Federal, Estadual e Municipal, e nos âmbitos governamentais e não governamentais (HORA et al. 2008).

O programa busca atuar também na elaboração de metas relacionadas à saúde dos adolescentes por meio de realização de atendimentos ambulatoriais, reunindo uma equipe multiprofissional voltada para o atendimento integral desta população. Vislumbra a adequação dos serviços de saúde às suas necessidades específicas, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis, valorizando características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local e prioriza a participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações. (BRASIL 2007).

Ferreira (2006) traz em seus estudos que, nos últimos anos, a área de saúde do adolescente vem merecendo atenção especial do Ministério da Saúde. Ratifica a importância quando menciona que em 1999 foi assinado um convênio com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) para o desenvolvimento do “Projeto Acolher” que, entre outros objetivos, incluía o incremento de pesquisa na área da saúde do adolescente e propostas de metodologias participativas no atendimento integral ao adolescente.

Lidar com esse seguimento da população é um desafio, pois a adolescência é uma fase marcada por mudanças intensas e multidimensionais, que abarcam a esfera física, psicológica e sociocultural. O crescimento e o desenvolvimento nesta faixa etária ganham importância ímpar, tanto que se constitui no eixo central que orienta as ações do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente – PROSAD -, deferido pelo Ministério da Saúde, fomentando a criação, no ano de 2005, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

Infelizmente o processo de construção de políticas públicas e ampliação das estratégias em saúde não possuem proporcionalidade entre o eixo saúde da criança e saúde do adolescente. No que se refere a este último grupo, os programas desenvolvidos e implantados na rede básica, bem como a rotulação de estigmas voltados para ações

infratoras neste grupo acabam distanciando os mesmos das unidades de saúde e dos profissionais que nelas atuam.

Na área de saúde da criança vários avanços foram alcançados frente às implantações de políticas, programas e estratégias para redução dos agravos e da morbimortalidade da população infantil, compreendendo desde o período neonatal até a infância. No entanto, os números ainda assustam, principalmente quando os dados referem-se à região nordeste.

Conforme dados divulgados pelo IBGE/CENSO 2010, a mortalidade infantil nacional variou de 29,7% para 15,6% num período de dez anos. No entanto, no Nordeste, embora tenha havido uma redução considerável de 44,7% para 18,5% no mesmo período, a região ainda possui uma taxa muito maior que a média nacional.

Em 2004 ocorre o lançamento da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que contribuiu tanto para a promoção da saúde materna, quanto infantil. Esta agenda destaca, dentro das linhas de cuidado, a atenção integral da Saúde da Criança, a redução da mortalidade infantil, as ações de Saúde da Mulher com atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido, e o incentivo ao aleitamento materno desde a gestação até o puerpério (BRASIL, 2012).

Conforme dados do Ministério da Saúde, no ano de 2008 foram publicados os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança, que apontam uma queda de 44% na mortalidade infantil, aumento da amamentação no primeiro dia pós-parto de 70,8% para 99,5%; o acesso das crianças aos serviços de saúde passou de 18,2% para 49,7% houve melhora da cobertura ao pré-natal (99% em 2006 contra 86% em 1996), além desses dados, outros refletem a melhora do planejamento familiar (BRASIL, 2009).

Uma das principais problemáticas vivenciadas pela gestação precoce é a prematuridade. Neste contexto, várias são as estratégias utilizadas pelas políticas governamentais que visam não só ampliar as expectativas de vida desses recém-nascidos, reduzindo os índices de morbimortalidade neste grupo, como diminuir os gastos ao serviço público, apresentados pela rede hospitalar em relação aos serviços ofertados pela neonatologia.

Em 2009, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/MS incluiu, na sua agenda de ações estratégicas, o fortalecimento e a expansão do Método Canguru no território brasileiro, entendendo que o fortalecimento e expansão do mesmo

é um importante recurso para a humanização do atendimento ao binômio mãe-bebê, maior desenvolvimento do neonato e incentivo à promoção do aleitamento materno no Brasil, contribuindo para a melhoria da assistência à saúde e da qualidade de vida das crianças brasileiras (BRASIL, 2009).

Recentemente a mais nova estratégia voltada para o processo assistencial da gestante e seu recém-nascido denomina-se Rede Cegonha, criada em 2011, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, cuja proposta é articular uma rede de cuidados que assegure à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

No âmbito da enfermagem, compreender o processo de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, bem como suas estratégias para a implantação em busca de melhores resultados encontra-se inerentes às atividades do enfermeiro. Para modificar uma realidade, é necessário identificar obstáculos, presentes na área da saúde, que impeçam uma assistência digna e humana, cabendo a todos os partícipes a idealização e implementação de estratégias eficazes, tendo como meta uma assistência enérgica, resolutiva, de qualidade e humanizada.

Conhecer as políticas públicas de saúde e seu processo de construção não só fomenta a busca por melhorias, como proporciona ferramentas para implantação de mudanças capazes de construir resultados positivos frente à promoção, prevenção e recuperação da saúde de crianças e jovens. Vale salientar que para o alcance do sucesso frente à redução dos números de óbitos e complicações apresentadas por estas populações, requer ações conjuntas da sociedade, do governo e dos profissionais.

1.5 Condições de Saúde do Recém-Nascido expressas em sistema de notificação

Conforme o IBGE (2005), os dados sobre o nascimento são importantes tanto para o aspecto demográfico quanto para a saúde, possibilitando a construção de diversos indicadores, dentre os quais se destaca a avaliação ao nascer. No que se refere aos números de nascimentos ocorridos a cada ano, tais dados poderão ser acessados por meio das Declarações de Nascidos Vivos (DNVs) emitidas pelo estabelecimento de saúde do país através do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

Para Vicava, (2009) o Brasil evolui na forma de acompanhar os nascimentos no país. Até a década de 90 os registros de nascimento eram encontrados apenas em nota

civil por meio dos cartórios, possibilitando inúmeras subnotificações; no entanto, diante do reconhecimento por parte do Ministério da Saúde em agregar informações sobre nascimentos vivos para as estatísticas em saúde, epidemiologia e demográficas, cria-se em 1990 o SINASC.

O sistema, de âmbito nacional sob a responsabilidade das Secretarias Municipais e Estaduais de saúde, teve sua implantação com o objetivo de conhecer o perfil epidemiológico dos nascidos vivos, conforme as variáveis, como peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto, idade da mãe e números de partos. (DRUMONT, MACHADO e FRANÇA, 2008).

Os dados do nascimento são obtidos por meio da Declaração de Nascidos Vivos, sendo este um documento de emissão obrigatória para hospitais ou instituições de saúde que realizam partos. Estes dados dever ser disponibilizados para a população por meio da web em um prazo de até dois anos após o seu preenchimento, configurando documento importante não só para levantamentos estatísticos como evidenciam condições de saúde da criança ao nascer (COSTA e FRIAS, 2009).

A condição de saúde do recém-nascido está relacionada a diversos fatores, podendo destacar o acompanhamento da gestante durante o período gravídico. Conforme o Ministério da Saúde é recomendado, no mínimo, seis consultas de pré-natal para a gestante, ampliando o acompanhamento quando a gestação apresenta fatores de risco para a mãe ou o bebê. Segundo Formiga e Linhares (2009), a falta de acompanhamento de uma pré-natal e a condição da estrutura familiar aumenta muito mais a morbimortalidade neonatal quanto a estes riscos.

No Brasil, boa parte dos partos ocorre nas redes hospitalares e, neste contexto, sabe-se que uma gestação a termo proporciona 91% de RNs saudáveis. A duração da gestação é um dos fatores importantes para as condições ideais do nascimento, com maiores chances de o RN nascer saudável, diminuindo o índice de mortalidade neonatal. A idade materna também é um fator importante para o desenvolvimento fetal, influindo diretamente na probabilidade de esgotamento correto da duração da gestação.

Considerando que os indicadores de mortalidade infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos, o governo brasileiro vem ampliando as ações adotadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde nessa faixa etária. Conforme determina o Art. 1º, parágrafo único, da Portaria n.º 1.020, de 29 de maio de 2013, do Ministério da Saúde, a “Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve ser compreendida como o conjunto de ações e serviços que abrange

a atenção à gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e à puérpera de risco". (BRASIL, 2013).

Segundo relatório da Organização das Nações Unidas (2013), o Brasil apresentava, na década de 90, um índice de 58 mortes para cada mil crianças nascidas vivas; dessas, 40% da mortalidade envolvia o período neonatal que compreende os primeiros 28 dias do recém-nascido. Estes números foram reduzidos para 16 no ano de 2011 e embora tenha ocorrido uma redução importante nas taxas de óbito, os dados apontados pelo relatório colocavam o país no 107º lugar quando comparado com outros países.

Diante das altas taxas de mortalidade no período neonatal as ações de saúde buscam desenvolver intervenções no âmbito da atenção primária, visando minimizar as causas determinantes do problema. Para FRANÇA e LANSKY (2009), torna-se necessário não só proporcionar melhores condições de nascimento como ampliar a assistência no período do pré-natal.

Para ocorrer um nascimento saudável diversos fatores devem estar interligados dentro de um contexto de operacionalização e organização em Saúde. Assim fatores sociais, políticos, econômicos, culturais e biológicos podem interferir diretamente nas condições de saúde durante o nascimento de uma criança. Para Silva e Vieira (2008), a atenção ao RN deve ser estruturada e organizada, com a aplicação de uma equipe de saúde especializada, capaz de garantir o melhor atendimento para o RN. Embora a maioria das crianças nasçam com boa vitalidade, são indispensáveis conhecimento e habilidade da equipe de saúde no processo de avaliação inicial deste ser no momento de transição da vida intrauterina para a extrauterina.

Diversas variáveis vão estar ligadas às condições de saúde do recém-nascido, podendo ser consideradas como causas determinantes dos altos índices de mortalidade neonatal. Rocha (2013) aponta, em seus estudos, que a disponibilidade de acesso aos serviços de saúde, a assistência de qualidade prestada pelo pré-natal, parto e cuidados junto ao recém-nascido são variáveis capazes de interferir na condição de saúde do neonato.

Outro fator que condiciona a avaliação das condições de saúde do recém-nascido são as variáveis biológicas. Geib (2010) consegue fazer uma relação com a mortalidade neonatal quando analisa algumas variáveis como o Apgar, o peso de nascimento e a idade gestacional (IG) da criança. Neste contexto as condições de

nascimento e a suas repercussões na condição de saúde no recém-nascido encontra-se intimamente ligada aos fatores socioeconômicos e biológicos.

Para avaliação das condições de saúde no recém-nascido alguns parâmetros devem ser avaliados e norteiam as ações para o cuidado junto ao neonato após o nascimento. Imediatamente após o nascimento torna-se preciso realizar uma avaliação rápida do concepto, atentando-se para sua idade gestacional, ausência de mecônio, condição respiratória e tônus muscular, definindo assim a necessidade de uma reanimação (BRASIL, 2011).

Inicialmente, a vitalidade no nascimento pode ser mensurada por meio da respiração, pois quando o cordão umbilical é pinçado, o padrão fetal é alterado, uma vez que a placenta deixa de promover a hematose em meio uterino. Já na vida extrauterina, os pulmões tomam esta função, e nos primeiros trinta segundos de vida deve ocorrer a primeira respiração, normalmente seguida de choro em crianças saudáveis. Caso isso não aconteça, a equipe tem que estar habilitada a identificar o problema e logo intervir com manobras cardiorrespiratórias, até que a criança estabeleça os movimentos respiratórios (BRASIL, 2011).

Para Kilsztajn et al. (2007), o escore de Apgar, que mensura a vitalidade do RN no primeiro e no quinto minuto de vida, é um importante indicador de risco de morbimortalidade neonatal. Corroborando, Santos (2009) afirma que o referido escore, denominado em homenagem à sua criadora, a anestesista inglesa Virginia Apgar, examina condições físicas e a capacidade de resposta, ajudando a identificar a necessidade de reanimação ou outros cuidados especiais, a partir da avaliação de cinco indicadores, quais sejam: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, coloração e irritabilidade reflexa.

Ainda conforme Brasil (2011), o boletim de Apgar é um recurso indispensável para a classificação da vitalidade do neonato e tem com finalidade avaliar as condições cardíacas, respiratória e motora do recém-nascido no primeiro e no quinto minuto de vida. Para um resultado satisfatório o RN deve apresentar um escore acima de sete. Se o escore for inferior a sete no quinto minuto, recomenda-se sua aplicação a cada cinco minutos, até 20 minutos de vida (ACOG, 2006).

