

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Priscila Fantaguzzi de Almeida Novais

**GESTAÇÃO E PARTO NA ADOLESCÊNCIA:
uma análise dos indicadores maternos e neonatais em Minas Gerais no período de
2002 a 2012**

Belo Horizonte
2015

Priscila Fantaguzzi de Almeida Novais

**GESTAÇÃO E PARTO NA ADOLESCÊNCIA:
uma análise dos indicadores maternos e neonatais em Minas Gerais no período de
2002 a 2012**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Residência em Obstetrícia da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção do título de Enfermeira Obstetra.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Araújo Amaral

Belo Horizonte

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os envolvidos no processo da Residência de Enfermagem Obstétrica, que possibilitaram a concretização de um sonho...

As professoras da Escola de Enfermagem pela luta para realização deste projeto. Em especial à querida professora Marta que esteve ao meu lado ao longo de toda minha vida acadêmica, sendo uma grande responsável por todas as minhas conquistas nesse processo. Muito obrigada por toda dedicação, paciência, carinho e apoio! Você foi mais que uma professora para mim, e foi um privilégio poder compartilhar de todo seu conhecimento.

A todos os campo de prática, Hospital das Clínicas, Hospital Risoleta Neves e Hospital Sofia Feldman, por abrirem as portas e possibilitarem uma formação de qualidade.

Aos preceptores que compartilharam seu conhecimento e auxiliaram em nosso crescimento profissional.

A todos meus familiares pela paciência, apoio, compreensão e conforto nos momentos mais difíceis. Em especial aos meus pais por serem minha fortaleza, pela imensa dedicação para que eu superasse todas as etapas, pelo maior exemplo! Ao meu irmão Arthur pelo companheirismo e apoio. Ao meu afilhado Gabriel por ser um anjo que fez esses dois anos serem muito mais alegres.

Ao Gustavo por todo carinho, compreensão, auxílio e principalmente por todo amor e paciência que teve ao longo desta caminhada. Obrigado pela força, por secar minhas lágrimas e me fazer acreditar de que era possível.

Para finalizar não poderia deixar de mencionar as companheiras de curso que se tornaram grandes amigas, Rafaela, Laiana, Bruna e Nadia. Em especial a uma das maiores conquistas desta residência: Ana Clara, Ana Luísa, Fabiana e Flávia. Vocês foram um presente desta jornada, pessoas maravilhosas que tive o privilegio de conviver e compartilhar ótimas experiências, sem vocês não sei se seria possível completar 60 horas semanais. Obrigada por fazerem parte de minha vida!

A distância que você consegue percorrer na vida depende da sua ternura para com os jovens, compaixão pelos idosos, solidariedade com os esforçados e tolerância para com os fracos e os fortes, porque chegará o dia em que você terá sido todos eles...

(George Washington Carver)

LISTA DE ABREVIATURAS

BPN- Baixo Peso ao Nascer

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS- Departamento de Informática do SUS

DNV- Declaração de Nascidos Vivos

DO- Declaração de Óbito

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PROSAD- Programa de Saúde do Adolescente

PSE- Programa Saúde na Escola

RN- Recém-Nascido

SINASC- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIM- Sistema de Informações sobre Mortalidade

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, transversal que objetiva analisar os resultados maternos e neonatais de gestantes adolescentes em Minas Gerais, no período de 2002 a 2012. Utilizou-se dados secundários, provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). As variáveis em análise foram classificadas em: sócio-demográficas: faixa etária, cor/raça, escolaridade e estado civil; associadas à gestação: número de consultas de pré-natal e às condições de nascimento: idade gestacional no parto, via de parto, Apgar no 1º e 5º minuto e peso ao nascer. Avaliou-se também a variável mortalidade subdividida em materna, fetal e infantil. A análise dos dados foi descritiva, por meio da frequência absoluta e percentual das variáveis. No período de 2002 a 2012 ocorreram 530.429 partos entre mães adolescentes no Estado de Minas Gerais, o que corresponde a 18% dos partos nesta década. Observou-se que a maioria dos partos de mães adolescentes foi entre mulheres pardas, solteiras e com sete anos de estudo ou mais. Neste período, houve uma redução da proporção de nascidos vivos e do número de partos normais entre adolescentes. Constatou-se que quanto maior a escolaridade da adolescente e o número de consultas de pré-natal maior a proporção de realização de cesarianas. Em relação à mortalidade, verificou-se redução da mortalidade fetal e infantil. Além disso, observou-se maiores taxas de mortalidade materna entre adolescentes solteiras e negras. Concluiu-se que a gravidez na adolescência permanece inserida em um contexto social precário cuja ocorrência traz diversas repercussões à saúde materna e infantil sendo necessária a criação de políticas públicas que assegurem os direitos da população adolescente e estimulem uma prática sexual segura. A reestruturação dos serviços de saúde e uma atuação multiprofissional apresentam-se como uma estratégia para atender as especificidades do público adolescente e promover a saúde materno-infantil. Neste contexto, o enfermeiro obstetra apresenta-se como um profissional imprescindível na mudança da atenção ao adolescente em virtude de sua formação, do cuidado prestado e possibilidades de atuação.

Palavras-Chave: Gravidez na adolescência; saúde do adolescente; saúde materno-infantil; avaliação em saúde.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	7
2.Contextualizando a adolescência: um período de vulnerabilidade e mudanças.....	11
3. Objetivos.....	15
4. Metodologia.....	16
5. Resultados.....	19
6. Discussão	25
7. Considerações Finais	42
8. Referências	44
9. Anexos	49

1. INTRODUÇÃO

A adolescência compreende o período entre a infância e a vida adulta e envolve um processo complexo de desenvolvimento psicossocial. É uma fase de risco e vulnerabilidade, cercada por alterações físicas, emocionais e psicológicas, no qual ocorre o desenvolvimento e a inserção social do indivíduo. É fortemente influenciada pelo contexto social, pela realidade e cultura de cada indivíduo (BRASIL, 2007).

A definição de adolescência não é um consenso e varia de acordo com diversos órgãos internacionais, assim como leis nacionais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade (WHO, 2014). O Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n.º 8.069, de 13/7/1990, considera criança até doze anos de idade incompletos e adolescente entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990).

No presente trabalho será considerado como adolescência a faixa etária de 10 a 19 anos, conforme recomendado pela OMS e adotado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

Diversas políticas e programas nacionais visam assegurar os direitos e saúde do adolescente brasileiro. Em 1988 a Constituição Brasileira reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, modificando uma legislação anterior que considerava-os como propriedades dos seus pais. Já em 1989 surge Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) para a faixa etária de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias, que já apresentava como áreas prioritárias a saúde sexual e a saúde reprodutiva nesta faixa etária (BRASIL, 1996). Outro marco foi a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, que regulamenta os avanços da Constituição Federal de 1988. Complementando estas ações, em 2007 instituiu-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens que, baseada nos princípios do SUS, reconhece que os adolescentes e jovens são pessoas em processo de desenvolvimento, demandando atenção especial ao conjunto integrado de suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais (BRASIL, 1990).

Segundo Montagner (2010), a adolescência é marcada por diversas inquietudes e transformações, dentre a sexualidade e exploração dos relacionamentos afetivos, a consolidação da identidade, a vontade de ser independente. Neste contexto, se insere o início precoce da atividade sexual e como consequência, gestações não planejadas. A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública em todo mundo, englobando países desenvolvidos e em desenvolvimento. Sua incidência é maior em meninas pobres e em países em desenvolvimento e sua ocorrência traz diversas repercussões para a saúde materno-infantil (WHO, 2012; SILVA, 2012).

Dados da Pesquisa Nascer no Brasil, um inquérito nacional de base hospitalar sobre o parto e nascimento, apontam que gestantes adolescentes são mais pobres e têm nível de escolaridade inferior ao esperado para sua idade. Nesta pesquisa, a maioria das adolescentes grávidas (71%) se classificou como preta ou parda, 69% declaram viver com o companheiro, 18,6% já tinham história de parto anterior e 3,4% tentaram interromper a gestação. Este grupo etário apresentou maiores proporções de recém-nascidos com baixo peso ao nascer (ENSP, 2013).

Em 2008, ocorreram 16 milhões de nascimentos de mães com idade entre 15-19 anos, o que representa 11% dos nascimentos em todo o mundo, sendo que 95% incidiram em países de baixa e média renda (WHO, 2012). Metade de todos os nascimentos de mães adolescentes ocorreu em apenas sete países: Brasil, Bangladesh, Estados Unidos, Índia, Etiópia, Nigéria e República Democrática do Congo (WHO, 2008). Este cenário é fruto de um contexto social precário, de baixa renda e escolaridade, no qual as meninas são induzidas ao casamento muito cedo e encorajadas a engravidarem o mais rápido possível. Estas, desprovidas de perspectivas pessoais futuras encaram a maternidade como a única forma de realização e ascensão social. A pobreza extrema se repete em seus filhos, contribuindo para perpetuação de tal modelo (SILVA, 2012). Dentre outras consequências sociais da gravidez neste período, destaca-se o abandono escolar e consequente baixo nível educacional que prejudica o desenvolvimento pessoal das mulheres assim como afeta sua contribuição econômica (MONTAGNER, 2010).

A construção social de gênero também apresenta forte influência neste contexto. Em algumas sociedades, as normas de gênero estimulam casamentos precoces ou aceitam a violência e coerção sexual contra as adolescentes, colocando-as em maior risco de adquirirem Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e gestações não

planejadas (WHO, 2012). Além disso, perpetuam a dominação masculina e passividade feminina. Ou seja, incitam os homens à virilidade e ao início precoce das relações sexuais e colocam as mulheres em uma posição de ingenuidade e submissão, encorajando o seu papel de procriadora (MONTAGNER, 2010).

Dados do Ministério da Saúde (MS) demonstram que 57% dos homens disseram que queriam que sua primeira relação sexual acontecesse precocemente, enquanto entre mulheres apenas 20% assumiram essa atitude. A maioria das mulheres (52%) evidenciou uma atitude de passividade e de espera, prevalecendo a resposta de que não pensavam no assunto (BRASIL, 2010b).

O início precoce das relações sexuais e a ocorrência da gravidez na adolescência geram diversas consequências para a saúde materno-infantil. Estudo comprova que as complicações da gravidez e parto são as principais causas de morte em mulheres de 15 a 19 nos países de baixa e média renda, onde as taxas de natimortos e morte na primeira semana ou mês de vida são 50% maiores em mulheres com menos de 20 anos de idade. As complicações para o feto como as taxas de parto pré-termo, baixo peso ao nascer e asfixia são maiores entre gestantes adolescentes. Além disso, as gestações precoces e não planejadas se associam a maiores taxas de aborto, que realizados em condições impróprias acarretam diversos prejuízos à saúde materna, inclusive a morte (WHO, 2012).

A OMS reconhece que a educação é um fator de proteção para gestações precoces. A falta de conhecimento sobre educação sexual, planejamento familiar e de habilidades para coloca-los em prática entre os adolescentes favorece o aparecimento de gestações precoces e indesejadas. Mulheres com baixo nível educacional têm maiores taxas de nascimento e mortalidade materna quando comparadas a mulheres com nível educacional secundário ou terciário (WHO, 2012).

No que se refere à gestação na adolescência no Brasil, o país vem apresentando nos últimos anos, uma redução dos nascimentos neste grupo etário. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o percentual de nascidos vivos de mães entre 10 e 14 anos manteve-se 0,9% de 2000 a 2006, entretanto, entre 15 a 19 anos houve uma redução, passando de 22,5% para 20,6% no mesmo período. Vale considerar a taxa de fecundidade nesta faixa etária: se entre as mulheres adultas houve um decréscimo da taxa de fecundidade nas quatro últimas décadas, entre as adolescentes, no período de 1990 a 2000, houve aumento de 26% (BRASIL, 2007).