Apesar de sua ampla utilização do teste de Apgar, principalmente nos países subdesenvolvidos, tem sido objeto de várias críticas, pois é amplamente influenciado por fatores subjetivos relativos a cada profissional e por ser limitado a elementos descritivos e não explicativos. Por exemplo, elementos da escala de Apgar como tônus,

irritabilidade reflexa, esforço respiratório, são dependentes da maturidade do feto; sendo assim, os RNs prematuros têm apresentados Apgar baixo, apesar de não apresentar evidências bioquímicas de asfixia (HÜBNER & JUÁREZ, 2002).

Outro indicador de avaliação em sala de parto é o peso de nascimento, sendo este um parâmetro utilizado para avaliar as condições de saúde do recém-nascido. O baixo peso ao nascer (< 2.500g) é associado à maior mortalidade e morbidade neonatal e infantil, sendo considerado o fator isolado mais influente na sobrevivência nos primeiros anos de vida. (TOURINHO e REIS 2013)

Nas primeiras horas de vida o método sistematizado de avaliação inicial proporciona conhecimento da vitalidade no nascimento do recém-nascido após o parto. Permite identificar fatores determinantes para sua condição de saúde, além de traçar seu perfil patológico caso tenha este desfecho. Assim a aplicabilidade da escala de APGAR contribui para a redução da mortalidade perinatal (BRASIL 2011).

Tais ações permitem diferenciar o recém-nascido de risco dos demais neonatos sem potenciais para gravidades. Para o MS (2012), um neonato de risco apresenta como características dados que antecedem ao parto, sendo eles: ser filho de mãe adolescente (<20 anos); com baixo nível socioeconômico; com gravidez indesejada e ser mãe com baixa instrução (< oito anos de estudo); esses fatores aumentam a exposição desses RNs a riscos durante a gestação e no parto.

Outros fatores poderão condicionar dificuldades no processo de manutenção da vida ao nascer e estes podem possuir ligação direta com o neonato, expondo a condição de alto risco. Para Brasil (2012), esses fatores podem ser representados por: escore de Apgar <7 no 5º min.; ser prematuro, apresentar peso ao nascer inferior a 2.000g; possuir IG < 35 semanas ou evidenciar anomalias congênitas ao nascimento.

2. METODOLOGIA

2.1 Desenho e Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, desenvolvido a partir de dados secundários obtidos do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Os dados secundários disponíveis para consulta no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) possibilitou o acesso a um grande volume de informações sobre as condições de nascimento de recém-nascidos de mães em fase precoce da adolescência.

A abordagem exploratória teve como finalidade esclarecer quais os determinantes utilizados para classificar a condição de saúde da população em estudo, tendo em vista a formulação de problemas cujo objetivo é proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca desta discussão. Portanto, este estudo se firma como pesquisa de natureza quantitativa, partindo do acesso a bancos de dados públicos, que depois de explorados por meio de uma rotina de extração possibilitaram traçar tabelas e gráficos que demonstram situações reais das condições de saúde de recém-nascidos filhos de mães pré-adolescentes no estado da Bahia no ano de 2012.

Tal estudo contribui para um processo de mudança, criação ou formação de opiniões deste grupo, permitindo um maior grau de profundidade da interpretação das particularidades, da problemática e das respostas apresentadas pelo neonato. (MINAYO, 2000).

2.2 População do estudo

Os sujeitos deste estudo foram mães na fase precoce da adolescência (idade entre 10 e 14 anos) e seus recém-nascidos com período de nascimento datado de janeiro a dezembro de 2012 no estado da Bahia. A população segue a classificação de desenvolvimento adotada pela UNICEF (2011). Foram excluídos do estudo todos os recém-nascidos de mães com faixa etária superior a 14 anos ou neonatos que apresentavam em sua DNV seis ou mais variáveis sem preenchimento.

2.3 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Salvador, no estado da Bahia, e para a realização do mesmo foram utilizados os dados do SINASC para o estado descrito. Este sistema de informação é uma importante ferramenta para o acompanhamento das condições de saúde de recém-nascidos do país. Criado a partir da década de 90 e implantado em todo o território nacional, encontra-se sob responsabilidade das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde através do preenchimento das Declarações de Nascidos Vivos.

Para Drumond, Machado e França (2009), embora os estudos científicos realizados a partir dos sistemas de informação em saúde possuam a desvantagem por ligar-se à utilização de dados secundários, podem se destacar pelo baixo custo para sua realização, pela sua caracterização de estudo populacional com abrangência nacional, sendo extremamente valioso para fomentar intervenções de saúde voltadas para o grupo específico.

2.4 Coletas dos Dados

Os dados foram obtidos por meio dos microdados dos arquivos do SINASC. “O SINASC, acessado na webpage do DATASUS, disponibiliza as informações referentes às variáveis presentes nas Declarações de Nascidos Vivos em arquivos no formato “.DBC”. Os arquivos “DBC” carregam as informações de todas as DNVs geradas nos diversos estabelecimentos de saúde. Para este estudo, foram utilizados os registros referentes aos nascimentos na Bahia, no ano de 2012, que correspondeu ao ano mais recente para a disponibilidade dos dados públicos.

Os arquivos “DBC”, disponíveis numa versão compacta (microdados), foram expandidos, com uso do TabWin, dando origem aos arquivos no formato “.DBF”. Tais arquivos exibem as informações das DNVs nas linhas estruturais do banco de dados e cada uma das variáveis de interesse é apresentada nas colunas. Este arquivo posteriormente foi convertido através do STATA TRANSFER para o formato “.DTA”, tornando possível a análise por meio do software STATA versão 12. Ainda por meio deste programa, o banco de dados contendo as informações das Declarações de Nascidos Vivos, ocorridos no estado da Bahia, em 2012, passou por um processo de limpeza e tratamento de dados antes de proceder à análise. O processo de limpeza do

banco de dados tem por objetivo selecionar a população e as variáveis de interesse para responder aos objetivos do estudo. Dessa forma, foram mantidas no banco de dados apenas as fichas cujas mães apresentam idade entre 10 e 14 anos e as variáveis definidas para o estudo apresentavam-se preenchidas. Todo esse processo possibilitou a garantia de que o estudo analisasse as DNVs com boa qualidade de preenchimento.

2.5 Descrição das Variáveis

As variáveis do estudo foram classificadas em dois grupos: variáveis relacionadas à mãe e as do recém-nascido. As características maternas foram: idade materna, estado civil, raça/cor, escolaridade, quantidade de filhos vivos, quantidade de filhos mortos, tipo de gestação, tipo de parto, tipo de gravidez e número de consultas de pré-natal. As variáveis relacionadas ao recém-nascido foram: local de nascimento, sexo, Apgar de 5 minutos, raça/cor, peso de nascimento, idade gestacional (IG) e presença de anomalia.

Diante da variável materna, a idade da mãe no estudo segue a classificação da UNICEF (2011) para adolescência precoce (10 a 14 anos). Ainda buscando melhor compreensão dos riscos para uma gestação em idade extrema optou-se por dividir tal variável entre os limites de 10 a 12 anos e de 13 a 14 anos. O estado civil foi subdivido em “com companheiro” (mães autodeclaradas casadas ou em união estável) e “sem companheiro” (mães que se autodeclaram solteiras, viúvas ou separadas judicialmente).

A variável raça/cor adotou o pré-estabelecido pelo IBGE: branco; pardo; preto; amarelo e indígena (OSORIO 2003). A escolaridade foi definida por anos de estudos, o número de gestação foi correlacionado com a classificação materna em primípara ou multípara; a primeira refere-se à adolescente que não possui nenhum histórico de gestação anterior e a segunda aquela que já apresentou uma gestação ou mais. O tipo de gestação foi classificado em pré-termo (> 37 semanas), a termo (37 a 41 semanas) e pós-termo (< 42 semanas). O número de consultas de pré-natal foi considerado adequado quando este número foi superior ou igual a seis e inadequado quando inferior a seis consultas. (BRASIL 2012).

A variável peso de nascimento, relacionada ao recém-nascido, segue a classificação adotada pelo Ministério da saúde. A classificação do peso de nascimento foi estratificada em Baixo peso de nascimento (>2.500g) e peso de nascimento normal (2.500g a 3.999g).

Todas as variáveis foram analisadas de acordo com seu padrão de normalidade adotadas para recém-nascidos saudáveis. Foi adotado como variável de desfecho o Apgar de 5 minutos, categorizado em boa vitalidade no nascimento ou vitalidade no nascimento insatisfatória. Para a classificação de boa vitalidade no nascimento, o estudo adotou o escore da escala de APGAR, cuja vitalidade de nascimento satisfatória apresentou escore igual ou maior que sete no quinto minuto de vida. No entanto, foram considerados com condição de nascimento insatisfatória os neonatos que apresentaram escore de APGAR inferior a sete.

2.6 Análise dos Dados

Realizou-se inicialmente um estudo descritivo e univariado dos dados mediante uso de medidas descritivas (medidas de tendência central e de dispersão) e distribuição de frequências. Após a análise descritiva, as variáveis independentes foram testadas para identificar possíveis correlações com o desfecho, que neste caso foi o Apgar no quinto minuto, dicotomizado em “condição de nascimento satisfatória” e “condição de nascimento insatisfatória”, considerando o valor sete como ponto de corte.

Os testes realizados para verificar as correlações foram de dois tipos. No caso em que o objetivo foi testar o desfecho com variáveis contínuas, aplicou-se o Teste T de Student para avaliar as diferenças entre os valores médios; nos testes do desfecho com variáveis categóricas, foi aplicado o Teste Qui Quadrado de Pearson. Em ambos os casos, foi considerada associação estatisticamente significante ($p < 0,05$).

No intuito de investigar possíveis associações entre as variáveis explicativas e a variável dependente, foi realizada uma análise bivariada. Aquelas variáveis com valor de $p < 0,05$ seguiram para o modelo multivariado de regressão logística, utilizando-se como medida de associação a Razão de Prevalência (RP) com Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). As variáveis com valor de $p < 0,1$ foram levadas a um modelo multivariado; neste, aqueles que obtiveram um valor de $p < 0,05$ foram considerados fatores independentemente associados ao desfecho e compuseram o modelo final. Os dados foram analisados com o software estatístico STATA versão 12.

2.7 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo se caracteriza por análise de dados secundários, de domínio público e livre acesso via *web*. Não existe a possibilidade de obter a identificação pessoal dos recém-nascidos ou de suas mães extraídas via dados fornecidos pelo DATASUS via SINASC. Diante deste contexto, a pesquisa não utilizou o TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) por não envolver o contato direto com o paciente.

Ainda assim, o estudo foi pautado nas diretrizes estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, incorporando sob a ética do indivíduo e da coletividade a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, com vistas a assegurar os direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa (BRASIL, 2012). O mesmo foi submetido para a apreciação do Comitê de Ética e aprovado sob o registro de N° 46534914.9.0000.5520. O pesquisador ainda se compromete eticamente tanto com o processo de desenvolvimento da pesquisa como de tornar públicos os resultados obtidos ao seu final.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em forma de dois manuscritos que estão formatados de acordo com as normas dos periódicos selecionados para a submissão.

A seleção dos temas abordados nos manuscritos busca contemplar os objetivos propostos no estudo. Dessa maneira, com vistas a responder o primeiro e o segundo objetivo específico, descrever as características sociodemográficas e ginecobstétricas de mães adolescentes precoces, foi elaborado o primeiro manuscrito intitulado "**Associação entre as características socioeconômicas e ginecobstétricas de mães adolescentes precoces e vitalidade no nascimento de seus RN´s**".

Para atender o terceiro e quarto objetivos, identificar as características de saúde dos recém-nascidos de mães adolescentes precoces e caracterizar a vitalidade desses recém-nascidos ao nascimento foi elaborado o manuscrito "**Características de Recém-nascidos de mães em fase precoce da adolescência associadas à vitalidade no nascimento**". O alcance do objetivo geral, analisar a associação entre os fatores relacionados à vitalidade no nascimento dos recém-nascidos de mães adolescentes

precoces, foi contemplado nos dois manuscritos apresentados com os resultados da pesquisa.

3.1 MANUSCRITO 1: Associação entre as características socioeconômicas e ginecobstétricas de mães adolescentes precoces e vitalidade no nascimento de seus RN´s.