Conforme informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em 2002, 16% dos óbitos de mulheres por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério foram entre adolescentes. Além disso, em 2007, 25% do número de internações no SUS para o atendimento obstétrico foram na faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 2007).

O cenário apresentado revela alguns problemas que necessitam ser ponderados como o número significativo de nascimentos entre mães adolescentes no Brasil; a necessidade de se implementar políticas públicas voltadas para a prevenção de gestações precoces e não planejadas; e o atendimento prestado às adolescentes grávidas que se mostra semelhante ao prestado às demais mulheres e que não engloba as demandas e necessidades deste grupo específico.

Diante da realidade apresentada e dos problemas apontados propõem-se este estudo como intuito conhecer melhor o cenário mineiro acerca da gravidez na adolescência. Estas informações poderão contribuir para uma reflexão sobre a necessidade de se buscar estratégias para aprimorar a assistência prestada a este grupo populacional. Além disso, poderá reforçar a importância de atuação multiprofissional para melhoria da assistência prestada à gestante adolescente e as possibilidades de atuação do enfermeiro obstetra.

2.CONTEXTUALIZANDO A ADOLESCÊNCIA: UM PERÍODO DE VULNERABILIDADE E MUDANÇAS.

No Brasil, a construção do conceito de adolescência foi mais lento e mais recente que a realidade apresentada na Europa seguindo determinações relativamente diferentes, embora conservassem características semelhantes. No País, as distinções entre a infância e a idade adulta, dos homens e das mulheres, ocorreram quase no século XX (REIS, 1993).

Longe da escola e da necessidade de uma força organizadora do exército, o brasileiro, ao contrário do europeu, tinha seu desenvolvimento no mando senhorial e na obediência do trabalho escravo. O filho do Senhor de Engenho, até os 10 anos exercitava-se, por meio de jogos brutais, enquanto o filho do escravo ensaiava, nas cozinhas das casas grandes, o exercício da escravidão. A partir dos 10 a 12 anos de idade ambos se ingressavam no mundo dos adultos. Quanto às mulheres, era comum casarem-se cedo, normalmente entre os 12 e 13 anos de idade. Entretanto, não era raro que os pais permitissem, infringindo suas próprias leis, que suas filhas se casassem até com oito anos de idade. Das sinhás-moças só se esperava o casamento, desta forma, elas não só desconheciam a instituição escolar como muitos pais impediam o seu acesso. Criadas em ambiente duramente patriarcal, elas viviam sob a mais dura tirania dos pais, depois substituída pela dos maridos (REIS, 1993).

A inclusão feminina no campo de experiências socialmente valorizadas foi iniciada pelo movimento higienista. Este movimento criou, parcialmente, condições para que, posteriormente, o conceito de adolescência fosse estendido às mulheres. A contribuição dos higienistas se deu na transformação do modelo familiar colonial. A casa brasileira, até meados do século XIX, era um misto de uma unidade de produção e de consumo. A mulher gerenciava esta pequena empresa e acabava se descuidando dos filhos, que ficavam sob os cuidados dos escravos. Neste modelo, a mulher da casa senhorial desempenhava o papel de administradora, representando uma peça fundamental na manutenção desta configuração de vida social (REIS, 1993).

O Estado brasileiro em processo de formação buscava criar condições para um projeto agroexportador e constituição de uma unidade nacional que substituísse a antiga

relação proprietário de terra/metrópole. Os tipos de relações familiares não pareciam adequados a este momento político-econômico, para isso servia o processo de higienização no qual a escrava jamais poderia desempenhar o papel de disseminadora de novos valores. A mulher, movida por tal processo, abandonou suas antigas funções produtivas internas e se voltou à criação de seus filhos para uma vida mais pública. Neste contexto, surge a necessidade de construção de uma de transição que ligasse a vida doméstica à vida pública. Esta passagem era um tempo de preparação durante o qual a criança brasileira se desprendia dos braços maternos antes de ingressar no mundo adulto. É neste processo de passagem que emerge a adolescência (REIS, 1993).

A adolescência envolve processos complexos de emancipação que não se reduzem à passagem da escola para o trabalho. É amplamente reconhecido que cada indivíduo vivencia a adolescência de modo diferente, dependendo de sua maturidade física, emocional e cognitiva, assim como de outros fatores (BRASIL, 2010b). Devido à imensa diferença de experiências vivenciadas por adolescentes mais jovens dos mais velhos é imprescindível separar esta fase em dois momentos distintos: a fase inicial da adolescência, dos 10 aos 14 anos de idade, e a fase final da adolescência, dos 15 aos 19 anos de idade (UNICEF, 2011).

Na fase inicial da adolescência começam as mudanças físicas, com uma aceleração do crescimento e desenvolvimento dos órgãos sexuais e características sexuais secundárias. Os adolescentes tornam-se mais conscientes de seu gênero do que quando eram crianças, podem ser vítimas ou participar de *bullying* (assédio moral) e se sentirem confusos em relação à sua própria identidade pessoal e sexual (UNICEF, 2011). Os jovens comparam-se uns aos outros e, como há uma grande variabilidade no desenvolvimento, os que ainda não se desenvolveram se sentem diminuídos e os que já têm um corpo formado se afligem com a nova postura que têm de adquirir, sem ter ainda maturidade (BRASIL, 2008).

Os valores, atitudes, hábitos e comportamentos encontram-se em processo de formação e consolidação. Os valores e o comportamento dos amigos ganham importância neste processo, surgindo um natural distanciamento dos pais em direção a uma maior independência. Além disso, veículos de comunicação, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas e os sistemas legal e político, exercem influência sobre o modo como eles pensam e se comportam (UNICEF, 2011). Nesta etapa, a sexualidade ainda é indiferenciada e a masturbação é a conduta sexual

mais frequente. As mudanças físicas são mais rápidas do que a capacidade dos adolescentes de assimilarem cada nova imagem que aparece (BRASIL, 2008).

Nesta fase, o cérebro passa por uma aceleração do desenvolvimento elétrico e fisiológico, com o aumento do número de células cerebrais e reorganização das redes neurais, trazendo um impacto na capacidade emocional, física e mental. O lobo frontal, que governa o raciocínio e as tomadas de decisão, começa a se desenvolver nesse momento. Uma vez que esse desenvolvimento começa mais tarde e é mais prolongado nos meninos sua tendência é agir impulsivamente e a pensar de forma acrítica por mais tempo (UNICEF, 2011).

Na fase final da adolescência, as principais mudanças físicas já ocorreram. O cérebro continua a se desenvolver e reorganizar e a capacidade de pensamento analítico e reflexivo é ampliada. No início dessa fase a influência de amigos ou grupos diminui uma vez que o adolescente adquire maior clareza e confiança em sua própria identidade e opiniões. Neste momento se desenvolve a capacidade de avaliar riscos e de tomar decisões conscientes. No entanto, práticas como o consumo de cigarros, drogas e álcool, que frequentemente são adquiridas na fase anterior, podem seguir por toda a fase final da adolescência e na vida adulta. É um período de oportunidades e esperança, quando os jovens começam a trabalhar ou avançam em sua educação, estabelecendo sua própria identidade. A sociedade e a família passam a exigir do indivíduo, ainda em crescimento e maturação, maiores responsabilidades com relação a sua própria vida (UNICEF, 2011).

O relacionamento amoroso geralmente se inicia nesta fase. Ocorre uma maior aceitação das transformações físicas, resultando em um corpo adulto. No namoro as carícias são progressivas até evoluírem para a relação sexual genital, que ocorre geralmente nesta fase. Neste processo, a sexualidade contribui com a autoestima do jovem, fazendo parte da construção da identidade do indivíduo (BRASIL, 2008).

O aprendizado da sexualidade não se limita à primeira relação sexual, englobando um processo de experimentação que se acelera na adolescência (BRASIL, 2008). A sexualidade é um elemento inerente da pessoa e essencial na saúde dos adolescentes, indo além do aspecto biológico, manifestando-se também como um fenômeno psicológico e social, fortemente influenciado pelas crenças e valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade (BRASIL, 2010b).

Apesar da sexualidade ser definida como um conjunto de fenômenos que permeia todos os aspectos de nossa existência ela é vista inicialmente como um fenômeno biológico. Porém, sabe-se que é também social e psicológico e só pode ser compreendido quando situado no âmbito e nas regras da cultura em que se vive. Em cada sociedade são diferentes as proibições e permissividades em relação à atividade sexual. No processo de adaptação cultural do ser humano, o controle da sexualidade é um dos aspectos centrais. Praticamente todas as culturas impõem alguma forma de restrição ao comportamento sexual (BRASIL, 2008, p. 205).

Na sociedade brasileira a sexualidade foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder. Nesta percepção, os adolescentes não são reconhecidos socialmente como pessoas sexuadas, livres e autônomas submetendo-os a situações de vulnerabilidade, no plano pessoal, social e institucional (BRASIL, 2007).

As inúmeras alterações, biológicas e psicossociais, que ocorrem durante a adolescência afetam cada aspecto de sua vida e tornam esta fase um momento único para construir a base de uma boa saúde na idade adulta (WHO, 2014).

Adolescentes, por serem considerados pessoas saudáveis, não têm a necessária atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva. Neste contexto, o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento não é valorizado pelos serviços de saúde como um fator de proteção e de prevenção agravos (BRASIL, 2010b). Além disso, estudo aponta que adolescentes evitam os serviços de saúde e desconfiam das equipes, o que inviabiliza a implementação de cuidados preventivos. Em muitos casos podem ser desestimulados pela longa espera, pela distância até as unidades de saúde ou por serviços não acolhedores. As unidades de saúde necessitam ser “sensíveis às necessidades dos adolescentes” e, desta forma, devem ser acessíveis, atender em horários adequados e sem hora marcada, oferecer serviços gratuitos e encaminharem a outros serviços quando necessário (UNICEF, 2004).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os resultados maternos e neonatais de gestantes adolescentes em Minas Gerais, no período de 2002 a 2012, a partir de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informações sobre Mortalidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características das gestantes adolescentes de acordo com sua faixa etária;
- Conhecer as características sociodemográficas, o número de consultas de pré-natal e a via de parto das adolescentes;
- Identificar as condições de nascimento dos filhos de adolescentes;
- Verificar a distribuição dos óbitos fetais, infantis e maternos entre gestantes adolescentes, por ano.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, transversal, com coleta de dados no período de 2002 a 2012.

Para Lopes (2014) os estudos transversais coletam dados sobre a saúde e a exposição de uma população em um único ponto do tempo. Eles são úteis para o planejamento de cuidados de saúde, relatando importantes associações entre a exposição e o desfecho que merecem uma investigação mais aprofundada.

4.2 CENÁRIO DE PESQUISA

O campo de estudo foi o Estado de Minas Gerais, localizado na região Sudeste do Brasil, que apresenta uma área de 586.522,122 km² e um total de 853 municípios. O Estado possui uma população residente, em 2012, de 19.855.332 habitantes, sendo destes 1.703.302 (8,57%) mulheres entre 10 e 19 anos (IBGE, 2014).