Manuscrito foi submetido ao Caderno de Saúde Pública, **ISSN 1678-4464** ***versión on-line*** e foi elaborado conforme as instruções para os autores, disponíveis no link: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php

Associação entre as características socioeconômicas e ginecobstétricas de mães adolescentes precoces e vitalidade no nascimento de seus RN´s[1]

Josielson Costa da Silva[2]
Climene Laura de Camargo[3]
Ridalva Dias Martins Felzemburg [4]

RESUMO

Estudo epidemiológico, de corte transversal, desenvolvido a partir de dados secundários obtidos do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) no ano de 2012. O estudo busca verificar a associação entre as características socioeconômicas e ginecobstétricas de mães em fase precoce da adolescência e a vitalidade de nascimento dos seus filhos. A pesquisa envolveu 1.344 recém-nascidos de mães na fase precoce da adolescência (idade entre 10 e 14 anos), nascidos no ano de2012 no estado da Bahia. Adotou como desfecho o Apgar de 5 minutos categorizado em boa vitalidade no nascimento (Apgar>=7 ou vitalidade de nascimento insatisfatória Apgar<7). Realizou-se uma análise bivariada calculando a razão de prevalência (RP) com 95% (IC95%); optou-se pela regressão logística para realizar a análise multivariada, adotando o método de regressão stepwise backward. 11,6% (156) dos recém-nascidos apresentaram o escore de Apgar inferior a sete no primeiro minuto de vida enquanto que 88,4% (1.188) se mostraram com Apgar superior ou igual a sete. 93,2% (1252) das adolescentes em estudo foram declaradas negras. 3,5% dos partos ocorreram em adolescentes com idades extremas (10-12 anos), 74,1% das mães não possuíam companheiros. Ser primigesta (OR=2,03; IC:0,26-0,97) não manteve associação com o Apgar. A gravidez ser com feto único (OR=7,16; IC: 1,82-28,25) aumentou as chances de ter um Apgar satisfatório ao nascimento, sendo considerado fator de proteção. Em sentido oposto, durante a gestação ter realizado três consultas pré-natais ou menos (OR=0,41; IC: 0,22-0,77) reduziu as chances de apresentar um escore de Apgar ao quinto minuto satisfatório, sendo considerado fator de risco. A gravidez na adolescência precoce traz importantes consequências para a vitalidade no nascimento em recém-nascidos. A alimentação das bases de dados do Sistema de informação em Saúde é algo crucial e que deve ser mais bem trabalhado entre os profissionais da área.

Recém-nascido; Gravidez na adolescência; Sistema de Informação; Apgar.

[1]Pesquisa extraída da dissertação “Fatores associados à vitalidade no nascimento de filhos de mães adolescentes precoces”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Bahia – UFBA.

[2]Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem EEUFBA. Especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica.

[3]Professora Orientadora. PhD em Enfermagem. UFBA - Universidade Federal da Bahia.
[4]Professora Orientadora. PhD em Enfermagem. UFBA - Universidade Federal da Bahia.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de transição, marcada por profundas transformações no sistema emocional, comportamental e cognitivo, em que os jovens procuram resolver sua identidade (ASSUNÇÃO e MATOS, 2014). Assim, pode-se afirmar que são diversos os parâmetros para identificar os limites de idade que definem adolescência e juventude. (RAMOS, PEREIRA e ROCHA, 2014).

Segundo a OMS (2004), a adolescência é um período que compreende dos 10 aos 19 anos, enquanto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), adolescência é considerada como sendo a faixa etária que abarca a idade de 12 a 18 anos. Já o Ministério da Saúde (1996) e a UNICEF (2011) compreendem a adolescência como um período que abrange dos 10 aos 19 anos. A UNICEF ainda classifica a adolescência em fase inicial dos 10 aos 14 anos, em que ocorrem as mudanças biológicas, e fase final, dos 15 aos 19 anos, com desenvolvimento e reorganização da capacidade de pensamento analítico e reflexivo.

Para Martinez et al (2011), as relações afetivas de maior importância no período da infância e a adolescência se transformam, saindo do eixo familiar para o sexual. Acredita-se ter como causa a estimulação hormonal, o que favorece uma etapa marcada pelo namoro e início de experiências sexuais.

Conforme relatório divulgado pela UNICEF (2011), a gravidez na adolescência como um fenômeno complexo, com múltiplas causas e consequências, na maioria das vezes resulta de uma trajetória de exclusão e de imputação de responsabilidades sobre uma classe de vulneráveis. No Brasil 2,8% das meninas numa faixa etária entre 12 e 17 anos já tiveram filhos.

Apesar de a legislação brasileira em vigência classificar as relações sexuais antes dos 14 anos como estupro de vulnerável, o número de adolescentes grávidas nessa faixa etária tem aumentado consideravelmente. Entretanto, frente à gravidade da situação, a literatura científica sobre a vivência da maternidade na adolescência ainda é escassa, particularmente no que se refere ao grupo de jovens entre 10 e 14 anos.

A taxas de natalidade dos adolescentes caiu cerca de 34,6% entre 2000 e 2009. No entanto essa queda tem sido especifica para o grupo de mães entre 15 e 17 anos. Já

entre as meninas menores de 15 anos, a tendência é oposta, a taxa de fecundidade vem crescendo nos últimos anos, passando de 8,6 para 9,6 nascidos vivos por mil (UNICEF, 2011).

As complicações relacionadas à gravidez e ao parto estão entre as principais causas de morte entre as adolescentes de 15 a 19 anos de idade no mundo, (UNICEF, 2011; UNFPA, 2013). Ao se comparar mulheres adultas e adolescentes, observou-se que estas têm apresentado maior incidência de complicações obstétricas envolvendo o binômio, sendo que para as mais jovens os riscos são mais relevantes (MARTINS et al, 2011, Viellas, 2012). Para Goldenberg, et al. (2005), o risco de as adolescentes terem parto prematuro é de 75%, comparado às mulheres adultas. Entretanto, a prevenção da gestação nesta faixa etária ainda necessita de vários estudos, pois além de sua complexidade exige a abordagem de várias vertentes: Educação, acesso aos serviços de saúde, trabalho e renda, lazer, entre outros.

Segundo dados emitidos pelo Ministério da Saúde, o Brasil encontra-se entre os dez países com o maior número de parto prematuro e este número tem ligação direta com a gravidez precoce na adolescência. No ano de 2007, do total de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 1% eram em mulheres de 10 a 14 anos. Estudos desenvolvidos pelo IBGE no ano de 2009 apontam que esta porcentagem cai par 0,9% e quando estratificado por unidades da federação, a Bahia passa a apresentar 1,2% do total de partos realizados em adolescentes, ocupando assim o 5º lugar no país. (BRASIL, 2012).

Segundo o relatório da UNFPA (2013), muitos países assumiram, como medidas preventivas da maternidade na adolescência, as ações voltadas ao intuito de promover mudanças de comportamento. Estas intervenções são subjacentes à crença de que a responsabilidade pela prevenção da gravidez caiba exclusivamente à adolescente, ou seja, não considera as questões sociais, culturais, políticas e econômicas que interferem no comportamento de um indivíduo ou comunidade, colocando-os em situações de risco. No que diz respeito à adolescente, a maternidade poderá ser um desfecho dos inúmeros conflitos vivenciados no processo de transição da infância para a vida adulta.

Neste contexto, propõe-se uma mudança de enfoque dos reais problemas que ocasionam a gravidez na adolescência, ou seja, em vez de centralizar as ações em mudança de comportamento, faz-se necessário considerar e traçar estratégias de

enfrentamento de desafios maiores, como: a pobreza, a desigualdade de gênero, a discriminação e a falta de acesso aos serviços de saúde e educação.

Segundo dados do DATASUS (2012), a mortalidade neonatal, conceituada como recém-nascidos cujo óbito ocorre no período de 0 a 28 dias de vida, representava uma taxa geral para o país de 10,6 para cada 1000/NV no ano de 2011. Estes dados, quando estratificados por regiões, apontam que: a região Norte ocupa o primeiro lugar com uma taxa de 13,5, seguida da região Nordeste com taxas de 12,7; da região Centro-Oeste com 10.9; da região Sudeste com taxas de 8.9, e por fim da região Sul, com a menor taxa de mortalidade neonatal, demonstrando 7.8 óbitos por cada 1000/NV.

Embora tenha havido, no Brasil, uma redução da mortalidade infantil evidenciada pela regressão de 53,7 no ano de 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2015 (DATASUS, 2012), estes números continuam elevados quando comparados com outros países como: Finlândia, com 4,6 óbitos por mil nascidos vivos, Estados Unidos e Inglaterra com 6,2, Canadá 6,7, França com 6,5, Israel com 7,8, Itália com 7,9, Portugal com 8,0 e Japão com 3,4 mortes para cada mil, (SCHRAMM e SZWARCWALD 2000, Nascimento 2012).

No Brasil, boa parte dos partos ocorre nas redes hospitalares e, neste contexto, sabe-se que uma gestação a termo proporciona 91% de RNs saudáveis. A duração da gestação é um dos fatores importantes para as condições ideais do nascimento, com maiores chances de o RN nascer saudável, diminuindo o índice de mortalidade neonatal. A idade materna também é um fator importante para o desenvolvimento fetal, implicando as condições de saúde do RN.

Outro fator que condiciona a avaliação das condições de saúde do recém-nascido são as variáveis biológicas. Geib (2010) consegue fazer uma relação com a mortalidade neonatal quando analisa algumas variáveis como o Apgar, o peso de nascimento e a idade gestacional (IG) da criança. Neste contexto, as condições de nascimento e a suas repercussões na condição de saúde no recém-nascido encontram-se intimamente ligadas aos fatores socioeconômicos e biológicos.

Para Kilsztajn et al (2007), o escore de Apgar, que mensura a vitalidade do RN no primeiro e no quinto minuto de vida, é um importante indicador de risco de morbimortalidade neonatal. Corroborando, Santos (2009) afirma que o referido escore examina condições físicas e a capacidade de resposta, ajudando a identificar a necessidade de reanimação ou outros cuidados especiais, a partir da avaliação de cinco

indicadores, quais sejam: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, coloração e irritabilidade reflexa.

Ainda conforme Brasil (2011), o boletim de Apgar é um recurso indispensável para a classificação da vitalidade do neonato e tem com finalidade avaliar as condições cardíacas, respiratória e motora do recém-nascido no primeiro e no quinto minuto de vida. Para um resultado satisfatório o RN deve apresentar um escore acima de sete. Diante do exposto, este estudo busca verificar a associação entre as características socioeconômicas e ginecobstétricas de mães em fase precoce da adolescência e a vitalidade de nascimento dos seus filhos.

MÉTODOS

A pesquisa consiste em um estudo epidemiológico de corte transversal desenvolvida a partir da população total de nascidos vivos e respectivas mães na fase precoce da adolescência (10 – 14 anos) respeitando a classificação de desenvolvimento adotada pela UNICEF (2011). O estudo foi desenvolvido na cidade de Salvador, no estado da Bahia, utilizando os dados do SINASC – 2012, totalizando 2.558 nascidos-vivos de adolescentes na faixa etária descrita. Tendo em vista a busca da qualidade dos dados e da completude das informações, foram excluídas do estudo as DNVs que não apresentavam valores de Apgar de 5 minutos ou apresentavam seis ou mais variáveis adotadas para a pesquisa sem devido preenchimento. Após análise dos dados foram excluídos 1.214 (47,4%) registros. Assim, a amostra final foi composta por 1.344 recém-nascidos de mães na faixa etária de 10 a 14 anos.

As variáveis do estudo foram classificadas em sociodemográficas (idade, raça/cor, estado civil e escolaridade) e ginecobstétricas (número de gestação, tipo de gestação, número de consultas de pré-natal, tipo de gravidez, tipo de parto, número de filhos vivos, número de filhos mortos e local do parto), ambas relacionadas ao desfecho do estudo que, neste caso, foi o Apgar no quinto minuto, dicotomizado em “condição de nascimento satisfatória” e “condição de nascimento insatisfatória”, considerando o valor sete como ponto de corte.

Buscando melhor compreensão dos riscos para uma gestação em idade extrema optou-se por dividir a variável Idade, adotando os limites de 10 a 12 anos e de 13 a 14 anos. O estado civil foi subdivido em: “com companheiro” (mães autodeclaradas

casadas ou em união estável) e “sem companheiro” (mães que se autodeclaram solteiras, viúvas ou separadas judicialmente).

A variável raça/cor adotou o pré-estabelecido pelo IBGE (OSORIO 2003). A escolaridade foi definida por anos de estudos, o número de gestação foi correlacionado com a classificação materna em primípara ou multípara; O tipo de gestação foi classificado em pré-termo (> 37 semanas), a termo (37 a 41 semanas) e pós-termo (< 42 semanas). O número de consultas de pré-natal foi considerado adequado quando este número foi superior ou igual a seis e inadequado quando inferior a seis consultas (BRASIL 2012). Foi adotado como desfecho do estudo o Apgar de 5 minutos categorizado em boa vitalidade no nascimento ou vitalidade de nascimento insatisfatória.