Em 2009 Minas Gerais apresentava 12.460 estabelecimentos de saúde, sendo 7.222 públicos. Dos estabelecimentos públicos, 46 são federais, 84 estaduais e 7.092 municipais (IBGE, 2010). Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) apontam que Minas Gerais apresenta 374 estabelecimentos de saúde que realizam atendimento obstétrico, sendo 64 maternidades e 509 estabelecimentos que realizam atendimento pediátrico. No que se refere ao número de leitos o Estado apresenta 4578 leitos obstétricos, sendo 3294 públicos e 4862 leitos pediátricos, sendo 3892 públicos (CNES, 2014).

4.3 FONTE DE DADOS

Utilizou-se dados secundários, provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponíveis no DATASUS (<http://www.datasus.gov.br>). As informações destes

sistemas são coletadas pelas secretarias estaduais ou municipais de saúde em estabelecimentos de saúde e cartórios, por meio da declaração de nascidos vivos (DNV) e declaração de óbito (DO). As informações são então codificadas e transcritas para um sistema informatizado cuja gestão nacional é realizada pela Secretaria de Vigilância à Saúde que consolida os dados, distribuindo-os em CD-ROM. O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) disponibiliza as informações pela internet tanto para download como para tabulações.

As dados disponibilizados pelo DATASUS podem auxiliar em análises da situação sanitária da população e tomadas de decisão baseadas em evidências. Dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais podem ser mensurados e empregados na construção de Indicadores de Saúde que servem de base para a elaboração de programas de ações de saúde.

4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO E ANÁLISE

No presente estudo, as variáveis em análise foram classificadas em: sócio demográficas (faixa etária, cor/raça, escolaridade e estado civil) e associadas à gestação (número de consultas de pré-natal) e às condições de nascimento (idade gestacional no parto, via de parto, Apgar no 1º e 5º minuto e peso ao nascer). Buscou-se também a variável referente à mortalidade (materna, fetal e infantil).

As adolescentes foram subdivididas em grupos de faixa etária, entre 10 a 14 anos e 15 a 19 anos para possibilitar a análise dos resultados maternos e neonatais em gestações precoces (<15 anos) e contrastá-los com os resultados de gestantes adolescentes tardias (15 a 19 anos). A cor/raça da adolescente foi considerada como branca, parda, negra, amarela ou indígena e o estado civil como solteira, casada, separada, viúva ou em união estável.

Em relação à escolaridade, as mães foram classificadas em analfabetas, com 1 a 3 anos de estudo, 4 a 7 anos ou 8 ou mais. A adesão ao pré-natal foi avaliada pelo número de consultas, englobando as categorias: não realizar nenhuma consulta, realizar de 1 a 3 consultas, 4 a 6 consultas ou 7 ou mais consultas de pré-natal. A via de parto foi considerada vaginal ou cesárea. Quanto à idade gestacional os RN foram classificados como pré-termo (≤ 36 semanas), termo (entre 37 e 41 semanas) e pós-termo (≥ 42 semanas). O índice de Apgar no primeiro e quinto minuto foram analisados

por escore de pontos, menor ou igual a sete ou superior a sete. Em relação ao peso ao nascer, os recém-nascidos foram classificados em de baixo peso ($< 2500\text{g}$); de peso insuficiente ($2500\text{-}2999\text{g}$) e peso adequado ($> 3000\text{g}$).

As informações coletadas no DATASUS foram organizadas em um banco de dados no Excel, com exclusão elementos considerados como ignorados pelo sistema. Procedeu-se uma análise descritiva das variáveis categóricas, apresentada por meio de sua frequência absoluta e percentual. Para análise dos resultados realizou-se uma divisão das variáveis em estudo, totalizando 9 itens: via de parto; cor/raça; estado civil; escolaridade; adesão ao pré-natal; idade gestacional; peso ao nascer; Apgar e mortalidade. Esta divisão também foi utilizada na discussão do trabalho.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

5. RESULTADOS

No período de 2002 a 2012 ocorreram 530.429 partos entre mães adolescentes no estado de Minas Gerais, o que corresponde a 18% dos partos nesta década. Houve uma redução da proporção de nascidos vivos entre adolescentes no período considerado, de 19,47% em 2002 para 16,30% em 2012. Tal redução se deve, principalmente, à queda da proporção de nascidos vivos entre mães de 15 a 19 anos, que foi de aproximadamente 3%. Entre as mulheres de 10 a 14 anos ocorreram apenas pequenas variações anuais.

Observa-se que a maioria dos partos de mães adolescentes foi entre mulheres pardas, solteiras e com até sete anos de estudo, como ilustrado na Tabela 1 (ANEXO 1).

5.1 VIA DE PARTO

Houve reduções anuais no número de partos normais entre adolescentes no período considerado, conforme observado na Tabela 2 (ANEXO 2). Em 2002, 70% das mães entre 10 e 19 anos tiveram um parto vaginal, já em 2012 esta proporção caiu para 58%. Esta redução é acompanhada pelo aumento do número de cesarianas, em 2002, 29% das mães adolescentes tiveram um parto cesáreo, já em 2012 foram 42%. Não houve diferenças entre as adolescentes precoces e tardias e a proporção de partos vaginais, sendo encontrado nas duas faixas etárias valores similares aos encontrados entre 10 e 19 anos.

5.2 COR/RAÇA

No que se refere à cor/raça, em 2002, a maior proporção de partos era entre adolescentes brancas (52%), seguidas por pardas (43%), negras (4%) e amarelas (1%). Entretanto, ao longo da década houve uma alteração destes dados ocorrendo uma redução de aproximadamente 20% do número de partos em adolescentes brancas e o aumento de aproximadamente 18% e 5% em adolescentes pardas e negras,

respectivamente. Em 2012, a maior proporção de partos foi entre as adolescentes pardas (60%) seguidas por brancas (30%), negras (9%) e amarelas (1%).

Observou-se que 71% das adolescentes pardas tiveram um parto vaginal, este valor decresce em adolescentes amarelas (68%) e negras (66%). A menor proporção de parto vaginal foi vista entre adolescentes brancas, de 56%. Já a maior proporção de partos vaginais foi encontrada dentre adolescentes indígenas (79%), como pode ser observado na Tabela 3 (ANEXO 3).

5.3 ESTADO CIVIL

Em relação ao estado civil, verificou-se que a maioria das gestantes entre 10 a 19 anos era solteira. Analisando as faixas etárias separadamente observa-se que entre 10 e 14 anos, 91% das gestantes eram solteiras, 4% tinham união consensual, 3% eram casadas e menos de 1% eram viúvas ou separadas. Já entre 15 a 19 anos 73% das gestantes eram solteiras, 21% eram casadas, 5% tinham união consensual e 1% era viúva ou separada.

Vale destacar que houve alterações no estado civil das adolescentes durante a década considerada. Em 2002, 58% das adolescentes eram solteiras, 26% eram casadas, 14% estavam em união consensual e menos de 2% separadas ou viúvas. Houve aumentos anuais da proporção de solteiras durante 2003 a 2010, e em contrapartida, redução da proporção dos demais estados civis. O pico ocorre em 2010 com 82% de adolescentes solteiras. A partir de 2011 inicia-se uma redução destes valores chegando em 67% de solteiras em 2012, conjuntamente com um aumento expressivo de adolescentes em união consensual, que foi de 18%.

Relacionando o estado civil da adolescente com o tipo de parto observou-se apenas pequenas variações. Ou seja, a proporção de partos vaginais entre solteiras, casadas, separadas, viúvas ou em união consensual oscilou entre 60% a 66%. Sendo a proporção de 66% e 65% encontradas entre adolescentes solteiras e em união consensual, respectivamente.

5.4 ESCOLARIDADE

Constatou-se reduções anuais do número de mães adolescentes sem nenhuma instrução, que passou de 0,85% em 2002 para 0,16% em 2012. Tal redução também foi observada entre mães adolescentes com 1 a 3 anos de estudo, que passaram de 9% em 2002 para 2% em 2012 e entre 4 a 7 anos de estudo que passaram de 46% em 2002 para 31% em 2012. Acompanhando tais mudanças houve o um aumento expressivo do número de mães adolescentes com 8 a 11 anos de estudo, que foi de 34% em 2002 para 58% em 2012. Em contrapartida, houve uma queda do número de mães adolescentes com 12 ou mais anos estudo indo de 4,4% em 2002 para 1,3% em 2012.

Vale apontar que quanto maior a instrução da adolescente maior foi a proporção de realização de cesarianas. Se entre adolescentes sem nenhuma instrução ou com 1 a 3 anos de estudo a proporção de partos vaginais foi de 76% e 71%, respectivamente, entre adolescentes com 12 ou mais anos de estudo este valor cai para 54%, como pode ser visto na Tabela 3 (ANEXO 3).

5.5 ADESÃO AO PRÉ-NATAL

Em relação ao atendimento pré-natal, observou-se aumentos anuais do número de consultas realizadas pelas adolescentes. Em 2002, 2% das gestantes adolescentes não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, 13% realizaram de 1 a 3 consultas, 44% de 4 a 6 consultas e 41% de 7 ou mais consultas. Já em 2012, a proporção passou para 2% (nenhuma), 6% (1 a 3 consultas), 30% (4 a 6 consultas) e 62% (7 ou mais consultas).

Entre adolescentes que não realizaram ou realizaram de 1 a 3 consultas de pré-natal, a proporção de partos vaginais foi de 82% e 79%, respectivamente, dentre aquelas que fizeram 7 ou mais consultas este valor decaiu para 58%, como visualizado na Tabela 3 (ANEXO 3).

5.6 IDADE GESTACIONAL

Na década considerada, constata-se um aumento da prematuridade dentre as adolescentes. Este acréscimo foi pequeno até 31 semanas de gestação, sendo mais expressivo durante 32 a 36 semanas de gestação. Entre 2002 a 2010 houve um aumento de aproximadamente 1% dos nascimentos entre 32 a 36 semanas, passando de 6% para 7%. Já em 2011 este valor sobe para 9%, chegando a 12% em 2012. Tais alterações são acompanhadas pela redução anual dos nascimentos a termo, passando de 91% em 2002

para 81% em 2012. Além disso, houve aumento de nascimentos pós-termo, que se mantiveram em aproximadamente 1% entre 2002 a 2010, elevando-se para 3% e 4% em 2011 e 2012, respectivamente. Destaca-se que estas modificações não foram exclusivas da adolescência, valores similares também foram observados em gestantes de 20 a 29 anos.

Ao se analisar as faixas etárias de 10- 14 anos e 15-19 anos separadamente verifica-se as alterações acima citadas, entretanto há pontos dignos de nota. Entre 15 a 19 anos as proporções são similares às encontradas durante a adolescência, entretanto, os valores encontrados entre 10 a 14 anos são superiores. Nesta faixa etária, a proporção de nascimentos entre 32 a 36 semanas foi de 8% em 2002 para 16% em 2012 e entre 37 a 41 semanas decaiu de 86% para 74%, no mesmo período.

Entre as adolescentes que realizaram 3 ou menos consultas de pré-natal, 45% tiveram um recém nascido com até 31 semanas de gestação, entre adolescentes que realizaram 7 ou mais consultas este valor cai para 12%. É importante destacar que 53% dos recém-nascidos entre 37 e 41 semanas de gestação foram de adolescentes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.

5.7 PESO AO NASCER

A análise do peso ao nascer evidencia uma pequena redução do baixo peso de recém-nascidos de mães adolescentes, que foi de 11% em 2002 para 10% em 2012. Esta redução se deve a queda da proporção de recém-nascidos com peso entre 1500 a 2499 g, de 9% em 2002 para 8% em 2012. É importante frisar que neste período houve um aumento de recém-nascidos com menos de 500 g que, em 2002, corresponderam a 21 nascimentos (0,03%), já em 2012 esse número sobre para 50 (0,11%). Outro aspecto a se destacar é que, independente do decréscimo do Baixo Peso ao Nascer (BPN) entre adolescentes, os valores encontrados ainda foram superiores aos registrados entre gestantes com 20 a 29 anos, que se mantiveram aproximadamente 8% ao longo da década.