A análise descritiva consistiu na construção de tabelas de frequência, com valores absolutos e percentuais de todas as variáveis apresentadas no estudo. Após a análise univariada, foi realizada a análise bivariada, considerando como desfecho a variável dicotômica “Apgar aos cinco minutos”, sendo classificada em “Apgar>=7” (Apgar Satisfatório) e “Apgar<7”(Apgar insatisfatório). Nessa etapa aplicou-se o Teste Qui-Quadrado de Pearson para avaliar a relação entre o desfecho e as demais covariáveis do estudo. Avaliou-se o valor obtido nas frequências esperadas nas tabelas 2x2, de modo que nos casos que havia frequências esperadas menores de cinco, aplicou-se o Teste Exato de Fisher. Ressalta-se que ambos os testes consideram associação estatisticamente significante se o valor de p fosse menor ou igual a 0,05 (p-valor≤0,05).

Na análise bivariada, além dos testes de hipótese, também foram calculadas as razões de prevalência (RP) e os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Utilizou-se a regressão logística para realizar a análise multivariada. Optou-se pelo método de regressão stepwise backward, no qual todas as variáveis que apresentaram valor estatisticamente significante na análise bivariada (p-valor<0,05) foram incluídas no modelo inicial. Como critério de permanência no modelo considerou-se valor de p = 0,05. O resultado da análise multivariada para medir a associação das covariáveis com desfecho foi estimado pela Odds Ratio (OR) ajustado com intervalos de confiança de 95%. Para avaliar a qualidade do modelo foi aplicado o Teste Hosmer-Lemeshov Goodness-of-fit.

A rotina de extração dos dados foi processada com auxílio do TabWin e a análise estatística foi realizada no software Stata® versão 11.0. O estudo foi submetido ao CEP, sendo aprovado sob o registro Nº 46534914.9.0000.5520.

RESULTADOS

No estado da Bahia, durante o ano de 2012, foram registradas na base de dados do SINASC 2.558 ocorrências de recém-nascidos de mães adolescentes em idade precoce (10 a 14 anos). Este total correspondeu a uma prevalência de 1,2% de partos em idade precoce notificados no Estado. Frente à avaliação da vitalidade de nascimento, dentre a população em estudo, 11,6% dos recém-nascidos apresentaram o escore de Apgar inferior a sete no primeiro minuto de vida, enquanto que 88,4% se mostraram com Apgar superior ou igual a sete. No processo evolutivo do primeiro minuto para o quinto observou-se que 91,2% neonatos tiveram evolução positiva no escore crescente do Apgar; no entanto, 8,8% dos recém-nascidos não evoluíram para o escore de Apgar sete, considerado ponto de corte para boa vitalidade no nascimento.

A **tabela 1** descreve os dados sociodemográficos ligados às condições maternas. Ao analisar a idade da mãe, o estudo constatou que o maior quantitativo de partos ocorreu em meninas com idade entre 13 e 14 anos, representando 96,5% do total nascimento; o número de partos ocorrido em idade extrema, ou seja, em adolescentes de 10 a 12 anos foi de 3,5%. Quando analisada a variável raça/cor, 93,2% das adolescentes em estudo foram declaradas negras (preta 10,6% e parda 82,5%). A amostra identificou 6,8% mães que se declararam brancas, amarelas ou indígenas. Neste estudo, 74,1% das adolescentes precoces não possuíam companheiro. Em relação ao grau de escolaridade percebeu-se que 72,0% das mães frequentaram a escola em um período de quatro a sete anos, apenas 0,3% mães nunca frequentaram a escola.

Tabela 1. Distribuição proporcional das características sociodemográficas das mães em fase precoce da adolescência. Bahia. 2012

Variável	N	%
Idade		
10 a 12 anos	47	3,5
13 a 14 anos	1.297	96,5
Raça/cor da mãe		
Preta/Parda	1.252	93,2
Branca/Amarela/Indígena	92	6,8
Estado Civil		
Sem Companheiro*	1.323	98,4
Com Companheiro**	21	1,6
Escolaridade		
Nenhuma	4	0,3
1 a 3 anos	132	9,8
4 a 7 anos	967	72,0

8 ou mais	241	17,9

Fonte: DATA SUS - 2012

Notas: *Mães solteiras, viúvas ou separadas judicialmente. ** Mães casadas ou com união estável

A **tabela 2** apresenta dados ginecobstétricos das mães em fase precoce da adolescência que pariram no estado da Bahia, no ano de 2012. Quando investigado o número de gestações anteriores, a amostra evidenciou que 89,6% das mães classificavam-se como primíparas, ou seja, não haviam passado por gestação anterior. No entanto, 10,4% adolescentes precoces já haviam engravidado anteriormente. Frente ao tipo de gestação, quando classificadas por semanas, o estudo aponta que 75,2% das adolescentes apresentavam gestação a termo, (37 a 41 semanas de gestação), 5,0% das mães apresentaram gestação pós-termo (superior a 42 semanas) e 19,8% mães apresentaram gestação pré-termo (< 37 semanas de gestação). Ao analisar o quantitativo de consultas de pré-natal realizadas pelas mães em fase precoce da adolescência, constatou-se que 65,8% não possuíam o número de consultas adequadas, seis ou mais, recomendado pelo Ministério da Saúde. Ainda da análise, observou-se que 2,7% das adolescentes chegaram ao momento do parto sem realizar nenhuma consulta de pré-natal. Diante do tipo de gravidez a gestação única foi responsável pelo maior quantitativo da população estudada, representando um total de 99,0% das mães, e 1,0% tiveram gravidez gemelar. Quanto ao tipo de parto, 72,1% adolescentes pariram através de parto vaginal, enquanto que 27,9% foram submetidas à cesariana. Quando analisada a variável número de filhos vivos e número de filhos mortos, identificou-se que 93,2% das adolescentes se encontravam na primeira gestação; entretanto, 6,8% das jovens já possuíam um filho ou mais. Quanto aos filhos mortos 4,8% mães já haviam passado pela perda de um filho.

Tabela 2. Distribuição proporcional das características ginecobstétricas de mães na fase precoce da adolescência. Bahia. 2012.

Variável	**N**	**%**
Número de gestações anteriores		
Primípara*	1.203	89,6
Multípara**	141	10,4
Tipo de gestação		
Pré – Termo[1]	266	19,8
A Termo[2]	1.010	75,2
Pós – Termo[3]	68	5,0
Número de consultas pré-natal		
Nenhuma	36	2,7
Inadequada (>6 consultas)	885	65,8
Adequada (6 consultas ou mais)	423	31,5

Tipo de gravidez		
Única	1.330	99,0
Dupla	14	1,0
Tipo de parto		
Vaginal	969	72,1
Cesáreo	375	27,9
Quantidade de filhos vivos		
Nenhum	1.243	93,2
1 filho ou mais	91	6,8
Quantidade de filhos mortos		
Nenhum	1.261	95,2
1 filho ou mais	64	4,8

Fonte: DATA SUS - 2012

Notas:* Sem nenhuma gestação anterior ** Possui uma ou mais gestação anterior. [1] Gestação >37 semanas; [2] Gestação de 37 a 41 semanas; [3] Gestação > 42 semanas.

A **tabela 3** apresenta a associação entre o escore de Apgar do recém-nascido no quinto minuto de vida e as características socioeconômicas maternas. O estudo não revelou associação estatisticamente significativa entre a faixa etária da idade materna, sua raça/cor, o nível de escolaridade da mãe e seu convívio com o companheiro frente ao escore de Apgar apresentado pelo neonato no seu quinto minuto de vida. No entanto, indicando maiores chances de o recém-nascido apresentar escore de Apgar <7 quando exposto a esta situação (p = 0,045).

Tabela 3. Associação entre o Escore de Apgar de 5 minutos e características das mães adolescentes. Bahia. 2012.

Variável	**Apgar 5**				**RP (IC95%)**	**p-valor**
	>=7		**< 7**			
Grupo Etário	N	%	N	%		
11 a 13 anos	306	96,8	10	3,2	1,00(0,98-1,02)	0,836
14 anos	993	96,6	35	3,4	1	
Raça/cor da mãe						
Preta/Parda	1.208	96,5	44	3,5	0,97 (0,94-1,01)	0,362*
Outras	91	98,1	1	1,1	1	
Vive com companheiro						
Sim	1.279	96,7	44	3,3	1,01 (0,94-1,10)	0,717*
Não	20	95,2	1	4,8	1	
Escolaridade						
Até 3 anos	132	97,0	4	3,0	1,00 (0,97-1,03)	0,999*
4 anos ou mais	1.167	96,6	41	3,4	1	
Primigesta						
Sim	1.167	97,0	36	3,0	1,04 (0,99-1,08)	0,045*+

Não	132	93,6	9	6,4	1

*Teste Exato de Fisher +p-valor≤0,05

A **tabela 4** traz a associação entre o escore de Apgar no 5º minuto de vida do recém-nascido e os dados ginecobstétricos. Percebeu-se que os únicos fatores que não apresentaram associação estatisticamente significativa com vitalidade no nascimento foram o tipo de parto (p = 0,851) e o local de nascimento (p = 0,064). No entanto, outras variáveis mostraram influenciar o desfecho para condição de nascimento satisfatória, sendo elas: tipo de gestação e tipo de gravidez, ambas com (p < 0,001) e o número de consultas de pré-natal igual ou maior que 4 (p = 0,004).

Tabela 4. Associação entre o Escore de Apgar de 5 minutos e características do pré-natal, parto e gestação das mães adolescentes precoces. Bahia. 2012.

Variável	**Apgar 5**				**RP (IC95%)**	**p-valor**
	>=7		**< 7**			
Local do Nascimento	N	%	N	%		
Hospital	1.274	96,8	42	3,2	1,08 (1,01-1,16)	0,064*
Outros	25	89,3	3	10,7	1	
Tipo de gestação						
Pré-termo	247	92,9	19	7,1	0,95(0,93-0,98)	<0,001+
A termo/Pós-termo	1.052	97,6	26	2,4	1	
Tipo de Gravidez						
Feto único	1.288	96,5	42	3,5	1,23(1,11-1,37)	0,001*+
Dois ou mais fetos	11	78,6	3	21,4	1	
Tipo de Parto						
Vaginal	936	96,6	33	3,4	0,99 (0,98-1,02)	0,851
Cesárea	363	96,8	12	3,2	1	
Número de consultas pré-natal						
Até 3 consultas	240	93,8	16	6,2	0,96(0,94-0,99)	0,004+
4 ou mais consultas	1.059	97,3	29	2,7	1	

*Teste Exato de Fisher
+p-valor≤0,05

A **tabela 5** apresenta o modelo multivariado para a determinação dos fatores relacionados à gestação associados ao Apgar satisfatório no quinto minuto de vida (desfecho). Considerou como variáveis preditoras, incluídas inicialmente no modelo, “ser primigesta (sim/não)”, “gravidez com feto único (sim/não)” e “número de consultas pré-natal (menor ou igual a três/maior ou igual a quatro)”. A análise ajustada pelas

covariáveis mostrou que ser primigesta (OR=2,03; IC:0,26-0,97) manteve associação com o Apgar. A gravidez ser com feto único (OR=7,16; IC: 1,82-28,25) aumentou as chances de ter um Apgar satisfatório ao nascimento, sendo considerado fator de proteção. Em sentido oposto, durante a gestação ter realizado três consultas pré-natal ou menos (OR=0,41; IC: 0,22-0,77) reduziu as chances de apresentar um escore de Apgar ao quinto minuto satisfatório, sendo considerado fator de risco.

Tabela 5. Análise multivariada dos fatores associados ao Apgar Satisfatório em crianças nascidas de mães pré-adolescentes na Bahia. 2012.

Variável	OR Ajustado	p-valor	IC95%
Primigesta	2,03	0,072	(0,94 – 4,43)
Gravidez com feto único	7.16	0.005	(1,82 -28,25)
Número de consultas pré-natal < = 3	0,41	0,006	(0,22 – 0,77)

*Variável Tipo de Gestação foi removida do modelo.
** Teste de Hosmer Hosmer-Lemeshov Goodness-of-fit =20,65; p-valor=0,5424

DISCUSSÃO

A gravidez para o grupo de adolescentes menor de 15 anos no Brasil é considerada um problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para o binômio mãe-feto, problemas psicossociais, econômicos e empecilho para a adolescente desenvolver sua função social (GROSSMAN, 1995; CUNHA, 2003; YAZLLE, 2006; MS, 2010).

Este estudo apresenta 96,5% de jovens em idade entre 13 e 14 anos e 3,5% de adolescentes em idade extrema de 10 a 12 anos que engravidaram no ano de 2012 no estado da Bahia. Tais dados reafirmam a importância da discussão apresentada por GROSSMAN (1995); CUNHA (2003); YAZLLE, (2006); MS, (2010). Em estudos desenvolvidos por Oliveira, Gama e Silva (2010), os óbitos neonatais apresentaram-se em maior frequência em jovens mães de cor da pele preta ou parda; embora este estudo apresente maior quantitativo de adolescentes da raça negra (96,5%) não foram identificados achados estatísticos significantes no que se refere à condição de saúde de seus conceptos (p-0,362). Corroborando com o mesmo, estudos desenvolvidos por Rocha et al. (2006) e Oliveira, Gama, e Silva (2010) também apresentavam maior população amostral de jovens adolescentes pertencentes à raça negra.

Quanto à situação conjugal, o presente estudo aponta que (98,4%) das jovens adolescentes vivem sem companheiros. Achados semelhantes são verificados em estudos desenvolvidos por Ribeiro et al. (2000), Simões et al (2003), Rocha et al. (2006), Nader e Cosme (2010), Sass et al. (2011) e Maciel et al. (2012), que reafirmam tal situação.

Conforme o relatório da UNFPA 2013, a gestação de uma adolescente pode alterar radicalmente seu presente e seu futuro, em consequência de vários fatores, como por exemplo: a educação formal geralmente interrompida, com diminuição das perspectivas de emprego, o que as torna mais vulneráveis à pobreza e exclusão social, possibilitando uma maior dependência econômica e psicológica.

Embora (72,0%) das mães em estudo apresentem escolaridade compatível com sua idade, ou seja, cursando o ensino fundamental, vale salientar que o mesmo poderá ser afetado após o nascimento da criança. Estudo semelhante desenvolvido por Rocha et al (2006) valida que a maior parte das jovens (95,0%) concluem o ensino fundamental; no entanto, Almeida et al (2014) aponta em suas pesquisas que 60,8% das adolescentes encontram-se com escolaridade inadequada. Observou-se que esta variável não é preenchida satisfatoriamente nas folhas do SINASC, o que se comprova no estudo desenvolvido por Costa et al. (2001), que aponta o não registro desta variável em 17,0% dos formulários da base de notificação.

Diante das variáveis ginecobstétricas, fatores importantes podem impactar graves problemas para a saúde tanto da mãe quanto do recém-nascido. Os achados deste estudo indicam que mesmo em idade precoce, 10,4% das mães já haviam parido anteriormente e 89,6% apresentavam sua primeira gestação. Ser primigesta foi significante para o desfecho de vitalidade no nascimento (p-0,045), chamando atenção para o contexto de maiores investimentos no que se refere ao planejamento familiar e implantações de novas estratégias que minimizem uma gestação precoce.

Em trabalhos desenvolvidos por Suzuki et al. (2007) existe um número elevado de adolescentes primíparas e segundo os autores a maioria das adolescentes abandonam os estudos para cuidar de seus filhos, ocorrendo aumento do risco de desemprego e dependência econômica familiar, perpetuando assim as condições de pobreza.

O estudo constatou que 98,0% dos partos ocorreram no âmbito hospitalar, corroborando com o mesmo; Moreira et al. (2008) apontam que os índices de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram o crescimento do número de internações para atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 14 anos.

Embora o Brasil seja o país com maior número de partos cesarianos no mundo conforme a OMS, o parto vaginal prevaleceu na maioria das adolescentes deste estudo (72,1%); o mesmo achado pode ser descrito por estudos desenvolvidos por Costa et al. (2001), Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005), Suzuki et al. (2007) e Almeida et al. (2014).

Diante do tipo de gravidez a gestação única representou 99,0% da amostra frente a 1,0% de gestação por gemelares; no entanto, tal variável mostrou forte associação com o desfecho de vitalidade no nascimento, evidenciando um (p-0, 001). Estudos desenvolvidos por Nader e Cosme (2010) envolvendo adolescentes precoces apontam que a gestação dupla possui maior relação com a prematuridade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o pré-natal deve se iniciar o mais precocemente possível, visando alcançar um número adequado de consultas; corroborando com o assunto, Goldemberg, Figueiredo e Silva (2005), Santos, Martins e Sousa (2008) afirmam que as incidências de complicações gestacionais na adolescência podem ser minimizadas quando o quantitativo de consultas vem associado a um acompanhamento adequado da gestação. Diante deste contexto o Ministério da saúde (MS) estabeleceu um número mínimo de seis consultas. O estudo mostrou forte associação entre esta variável e os resultados de Apgar no período perinatal (p-0,004).

Todas as variáveis do estudo e os resultados apresentados permitem maior compreensão da complexidade frente ao processo gestacional de uma adolescente e os impactos para a saúde do binômio e sua relação direta com o sistema de saúde populacional. Diante deste contexto, bases de dados como o SINASC não só agregam informações que retratam o processo assistencial e resultados materno-infantis, como proporcionam analisar indicadores que promovam a elaboração de novas estratégias na busca por maior qualidade no quesito saúde.

Embora tal ferramenta proporcione maior agilidade, os estudos desenvolvidos por meio de dados secundários possuem algumas limitações importantes. O preenchimento dos dados em sistema ainda é escasso e a subnotificação faz parte do processo. Em estudos desenvolvidos por Silva et al (2013), a existência de incompletude para informações importantes com variáveis ligadas tanto ao recém-nascido quanto à sua genitora, tais dificuldades são apontadas também em trabalhos desenvolvidos por Costa et al (2001). Neste estudo, a não completude dos dados responsabilizou-se pela exclusão de 47,4% das DNVs dos recém-nascidos, no ano de 2012, no estado da Bahia.

CONCLUSÃO

O presente estudo reafirma que a gestação na adolescência é um problema de Saúde Pública mundial e quando ocorrida em idade extrema as complicações obstétricas e neonatais comprometem a vida do binômio. Mostrou que a adolescente da raça negra é numericamente mais vitimada pela gestação precoce quando comparada com a adolescente de outras raças. A escolaridade materna, embora seja um fator que possa influenciar em melhores resultados obstétricos e perinatais, não vem sendo comprometida nos estudos atuais. Ainda prevalece a figura das mães solteiras. Ser primigesta não manteve associação com o Apgar. A gravidez ser com feto único aumentou as chances de ter um Apgar satisfatório ao nascimento, sendo considerado fator de proteção. Em sentido oposto, durante a gestação ter realizado três consultas pré-natais ou menos reduziu as chances de apresentar um escore de Apgar ao quinto minuto satisfatório, sendo considerado fator de risco. Urge a necessidade de maior sensibilização por tarde dos profissionais frente ao preenchimento das DNVs e maior fiscalização no acompanhamento dessas bases de dados, visando melhores resultados.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, A.H.V. do. et al. Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na região Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Materno Infantil**. Recife. 14 (3): jul-set; 2014; 279-286.

2. ASSUNCAO, R. S. e MATOS, P. M. Perspectivas dos adolescentes sobre o uso do Facebook: um estudo qualitativo. **Rev Psicol. Estud. [online]**. 2014, vol.19, n.3, pp. 539-547.

3. BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 132 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4 v. : Il.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

7. COSTA, M. C. O. et al. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro; 2001; 77(3): 235-42.

8. CUNHA, A. A, MONTEIRO, D. L. M. Gravidez na adolescência como problema de saúde pública. **Rev. Saúde Pública.** 2003.

9. DATASUS. **Indicadores de Mortalidade Neonatal**. 2012. [online] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0104b.htm. Acessado em 26.01.2015.

10. FORMIGA, C.K.M.R.; LINHARES, M.B.M. Avaliação do desenvolvimento inicial de criança nascidas pré- termo. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. SP. 43(2): 472-80. 2009.

11. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA- UNICEF. **O direito de ser adolescente**: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Situação da Adolescência Brasileira. Brasília, DF: UNICEF, 2011.

12. GEIB, L. T. C. et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**. 15(2): 363-370. 2010.

13. GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Monte Carlos, Minas gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 21(4): 1077-86. 2005.

14. GROSSMAN, E. **O médico de adolescente e seu ofício: reflexões sobre as normas e a prática** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro; Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz; 1995.

15. KILSZTAJN S.et al. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de SP, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. RJ. 23(8): 1886-1892. 2007.

16. MACIEL, S. S. S. V. et al. Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru, PE. **Rev. da AMRIGS**, Porto Alegre, v.(1): 46-50. Jan-marc. 2012.

17. MARTINS, M. G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]**. Rio de Janeiro, v.33, n.11, p. 354-360, 2011.

18. MARTINEZ, E. Z. et al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas do município do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(5): 855-867, mai, 2011.

19. NADER, P.R. A; COSME, L. A. Parto prematuro de adolescentes: Influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Rev. Esc. Anna Nery de Enferm**. abr-jun;14(2): 338-345. 2010.

20. NASCIMENTO, R. M. do, et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso – controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(3):559-572, mar, 2012.

21. OLIVEIRA, E.F.V. de; GAMA, S. G. N; SILVA, C. M. F. P. da; Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(3): 567 – 578. Marc. 2010.

22. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. **Saúde reprodutiva**: estratégia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. Washington, 2004.

23. OSORIO, R. G. **O SISTEMA CLASSIFICATÓRIO DE "COR OU RAÇA" DO IBGE**. Texto para Discussão nº 996. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), com recursos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud). Brasília. 2003

24. RIBEIRO, E. R. O. et al. Comparações entre duas coortes de mães adolescentes em municípios do sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 34(2) 136-42. 2000.

25. ROCHA, R. C. L. da et al. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. 28(9): 530-5. 2006.

26. RAMOS, F. R. S.; PEREIRA, S. M.; ROCHA, C.R.M. da; Viver e adolescer com qualidade**. Rev Adolescer – Aben [online]**. 2014.

27. SASS, A. et al. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto alegre. Jun 32(2): 352-8. 2011.

28. SILVA, R. S. da et al. Avaliação do sistema da completitude das variáveis do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – Nos estados da região Nordeste do Brasil, 2000 e 2009. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(2):347-352, abr-jun. 2013.

29. SIMÕES, V. M. F. et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev. de Saúde Publica**. 37(5)559-65. 2003.

30. SANTOS, L.M. A importância do Índice de Apgar. **Rev. Enfem. UNISA**. 10(1): 39-43. 2009.

31. SCHRAMM, J. M. de A. de; SZWARCWALD, C. L. Diferenciais nas taxas de mortalidade neonatal e natimortalidade hospitalares no Brasil: um estudo

com base no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). **Cad. Saúde Pública [online]**. Vol.16, n.4, pp. 1031-1040. 2000.

32. UNFPA. **Situação da população mundial 2013. Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência**. Relatório produzido pela Divisão de Informação e Relações Externas do UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas. ONU. 2013.

33. VIELLAS et al. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém – nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. **Ver. Bras. Epidemiol**. 15(3): 443-54. 2012.

34. YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]**. Vol.28, n.8, pp. 443-445. 2006.

3.2 MANUSCRITO 2: Recém-nascidos de mães em fase precoce da adolescência: Características associadas à vitalidade ao nascimento.

O Manuscrito foi submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil – IMIP. **ISSN 1806-9304** ***versão online*** e foi elaborado conforme as instruções para os autores, disponíveis no link: http://www.imip.org.br/rbsmi

Recém-nascidos de mães em fase precoce da adolescência: Características associadas à vitalidade ao nascimento[1]

Josielson Costa da Silva[2]
Climene Laura de Camargo[3]
Ridalva Dias Martins Felzemburg [4]

RESUMO

OBJETIVO: Verificar a associação entre as características dos recém-nascidos de mães adolescentes precoces e sua vitalidade de nascimento.

MÉTODO: Consiste em um estudo epidemiológico de corte transversal desenvolvido a partir da população total de nascidos vivos de mães adolescentes em idade extrema (10 a 14 anos), no ano de 2012, no estado da Bahia. A amostra foi composta por 1.344 recém-nascidos e o desfecho do estudo foi avaliação da escala dicotomizada em Apgar Satisfatório > 7 e insatisfatório < 7. Aplicou-se o Teste Qui-Quadrado de Pearson para avaliar a relação entre o desfecho e as demais covariáveis do estudo.

RESULTADO: Embora a gestação na idade extrema possa imprimir riscos ao nascer, 96,7% dos neonatos nasceram com um escore de Apgar >=7. O sexo masculino confere ao recém-nascido maior chance de um Apgar menor quando comparado ao sexo feminino (OR=0,50; IC:0,26-0,97). O peso ao nascer >= 2.500g se mostrou fator protetor para um desfecho positivo, apgar superior ou igual a 7 (OR=5,49; IC: 2,95-10,22). A presença de anomalias confere ao neonato a chance de nascer com Apgar insatisfatório (OR=0,18; IC: 0,03-0,99).

CONCLUSÃO: A gravidez na adolescência não só poderá comprometer a saúde materna como expõe o recém-nascido a situações que podem afetar sua vitalidade. Os registros de nascimento devem ser vistos como dados importantes não só para caracterizar o perfil de uma população como viabilizar a criação de novas estratégias para reduzir a morbimortalidade neonatal.