Ao separarmos as faixas etárias constata-se que entre 10 e 14 anos a proporção de baixo peso foi maior, entretanto também se sucedeu uma redução durante a década considerada, indo de 13% em 2002 para 11% em 2012. Entre 15 a 19 anos os valores são similares ao encontrados durante toda a adolescência.

Verifica-se que quanto maior o número de consultas pré-natal menor a proporção de baixo peso. Entre adolescentes que não realizaram ou realizaram 1 a 3 consultas a proporção de baixo peso foi de 28% e 20%, respectivamente. Já naquelas que compareceram a 7 ou mais consultas, este valor vai para 7%. A escolaridade e o estado civil da adolescente não aumentaram a proporção de baixo peso ao nascer.

5.8 APGAR

No período avaliado, aproximadamente 14% dos recém-nascidos de mulheres entre 10 e 19 anos receberam um escore de Apgar no 1º minuto de vida de 7 ou menos (sendo 1% de 0 a 2, 3% de 3 a 5 e 10% de 6 a 7, aproximadamente) e 86% receberam um Apgar superior a 7. Para o 5º minuto de vida, apenas 3% dos recém-nascidos receberam um Apgar menor ou igual a sete, sendo, 2% entre 6 ou 7. Além disso, 97% dos recém-nascidos receberam um Apgar no 5º minuto de vida de 8 a 10.

Relacionando o Apgar com o número de consultas de pré-natal na mãe, observou-se que: adolescentes que realizaram até 3 consultas de pré-natal ou não o fizeram apresentaram maior proporção de Apgar no primeiro minuto inferior a 5. Como consequência, as adolescentes que apresentaram Apgar inferior a 5 exibiram menor proporção de realização de 7 ou mais consultas de pré-natal. Tais achados também são observados no 5º minuto de vida, entretanto são ainda mais expressivos, como pode ser observado na Tabela 4. A escolaridade e o estado civil da mãe adolescente não aumentaram a proporção piores resultados de Apgar.

5.9 MORTALIDADE

A mortalidade fetal sofreu uma pequena redução ao longo de 2002 e 2012, nesta década ocorreram 4307 óbitos fetais entre mães adolescentes. A taxa de mortalidade fetal entre jovens de 10 a 14 anos foi um pouco maior, de 12 óbitos/mil nascidos vivos em 2002 para 10/ mil nascidos vivos em 2012. Entre 15 a 19 anos a taxa de mortalidade fetal foi de 7 óbitos fetais/ mil nascidos vivos em 2002 para 9/mil nascidos vivos em 2012. Houve um aumento na proporção de óbitos fetais em adolescentes que tiveram um parto normal, de 0,8% em 2002 para 1% em 2012, além de uma redução dos óbitos fetais entre adolescentes submetidas à cesárea, de 0,5% em 2002 para 0,3% em 2012.

A mortalidade infantil entre mães adolescentes nesta década também apresentou redução, passando de 23% dos óbitos infantis em 2002 para 20% em 2012, aproximadamente. Entretanto, esta redução não ocorreu em todos os anos, sendo que em 2005 e 2007 a mortalidade infantil foi de 24% e de 23%, respectivamente. Entre 10 a 14 anos a taxa de óbitos infantis manteve-se aproximadamente 20/mil nascidos vivos durante a década e entre 15 a 19 anos permaneceu aproximadamente 10/mil nascidos vivos, no mesmo período. A via de parto ou a baixa escolaridade da adolescente não aumentaram a proporção de óbitos infantis.

Ocorreram seis óbitos maternos entre adolescentes de 10 a 14 anos no período de 2002 a 2012, destes 05 foram por causas obstétricas diretas e 01 por causas obstétricas indiretas. Além disso, 02 ocorreram durante a gestação e parto e 01 durante o puerpério, os demais não foram informados.

Entre adolescentes de 15 a 19 anos, ocorreram 108 óbitos maternos. Neste período, houve uma redução da proporção de óbitos maternos entre adolescentes desta faixa etária, que passou de 12% dos óbitos maternos em 2002 para 8% em 2012. Em relação a taxa de mortalidade materna também foi observado uma redução de 0,24/ mil nascidos vivos em 2002 para 0,17 em 2012. Verificou-se que 90% (n= 98) dos óbitos maternos nesta faixa etária foram devido a causas obstétricas diretas. Além disso, 25% dos óbitos foram durante a gravidez ou parto e 43% durante o puerpério.

Vale destacar que, dos 114 óbitos maternos que ocorreram entre mães adolescentes na década considerada, 90 (79%) foram entre meninas solteiras. A taxa de mortalidade materna entre as adolescentes solteiras de 0,06/mil nascidos vivos foi superior a taxa encontrada entre as casadas, de 0,01.

No que se refere à cor/raça das adolescentes observa-se uma maior taxa de mortalidade materna entre as gestantes adolescentes negras que foi de 0,73 por mil nascidos vivos. Entre as adolescentes brancas e pardas a proporção foi de aproximadamente 0,13 e 0,22, respectivamente.

6. DISCUSSÃO

Segundo a OMS, nos países em desenvolvimento, 19 % das jovens engravidam antes dos 18 anos de idade, além disso, anualmente, 7,3 milhões de mulheres com menos de 18 anos de idade tem um filho (UNFPA, 2013). Proporção similar foi encontrada neste estudo, no qual a frequência de partos entre adolescentes foi de 18%. Uma pesquisa realizada com 2.196 pacientes atendidas em um hospital universitário terciário do Maranhão verificou maior proporção de partos em adolescentes, com uma frequência de 25% (SANTOS, 2009).