PALAVRAS - CHAVE: Recém-nascido; Apgar; Gravidez na adolescência; Sistema de informação.

[1]Pesquisa extraída da dissertação "Fatores associados à vitalidade no nascimento de filhos de mães adolescentes precoces", apresentada ao Programa de Pós – Graduação da Universidade Federal da Bahia – UFBA.

[2]Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem EEUFBA. Especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica.
[3]Professora Orientadora. PhD em Enfermagem. UFBA - Universidade Federal da Bahia.
[4]Professora Orientadora. PhD em Enfermagem. UFBA - Universidade Federal da Bahia.

INTRODUÇÃO

A adolescência corresponde a um momento de transição entre a infância e a idade adulta, proporcionando notáveis mudanças na vida física, social e psicológica. Nesta fase, novas relações interpessoais são vivenciadas e estabelecidas, por meio da interação dentro de grupos de iguais marcados por conflitos e busca de autonomia. (BRETAS et al. 2008).

Para a OMS (1986), a adolescência é um período que compreende dos 10 aos 19 anos, enquanto para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), esta fase é determinada entre 12 e 18 anos. Já o Ministério da Saúde (1996) e a UNICEF (2011) compreendem a adolescência como sendo o período que abrange dos 10 aos 19 anos. A UNICEF ainda classifica a adolescência em fase inicial dos 10 aos 14 anos, período este mais contundente às mudanças biológicas, e fase final, dos 15 aos 19 anos, como um período marcado pelo desenvolvimento e reorganização da capacidade de pensamento analítico e reflexivo.

Um dos problemas enfrentados na adolescência é a gravidez indesejada. Uma gestação em fase precoce da vida reprodutiva pode trazer riscos tanto para a gestante quanto para o seu filho, com probabilidade de mortes para ambos (MARTINS et al 2011). Viellas et al. (2012) relatam que os efeitos adversos de uma gravidez na adolescência são amplamente conhecidos; entretanto, a prevenção da gestação nesta faixa etária ainda necessita de vários estudos, pois além de sua complexidade exige a abordagem de várias vertentes: educação, acesso aos serviços de saúde, trabalho e renda, lazer, entre outros.

Conforme dados do DATASUS (2012), nos últimos anos o número absoluto e relativo de gestações em adolescentes vem aumentando, especialmente no grupo de 10 a 14 anos. No Brasil, a literatura científica é ainda carente em investigações a respeito da vivência da maternidade na adolescência, particularmente nesta faixa etária.

A taxa de natalidade dos adolescentes no Brasil caiu cerca de 34,6% entre 2004 e 2009; no entanto, essa queda tem sido específica para o grupo de mães entre 15 e 17 anos. Já entre as meninas menores de 15 anos os dados apontam para uma tendência oposta: a taxa de fecundidade cresceu, passando de 8,6 para 9,6 nascidos vivos por mil, em apenas cinco anos (UNICEF, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) considera a gravidez na adolescência como uma gestação de alto risco devido às repercussões para a mãe e para o RN, além de acarretar problemas biopsicossociais. Gestar e parir nesta faixa etária têm sido associados a uma frequência aumentada de complicações obstétricas e neonatais, destacando o baixo peso de nascimento, a prematuridade, a mortalidade materna e perinatal. (MAGALHÃES et al. 2006, GALLO 2011).

Segundo estudos de Martins (2011), ao comparar mulheres adultas e adolescentes, observou-se que estas têm apresentado maior incidência de complicações obstétricas envolvendo o binômio, sendo que para as adolescentes em fase precoce os riscos são mais relevantes. Para Goldenberg e colaboradores (2005), o risco das adolescentes terem parto prematuro é de 75%, comparado às mulheres adultas.

Para Godinho, Shelp, Parada e Bartoncello (2000), do ponto de vista obstétrico a gravidez na adolescência é considerada de alto risco: prova disso é o aumento nos índices de morbidade materno-fetal, baixo peso do recém-nascido ao nascer, aumento da prematuridade, baixo índice de Apgar, maiores necessidades de reanimação e desmame precoce.

A vitalidade comprometida do nascimento requer não só uma equipe de profissionais especializada como necessita de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para cuidados especializados. Neste contexto pode destacar maiores gastos aos cofres públicos e aumento das possibilidades, principalmente, de comprometimentos neurológicos por partes dos bebês que necessitam passar por este processo.

Segundo dados emitidos pelo Ministério da Saúde, o Brasil encontra-se entre os dez países com o maior número de parto prematuro e este número tem ligação direta com a gravidez precoce na adolescência. No ano de 2007, do total de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 1% eram em mulheres de 10 a 14 anos. Estudos desenvolvidos pelo IBGE no ano de 2009 apontam que esta porcentagem cai par 0,9% e quando estratificado por unidades da federação, a Bahia passa a apresentar 1,2% do total de partos realizados em adolescentes, ocupando assim o 5º lugar no país. (BRASIL, 2012).

Considerando a relevância do tema e diante da escassez na literatura científica envolvendo a maternidade na fase precoce da adolescência e o desfecho para a vitalidade de nascimento, este estudo traz como objetivo verificar a associação entre as características dos recém-nascidos de mães adolescentes precoces e sua vitalidade de nascimento.

MÉTODO

A pesquisa consiste em um estudo epidemiológico de corte transversal desenvolvida a partir da população total de nascidos vivos e respectivas mães na fase precoce da adolescência (10 – 14 anos), respeitando a classificação adotada pela UNICEF (2011). O estudo foi desenvolvido na cidade de Salvador, no estado da Bahia, utilizando os dados do SINASC – 2012 -, por meio do preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), totalizando 2.558 nascidos-vivos de adolescentes na faixa etária descrita. Tendo em vista a busca da qualidade dos dados e da completude das informações, foram excluídas do estudo as DNVs que não apresentavam valores de Apgar de 5 minutos ou apresentavam seis ou mais variáveis adotadas para a pesquisa sem devido preenchimento. Após análise dos dados foram excluídos 1.214 registros, os quais correspondem a 47,4% do total; portanto, a amostra final foi composta por 1.344 recém-nascidos de mães na faixa etária de 10 a 14 anos, no estado da Bahia, no ano de 2012.

As variáveis do estudo encontram-se diretamente ligadas ao recém-nascido, sendo elas: sexo, raça/cor, presença ou não de anomalia, peso de nascimento e idade gestacional. Para a variável presença ou não de anomalia adotou-se o sistema da notificação de qualquer alteração fenotípica que implicasse a vitalidade do nascimento. O peso de nascimento considerado como dentro da normalidade foi o de 2.500g a 3.999g, conforme determinado pelo Ministério da Saúde, sendo considerado Baixo Peso de Nascimento (BPN) todos os recém-nascidos com peso inferior ao mencionado.

A Idade Gestacional (IG) foi classificada em pré-termo (> 37 semanas), a termo (37 a 41 semanas) e pós-termo (< 42 semanas). (BRASIL 2012).

Todas as variáveis foram analisadas de acordo com o padrão de normalidade adotado para recém-nascidos saudáveis. Foi adotado, como desfecho do estudo, o Apgar de 5 minutos categorizado em boa vitalidade no nascimento ou vitalidade de nascimento insatisfatória.

A análise descritiva consistiu na construção de tabelas de frequência, com valores absolutos e percentuais, de todas as variáveis apresentadas no estudo. Após a análise univariada, foi realizada a análise bivariada, considerando como desfecho a variável dicotômica “Apgar aos cinco minutos”, sendo classificada em “Apgar>=7” (Apgar Satisfatório) e “Apgar<7” (Apgar insatisfatório). Nessa etapa aplicou-se o Teste

Qui-Quadrado de Pearson para avaliar a relação entre o desfecho e as demais covariáveis do estudo. Avaliou-se o valor obtido nas frequências esperadas nas tabelas 2x2, de modo que nos casos em que havia frequências esperadas menores de cinco, aplicou-se o Teste Exato de Fisher. Ressalta-se que ambos os testes consideraram associação estatisticamente significante se o valor de p fosse menor ou igual a 0,05 (p-valor≤0,05).

Na análise bivariada, além dos testes de hipótese, também foram calculadas as razões de prevalência (RP) e os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Utilizou-se a regressão logística para realizar a análise multivariada. Optou-se pelo método de regressão stepwise backward, no qual todas as variáveis que apresentaram valor estatisticamente significante na análise bivariada (p-valor<0,05) foram incluídas no modelo inicial. Como critério de permanência no modelo considerou-se valor de p < 0,10. O resultado da análise multivariada para medir a associação das covariáveis com desfecho foi estimado pela Odds Ratio (OR) ajustado com intervalos de confiança de 95%. Para avaliar a qualidade do modelo foi aplicado o Teste Hosmer-Lemeshov Goodness-of-fit.

A rotina de extração dos dados foi processada com auxílio do TabWin e a análise estatística foi realizada no software Stata® versão 11.0. O estudo foi submetido ao CEP com aprovação de nº 46534914.9.0000.5520.

RESULTADOS

A **tabela 1** mostra as características dos recém-nascidos de mães em fase precoce da adolescência. No estudo predominou o sexo masculino com 53,2% enquanto que o feminino foi de 46,8%. Quanto ao quesito raça/cor, a maioria dos recém-nascidos foram classificados como preto/pardo 93,2%. Tratando-se de presença de anomalia ao nascer, apenas 0,7% dos recém-nascidos apresentaram má formação. Quando verificado o APGAR no quinto minuto de vida, 96,7% dos neonatos nasceram com um escore >=7. Diante do peso de nascimento apresentado pelos recém-nascidos, 87,5% encontrava-se com peso de nascimento normal (2500g a 3.999g); no entanto, 12,5% neonatos apresentaram baixo peso de nascimento. Frente à idade gestacional, embora 75,2% dos recém-nascidos estavam dentro da normalidade, a prematuridade se mostrou presentem em 19,8% da amostra.

Tabela 1. Características do Recém-nascido de mães na fase precoce da adolescência. Bahia. 2012

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	715	53,2
Feminino	629	46,8
Raça/cor do RN		
Preta/Parda	1.252	93,2
Branca/Amarela/Indígena	92	6,8
Identificação de Anomalia		
Não	1.334	99,3
Sim	10	0,7
Apgar de 5´		
>=7	1.299	96,7
<7	45	3,3
Peso do RN		
Peso de Nascimento Normal**	1.176	87,5
Baixo Peso de Nascimento*	168	12,5
Idade Gestacional (IG)		
A Termo[2]	1.010	75,2
Pré – Termo[1]	266	19,8
Pós – Termo[3]	68	5,0

Fonte: DATA SUS - 2012

Notas: * Peso de Nascimento > 2.500g ; ** Peso de Nascimento 2.500g a 3.999g. [1] Gestação >37 semanas; [2] Gestação de 37 a 41 semanas; [3] Gestação > 42 semanas.

A **tabela 2** apresenta a associação entre o escore de Apgar no 5º minuto de vida do recém-nascido e as características do mesmo. O estudo aponta que o peso de nascimento pode ser um fator predisponente para uma condição de saúde não satisfatória ($p < 0, 001$). Outro fator relevante para as condições de saúde do RN frente à alteração do escore de Apgar foi à presença de anomalias ($p = 0, 003$). A idade gestacional também mostrou associação com o desfecho ($p < 0, 001$). O sexo masculino mostrou significância estatística ($p = 0,03$). A variável raça/cor não se mostrou associação relevante no processo de avaliação da vitalidade.

Tabela 2. Associação entre o Escore de Apgar de 5 minutos e características do recém-nascido de mães na fase precoce da adolescência. Bahia. 2012.

Variável	**Apgar 5**				**RP (IC95%)**	**p-valor**
	>=7		**< 7**			
Sexo	N	%	N	%		
Masculino	684	95,7	31	4,3	0,98(0,96-0,99)	0,032+
Feminino	615	97,8	14	2,2	1	
Raça/cor do RN						
Preta/parda	1.208	96,5	44	3,5	0,97(0,94-1,01)	0,362*
Outros	91	98,9	1	1,1	1	
Identificação de Anomalia						
Não	1.291	96,8	43	3,2	1	
Sim	8	80,0	2	20,0	0,83(0,73-0,94)	0,042*+
Peso do RN						
>=2500g	1.150	97,8	26	2,2	1,10(1,07-1,14)	<0,001+
<2500g	149	88,7	19	11,3	1	
Idade Gestacional						
A termo/Pós-termo	1.052	97,6	26	2,4	1	
Pré-termo	247	92,9	19	7,1	0,95(0,93-0,98)	<0,001+

*Teste Exato de Fisher
+p-valor≤0,05

A **tabela 3** apresenta o modelo multivariado para a determinação dos fatores relacionados ao recém-nascido associados ao Apgar satisfatório no quinto minuto de vida (desfecho). Considerou como variáveis preditoras, incluídas inicialmente no modelo, “sexo (masculino/feminino)”, “presença de anomalia (sim/não)”, “peso do RN ao nascer (>=2500g/ <2500g)”e “idade gestacional “(pré-termo/ a termo). No modelo final, a variável idade gestacional foi removida (p-valor=0,322). A análise ajustada pelas covariáveis mostrou que ser do sexo masculino (OR=0,50; IC:0,26-0,97) e presença de anomalia (OR=0,18; IC: 0,03-0,99) reduziram as chances de ter um Apgar satisfatório ao nascimento, sendo possível considerá-los fatores de risco. Em sentido oposto, o recém-nascido apresentar peso ao nascer maior que 2.500 gramas (OR=5,49; IC: 2,95-10,22) aumentou as chances de apresentar um escore de Apgar ao quinto minuto satisfatório, sendo possível considerá-lo fator de proteção.

Tabela 3. Análise multivariada dos fatores associados ao Apgar no quinto minuto de vida e as características em crianças nascidas de mães pré-adolescentes na Bahia. 2012.

Variável	OR Ajustado	p-valor	IC95%
Sexo Masculino	0,50	0,04	0,26 – 0,97
Presença de Anomalia	0,18	0,05	0,03 – 0,99
Peso do RN >= 2.500g	5,49	<0,001	2,95 – 10,22

*Variável Tipo de Gestação foi removida do modelo.
** Teste de Hosmer Hosmer-Lemeshov Goodness-of-fit =20,65; p-valor=0,5424

DISCUSSÃO

Estudo de Corte Transversal realizado por análise de dados secundários, no ano de 2012, no estado da Bahia, envolvendo um quantitativo de 2.558 partos para o ano da pesquisa. No entanto, respeitando o desenho metodológico e seus critérios de exclusão, foram avaliados 1.344 (52,6%) dos recém-nascidos de mães na fase precoce da adolescência.

O nascer de mães adolescentes precoces pode comprometer a vida de neonatos quando avaliada sua vitalidade de nascimento nos primeiros momentos de vida. Apesar do quesito raça/cor não apresentar significância para o desfecho na vitalidade do recém-nascido (p - 0,36), o estudo aponta que a maior vulnerabilidade da gravidez precoce na adolescência ocorre entre negras. É importante ressaltar que o número de conceptos de mães adolescentes precoces da raça negra (pretas e pardas) é 13,6 vezes maior que o número de conceptos nascidos de mães brancas. Tais dados podem justificar que as políticas de proteção da adolescência e de controle da natalidade atingem a população negra de forma desigual como demonstram estudos realizados por Brasil (2010) e Lopes, Werneck e Batista (2012).

O presente estudo mostra que ser do sexo masculino proporciona maior possibilidade de o neonato apresentar o escore de APGAR menor que sete (p=0,32); no entanto, não foi encontrado nenhum estudo que retratasse tal relação. A presença de anomalia ao nascer confere à criança as chances de apresentar um escore de Apgar insatisfatório (OR=0,18; IC: 0,03-0,99). Em estudos desenvolvidos por Puhl et al (2007) não obteve significância quando estudada presença de malformações congênitas.

A pesquisa obteve resultados semelhantes em outros estudos desenvolvidos não só aqui no Brasil como no mundo, o que reafirma a importância de maiores enfoques no

que se refere à gravidez nos limites extremos da vida e a consequência da mesma para a vida do recém-nascido.

Conforme resultados do estudo e trabalhos realizados por Metello et al (2008), Nader e Cosme (2010) e Oliveira , Gama e Silva (2010), o sexo, a presença de anomalia, o peso de nascimento e a idade gestacional possuem relação direta com desfecho negativo quando avaliado o processo de vitalidade no nascimento. No entanto, estudos desenvolvidos por Puhl et al. (2007) não observaram resultados significantes para estas variáveis.

A prematuridade foi um fator de forte associação para impactos negativos na vitalidade de nascimento (p <0,001). O estudo mostra que 19,8% dos neonatos nasceram com IG inferior a 37 semanas e destes 7,1% apresentaram escore de Apgar fora do padrão de normalidade. Em pesquisa desenvolvida por Magalhães et al (2009) no Chile, o número de prematuro em adolescentes foi de 16,7% e 5,3% desses recém-nascidos apresentaram Apgar menor que sete no quinto minuto de vida.

Segundo a OMS (1980), o peso de nascimento é um fator, isoladamente, mais importante e de grande impacto quando se trata de mortalidade neonatal, podendo este ter interferência direta na mortalidade infantil. Este estudo aponta que 12,5% da sua amostra apresentaram baixo peso ao nascer e esta variável se mostrou estatisticamente significante com desfecho de Apagar insatisfatório no quinto minuto de vida (p-<0,001), Magalhães et al (2006), Metello et al. (2008), Almeida et al. (2011) e Sass et al (2011) desenvolveram estudos semelhantes aos resultados. Ao executar o modelo multivariado esta variável manteve sua significância no (p - <0,001; OR 0,5 e IC% 2,95 – 10,22). O baixo peso ao nascer se mostrou forte entre as adolescentes em idades precoces em trabalhos realizados por Kassar et al. (2005).

Assim, o estudo reafirma a importância de realizar novas pesquisas envolvendo a gestação precoce e sua relação com a vitalidade no nascimento para o recém-nascido. Ratifica a necessidade de maiores investimentos na informatização dos Sistemas de Notificação em Saúde e maior fiscalização quanto ao preenchimento adequado dos instrumentos de coleta destes dados. Fomenta a ideia de ampliação das Políticas Públicas de Saúde destinadas ao recém-nascido e ao adolescente.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, M. F. de; Sobrevida e fatores de risco para a mortalidade neonatal em uma coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer, na Região Sul do Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(6): 1088 – 1098, junh, 2011.

2. BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente**. 2ª Edição. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 1996.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão. **Política Nacional de Saúde Integral da população Negra: uma política do SUS**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2010.

5. BRETAS, J. R. S. da, et al. Os rituais de passagem segundo adolescentes. **Acta Paul. Enferm**. [online]. São Paulo. Vol.21, n.3, pp. 404-411, 2008.

6. DATASUS. **Indicadores de Mortalidade Neonatal**. 2012. [online] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0104b.htm. Acessado em 26.01.2015.

7. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA- UNICEF. **O direito de ser adolescente**: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Situação da Adolescência Brasileira. Brasília, DF: UNICEF, 2011.

8. GALLO, J.H.S. da. Gravidez na adolescência: a idade materna, consequências e repercussões. **Rev. Bioetica (Impr)**. Rondônia. 19(1): 179 – 95, 2011.

9. GOLDINHO, R.A. et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, n. 2, v. 8, p. 25- 32, abr. 2000.

10. KASSAR, S. B. et al. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [online]**. Vol.5, n.3, pp. 293-299. 2005.

11. MAGALHÃES, M.L.C. de, et al. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? **Rev Bras. Ginecol Obstet**. 28 (8): 446 - 52 2006.

12. MAGALHÃES, M.L.C. de et al. Recién nascidos de madres adolescentes precoces y tardias? Hay alguna diferencia? **Rev de la Sociedad Chilena de Obstetrícia y Ginecologia infantil y de la adolescência**. Chile. Vol 16; Nº 02; 2009.

13. MARTINS, M. G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]**. Rio de Janeiro, v.33, n.11, p. 354-360, 2011.

14. METELLO, J. et al. Desfecho da Gravidez nas jovens adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. Rio de Janeiro, v.30, n.12, p. 620-625, 2008.

15. NADER, P.R.A; COSME, L.A. Parto prematuro de adolescente: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Rev. Enf. Anna Nery**. 14(2). Abr-Jun. 338-345. 2010.

16. OLIVEIRA, E. F.V; GAMA, S.G.N da; SILVA, C. M.F.P da. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 26(3): 576 – 578. Março. 2010.

17. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. **Saúde reprodutiva**: estratégia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. Washington, 2004.

18. PUHL, C. H; et al. Morbimortalidade do recém-nascido de mãe adolescente. **Rer Catarinenses de Medicina**. Santa Catarina. Vol 36, Nº 03. 2007.

19. SASS, A. et al. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. Jun 32(2): 352-8 2011.

20. VIELLAS et al. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém – nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol**. 15(3): 443-54. 2012.

21. WHO, World Health Organization. Young People´s Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

22. WHO (World Health Organizacion). The incidence of low birth weight: a critical review of available information. World Health Stat Ann. 33: 197-244 1980.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A gravidez na adolescência pode comprometer a saúde da mãe e do recém-nascido e quando esta ocorre em idade extrema os riscos para o binômio aumentam substancialmente;

- Embora diversas estratégias e programas voltados para a área de saúde da criança e do adolescente tenham crescido nas últimas décadas, ainda é necessário mais investimento para a redução da morbimortalidade nestas populações;

- O maior número de partos em idade precoce ocorre em adolescentes da raça negra quando se compara com a adolescente branca ou com as demais raças; tais dados comprovam que as políticas de amparo ao adolescente não são efetivadas de maneira linear e tão pouco atingem igualitariamente a todos, desrespeitando os princípios da Equidade proposta pelos SUS;

- A primiparidade pode ser um fator protetor para o recém-nascido de mães na fase da adolescência precoce, conferindo aos mesmos melhores resultados frente ao escore de Apgar;

- Dos recém-nascidos de mães na fase precoce da adolescência nascidos na Bahia, no ano de 2012, 91,2% apresentaram Apgar satisfatório no quinto minuto de vida;

- Diante da escolaridade observou-se que a gestação precoce não é um fator determinante para o afastamento dos estudos por parte das adolescentes. 72 % das gestantes precoces encontram-se em situação regular com a vida escolar;

- A reincidência da gestação em adolescentes precoces traduz a necessidade de intensificação das ações educativas para esta faixa etária. No estudo apresentado 10,4% das mães já haviam engravidado;

- Os achados do estudo apontam para 19,8% dos recém-nascidos com idade gestacional abaixo da normalidade. A prematuridade decorrente da gestação precoce é um fator agravante para o neonato. O nascer prematuro expõe escore de Apgar insatisfatório com risco eminente de morte, onera os gastos hospitalares e contribui para a instabilidade familiar;

- Tanto os profissionais de saúde quanto as adolescentes precoces requerem maior sensibilização frente à realização do pré-natal. A pesquisa mostra que 65,8% das mães tinham o número de consultas inadequadas, tendo impacto diretamente no escore de Apgar do recém-nascido;

- O parto vaginal é mais comum no processo de parturição em adolescentes precoces e o cenário para o nascimento, na grande maioria, é o ambiente hospitalar;

- O peso de nascimento é isoladamente um fator preditivo para escore de Apgar insatisfatório;

- O sexo masculino se apresenta com maiores chances de vitalidade no nascimento comprometida;

- Os estudos envolvendo dados secundários apresentam determinadas limitações, uma vez que o sistema de notificação requer maior compromisso por parte do profissional que o alimenta. No entanto, esses tipos de estudo merecem maiores investimentos frente ao custo-benefício no processo de pesquisa.

Diante destas considerações, propõe-se o aprofundamento deste estudo, buscando compreender os fatores que interferem no comportamento sexual das adolescentes precoces e como estas desenvolvem o processo de maternagem. Ainda assim, é preciso analisar como se desenvolvem os recém-nascidos de mães adolescentes precoces e os fatores que colaboram ou comprometem o bem-estar dos mesmos.

5 REFERÊNCIAS

1. American College of Obstetricians American Academy of Pediatrics and Gynecologist - ACOG. **The Apgar score**. Obstet. gynecol, v. 117, n. 333, p. 1445-1447, 2006. 2015.

2. ALMEIDA, M. F. de; Sobrevida e fatores de risco para a mortalidade neonatal em uma coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer, na Região Sul do Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(6): 1088 – 1098, junho, 2011.

3. ALMEIDA, A.H.V. do. et al. Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na região Nordeste do Brasil. **Rer. Bras. Materno Infantil**. Recife. 14 (3): jul-set; 279-286.2014.

4. ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara. 1981.

5. ASSUNCAO, R. S. e MATOS, P. M. Perspectivas dos adolescentes sobre o uso do Facebook: um estudo qualitativo. **Rev Psicol. estud. [online]**. Vol.19, n.3, pp. 539-547 2014.

6. BATISTA, A. L.; ARIOSA, J. M.; SÁNCHEZ, J. R. C. Adolescencia e interrupciones de embarazo. **Rev. Cubana Obstet. Ginecol**. 30 (1). 2004.

7. BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente**. 2ª Edição. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 1996.

9. BRASIL. Ministério da Educação. **Ações Afirmativas e Combate ao Racismo nas Américas** / Sales Augusto dos Santos (Organizador). – Brasília: Ministério da Educação: UNESCO, 2005.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A Saúde de Adolescentes e Jovens**. Uma metodologia de autoaprendizagem para equipes de atenção básica de saúde. Módulo básico. 2.ª edição. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília – DF, 2007.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão. **Política Nacional de Saúde Integral da população Negra: uma política do SUS**. Brasília. Editora do ministério da Saúde. 2010.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4 v. : Il.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

17. BENINCASA, M. ; REZENDE, M.M. ; CONIARIC, J. Sexo desprotegido e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Rev. Psicologia: Teoria e Prática**, 10(2), p. 121 – 134. 2008.

18. BERGAMASCHI, F. F. de; PRAÇA, N. S. de. Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. **Rev. Esc. de Enferm**. USP. 42(3), p. 454 – 60. 2008.

19. BRETAS, J. R. S. da, et al. Os rituais de passagem segundo adolescentes. **Acta Paul. Enferm**. [online]. São Paulo. Vol.21, n.3, pp. 404-411, 2008.

20. CANO, M.A.T.; FERRIANI, M. das; GOMES, C. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev.latinoam.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abril, 2000.

21. CARVACHO, I. E et al. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviço de saúde por adolescentes gestantes. **Rev. de Saúde Pública**, 42(5); p.886 – 94. 2008.

22. COSTA, M. C. O. et al. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro; 77(3): 235-42, 2001.

23. COSTA, J. M. B. S.; FRIAS, P.G. Avaliação da completitude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. **Cad. Saúde Pública.** 25(3): 613-24. 2009.

24. CUNHA, A. A, MONTEIRO, D. L. M. Gravidez na adolescência como problema de saúde pública. **Rev. Saúde Pública.** 2003.

25. DATASUS. **Indicadores de Mortalidade Neonatal**. 2012. [online] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0104b.htm. Acessado em 26.01.2015.

26. DE OLIVEIRA, M. C. S. L.; CAMILO, A. A. e ASSUNCAO, C. V. Tribos urbanas como contexto de desenvolvimento de adolescentes: relação com pares e negociação de diferenças. **Temas psicol**.[online]. Vol.11, n.1, pp. 61-75. 2003.

27. DESLANDES, F.S.; SANTOS, N. C. Violência na adolescência – sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impactos da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília (DF). Ministério da Saúde. pp. 79 – 115. 2005.

28. DRUMOND, E.F.; MACHADO, C.J.; FRANÇA E. Subnotificação de nascidos vivos: procedimentos de mensuração a partir do Sistema de Informação Hospitalar. **Rev. Saúde Pública.** 42(1): 55-63. 2008.

29. FERREIRA, M. A. A. Educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, Abr-Jun. 2006.

30. FORMIGA; C.K.M.R.; LINHARES, M.B.M. Avaliação do desenvolvimento inicial de criança nascidas pré- termo. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. SP. 43(2): 472-80. 2009.

31. FISHER, B.N.A.; CARABALLO, G.M.; SANCHEZ, C.O.M. Factores epidemiológicos y Apgar bajo alnacer. Ciudad de la Habana. **Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología**, v. 37, n. 3, 2011.

32. FIGUEIRO, A. C. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes residentes na comunidade de Roda de Fogo, Recife. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2(3), p. 291-302. 2002.

33. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA- UNICEF. **O direito de ser adolescente**: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Situação da Adolescência Brasileira. Brasília, DF: UNICEF, 2011.

34. FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. Rede Interagencial de Informação para a Saúde Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, pp. 83-112. 2009.

35. GALLO, J.H.S. da. Gravidez na adolescência: a idade materna, consequências e repercussões. **Rev. Bioetica (Impr)**. Rondônia. 19(1): 179 – 95, 2011.

36. GEIB, L. T. C et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Ciência e Saúde Coletiva, 15(2):363-370. 2010.

37. GIORDANO, M. C.; GIORDANO, L. A. Contracepção na adolescência. **Rev. Adolescência & Saúde**. Vol 6; n 4. 2009.

38. GOES, E. F; NASCIMENTO, E. **Mulheres negras e brancas: as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia, PNAD – 2008**. In BATISTA, L.E ; WERNECK, J. LOPES, F. (orgs). Saúde da população negra. 2 ed. rev. e ampl. Brasília. DF. 2012.

39. GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Monte Carlos, Minas gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 21(4): 1077-86. 2005.

40. GOLDINHO, R.A.; SHELP, J.R.B.; PARADA, C.M.G.L.; BERTOCELLO, N.M.F. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, n. 2, v. 8, p. 25- 32, abr. 2000.

41. GOMES, L. F.; DONATI, P.; F, D. **Conjunção carnal sem violência com adolescente de catorze anos de idade**: **atipicidade**. Disponível em http://www.lfg.com.br 04 junho. 2009. Acessado em 02 de março de 2015.

42. GROSSMAN, E. **O médico de adolescente e seu ofício: reflexões sobre as normas e a prática** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro; Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz; 1995.

43. GUIMARÃES, E.B. - **Gravidez na adolescência: fatores de risco**. IN: Saito, M.I. & Silva, E.V. -Adolescência - Prevenção e Risco. São Paulo, Atheneu, pp. 291-8. 2001.

44. HORA, S. A. E; et al. Centro de Referência em Atenção à Saúde do Adolescente no município de Jaboatão dos Guararapes (PE) – **Rev. Adolescência & Saúde**. Julho, 2008.

45. HUBNER, G.M,E; JUAREZ H, M. E. Test de Apgar: Después de mediosiglo ¿sigue vigente?. **Rev. méd. Chile**, Santiago , v. 130, n. 8, agosto 2002.

46. KASSAR, S. B. et al. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [online]**. vol.5, n.3, pp. 293-299. 2005.

47. KILSZTAJN, S. et al. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de SP, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. RJ. 23(8): 1886-1892. 2007.

48. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA- IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro, 2010.

49. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico, 2010. Rio de Janeiro; 2011.

50. LEITE, I. C. da; RODRIGUES, R. N. do; FONSECA, M. C. do. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões sudeste e nordeste do Brasil. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(2): 474 – 481, març – abr. 2004.

51. MACIEL, S. S. S. V. et al. Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru, PE. **Rev. da AMRIGS**, Porto Alegre, %¨(1): 46-50. Jan-marc. 2012.

52. MAGALHÃES, M.L.C. de et al. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? **Rev Bras. Ginecol Obstet**. 28 (8): 446 – 52. 2006.

53. MAGALHÃES, M.L.C. de et al. Recién nascidos de madres adolescentes precoces y tardias? Hay alguna diferencia? **Rev de la Sociedad Chilena de Obstetrícia y Ginecologia infantil y de la adolescência**. Chile. Vol 16; Nº 02; 2009.

54. MARTINEZ, E. Z. et al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas do município do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise espacial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(5): 855-867, mai, 2011.

55. MARTINS, M. G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev. Bras. de Ginec. e Obst. [online].** Rio de Janeiro, v.33, n.11, p. 354-360, 2011.

56. MELO, L. L.; LIMA, M. A. D. S. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. **Rer Bras Enferm**. 53(1):81-6. 2000.

57. MENDONCA, M. H. M. de. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas eqüitativas. **Cad. Saúde Pública [online]**,vol.18, 2002.

58. METELLO, J. et al. Desfecho da Gravidez nas jovens adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. Rio de Janeiro, v.30, n.12, p. 620-625, 2008.

59. MOREIRA, T.M.M.; et al. Conflitos vivenciados pelas adolescents com a descoberta da gravidez. **Rev, Esc. Enferm. USP**. 42(2): 312 – 20. 2008.

60. MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 7. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

61. NADER, P.R.A; COSME, L.A. Parto prematuro de adolescente: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Rev. Enf. Anna Nery**. 14(2). Abr-Jun. 338-345. 2010.

62. NASCIMENTO, R. M. do, et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso – controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(3):559-572, mar, 2012.

63. NERY, I. S. et al. Reincidência da gravidez em adolescents de Teresina, Pi, Brasil. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, jan – fev, 64(1), p. 31 – 7. 2011.

64. NETO, E.T.S, et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os anexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc**. São Paulo. 17(2): 107-119. 2008.

65. OLIVEIRA, M. C. S. L. de. Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. **Rev. Psic. em Estudo**, V 11; n 2, p.427 – 436. 2006.

66. OLIVEIRA, E. F.V; GAMA, S.G.N da; SILVA, C. M.F.P da. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 26(3): 576 – 578. Março. 2010.

67. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. **Saúde reprodutiva**: estratégia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. Washington, 2004.

68. OSORIO, R. G. **O sistema classificatório de "cor ou raça" do IBGE**. Texto para Discussão nº 996. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), com recursos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud). Brasília. 2003

69. PENNA, L.H.G. ; CARINHANHA, J. I. ; LEITE, L. C. A prática educativa de profissionais cuidadores em abrigo: enfrentando a violência vivida por mulheres adolescentes. **Rev Latino- Americana de Enfermagem**. V.17. n 6, p. nov-dez. 2009.

70. PUHL, C. H; et al. Morbimortalidade do recém-nascido de mãe adolescente. **Rev. Catarinenses de Medicina**. Santa Catarina. Vol 36, Nº 03. 2007.

71. RIBEIRO E. R. O. et al. Comparações entre duas coortes de mães adolescentes em municípios do sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 34(2) 136-42. 2000.

72. ROCHA. R. C. L. da et al. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. 28(9): 530-5. 2006.

73. ROCHA, A. F de. **Mortalidade neonatal: assistência pré-natal em municípios do Nordeste do Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde. Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

74. RAMOS F. R. S. PEREIRA, S. M. ROCHA, C.R.M. da; Viver e adolescer com qualidade. **Rev Adolescer – Aben [online]**. 2014. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/revista/cap1.2.html. Acessado em 30.08.2015.

75. SAITO M.I. **Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão**. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e riscos. São Paulo (SP): Atheneu; p. 33-8. 2001.

76. SANT´ANNA, M. J. C. Gravidez na adolescência um problema de saúde pública. **Psicopedagogia online**. 2009.

77. SANTOS, L.M. A importância do Índice de Apgar. **Rev. Enfem. UNISA**. 10(1):39-43. 2009.

78. SASS, A. et al. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto alegre. Jun 32(2): 352-8. 2011.

79. SCHRAMM, J. M. A. de; SZWARCWALD, C. L. Diferenciais nas taxas de mortalidade neonatal e natimortalidade hospitalares no Brasil: um estudo com base no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). **Cad. Saúde Pública [online]**. vol.16, n.4, pp. 1031-1040. 2000.

80. SILVA, J.L.P.; SURITA, F. G. C. Gravidez na adolescência: situação atual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. 34(8): 347-50. 2012.

81. SILVA, R. S. da et al. Avaliação do sistema da completitude das variáveis do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – Nos etados da região Nordeste do Brasil, 2000 e 2009. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(2):347-352, abr-jun 2013

82. SIMÕES, V. M. F. et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev. de Saúde Publica**. 37(5)559-65. 2003.

83. SMETANA, J.; CAMPIONE-BARR, N. & METZER, A. Adolescent development in interpersonal and societal contexts. **Annual Review of Psychology** 57, p. 255-84. 2006.

84. SOUSA, L. B. de; FERNANDES, J. F. P.; BARROSO, M.G.T. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**. 19(4), p. 408-13.2006.

85. SUZUKI; C;M. et al. Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. 17(3): 95-103. 2007.

86. UNFPA. **Situação da população mundial 2013. Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência**. Relatório produzido pela Divisão de Informação e Relações Externas do UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas. ONU. 2013.

87. TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M. de. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 105 – 114, jan/mar. 2008.

88. TOURINHO, A. B. REIS, L. B S. M de. Peso ao nascer: Uma abordagem nutricional. **Rev. Ciências Saúde**. 22(4): 19-30. 2013.

89. VICAVA, F. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). In: BRASIL, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação

Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v.2, p. 27-39, 2009.

90. VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. **São Paulo Medical Journal** [online]. São Paulo, vol.119, n.1, pp. 33-42, 2001.

91. VIELLAS et al. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém – nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol**. 15(3): 443-54. 2012.

92. XIMENES, F. M. A.; OLIVEIRA, M. C. R. de. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. **RBPS**; 17 (2); p. 56 – 60. 2004.

93. YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]**. Vol.28, n.8, pp. 443-445. 2006.

94. WHO (World Health Organizacion). The incidence of low birth weight: a critical review of available information. World Health Stat Ann. 33: 197-244. 1980.

95. WHO, World Health Organization. Young People´s Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.