A gravidez na adolescência incide com frequências distintas, apresentando grande variabilidade entre regiões e países. Entretanto, guarda um aspecto em comum, meninas que são pobres, analfabetas ou têm pouca educação, que são de uma minoria étnica ou grupo marginalizado, que têm pouco ou nenhum acesso à saúde sexual e reprodutiva, incluindo informação e serviços de contracepção, são mais propensas a engravidar. Ou seja, em todo o mundo, é mais provável que uma adolescente engravide em circunstâncias de exclusão social, pobreza, marginalização e desigualdade de gênero, onde ela é incapaz de desfrutar plenamente seus direitos humanos básicos, ou onde o acesso aos cuidados de saúde, educação, informações, serviços e oportunidades econômicas é limitado (UNFPA, 2013).

Estudos demonstram que os fatores de vulnerabilidade nesta faixa etária não se distribuem homoganeamente pelos segmentos geográficos. Normalmente, os bairros mais pobres não apresentam espaços para o lazer, convívio comunitário e atividades desportivas. Além disso, a pobreza e o preconceito comumente privam os adolescentes de terem acesso a uma educação formal, aos serviços de saúde e oportunidades de trabalho. Assim como oferecem maior risco de exposição à violência física, conflitos armados e distúrbios sociais (BRASIL, 2010b).

Adolescentes e jovens das classes marginalizadas, inclusive indígenas, ciganos e jovens de outros povos tradicionais, além de estarem submetidos a um maior risco de serem vitimizados, pelas modalidades de violência que ocorrem indistintamente em todos os segmentos sociais, são vitimados (de forma exclusiva ou, ao menos, preferencial) pelas expressões da violência estrutural - discriminação social, racismo, dificuldade de acesso aos serviços públicos, falta de oportunidades, dentre outras. (BRASIL, 2010b, p.48)

Adolescentes com menor nível socioeconômico apresentam maior probabilidade de se casarem precocemente, com taxas de casamento infantil 03 vezes mais altas quando comparadas a adolescentes com melhores condições socioeconômicas. Vale destacar que meninas que se casam mais cedo têm maior possibilidade de enfrentarem uma gravidez precoce. Vivendo com a família de seu esposo, a menina pode ficar em uma situação de impotência, sem contato com amigos ou outras fontes de apoio. Essa falta de poder oferece maior vulnerabilidade a abusos e a uma gravidez (UNICEF, 2011).

A pobreza e as dificuldades de construção de projetos de vida para a adolescência e a juventude no Brasil se devem a muitos fatores estruturantes das condições sociais desta população e a um contexto mais amplo de falta de direitos (BRASIL, 2007). Entretanto, é importante destacar que, independentemente do meio social ou cultural em que ocorra, a gravidez desempenha papel fundamental nas futuras oportunidades de inserção social das adolescentes. Uma gestação neste período precipita e amplia uma série de acontecimentos que se combinam para desorganizar a harmonia do desenvolvimento pessoal e de seu núcleo familiar (SILVA, 2012).

O presente estudo aponta uma redução da proporção de nascidos vivos entre mães adolescentes no período de 2002 a 2012. Dados do Ministério da Saúde reforçam esses dados e apontam que o número de partos de adolescentes pelo SUS caiu mais de 22% na segunda metade da década passada. Entre 2000 e 2009, queda foi de 34,6%. A maior redução no número de partos, entre 2005 e 2009, ocorreu nas regiões Nordeste (26,0%) e Centro-Oeste (24,4%), e abaixo da taxa média nas regiões Sudeste (20,7%), Sul (18,7%) e Norte (18,5%). Atribuiu-se essa queda às campanhas destinadas aos adolescentes e à ampliação do acesso ao planejamento familiar. Além disso, destaca-se o PSE (Programa Saúde na Escola) como uma das ferramentas de conscientização dos estudantes para prevenir doenças sexualmente transmissíveis e evitar uma gravidez indesejada. Assim como os postos de saúde no quais os adolescentes recebem o apoio de um profissional de saúde para avaliar qual é o método contraceptivo mais adequado (BRASIL, 2010a).

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) em 2006 apontam que no SUS houve um aumento na distribuição gratuita dos métodos contraceptivos. Nesse contexto, 66% das jovens de 15 a 19 anos de idade sexualmente ativas haviam utilizado algum método contraceptivo, sendo os mais

utilizados: o preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis (5%). A pesquisa também destaca que na faixa etária 15-19 anos houve um considerável aumento da proporção de mulheres sexualmente ativas, o que provocou um rejuvenescimento do padrão reprodutivo. Em 1996, a idade média de início da vida sexual era de 18,6 anos, em 2006 caiu para 17,9 anos. A idade das mulheres na primeira relação sexual é um indicador do início de um processo de longa exposição a eventos reprodutivos (como gravidez, aborto) e às infecções sexualmente transmissíveis. Em 1996 a média de idade para ter o primeiro filho era de 22,4 anos enquanto que, em 2006, passou para 21 anos de idade (BRASIL, 2009).

Segundo dados apresentados pela UNICEF, entre 2000 e 2008, a taxa de parto para mães adolescentes no Brasil foi de 56 de nascimentos por mil meninas de 15 a 19 anos. Esta taxa de parto foi superior a taxa mundial (51), a de países industrializados (23) e similar a taxa de países em desenvolvimento que foi de 55 (UNICEF, 2011).

6.1 VIA DE PARTO

Constatou-se reduções anuais no número de partos normais acompanhado por um aumento da proporção de cesarianas, em 13%, entre 2002 e 2012. Estudo aponta taxas ainda mais elevadas de cesarianas, verificando que entre 2011 e 2012, 38,5% das primíparas adolescentes foram submetidas a este procedimento cirúrgico. Também averiguou que quando a puérpera identificou a cesariana como via de parto mais segura, a chance de ter essa modalidade de parto foi sete vezes maior quando comparada com as que entenderam o parto vaginal como o mais seguro. Além disso, ter o parto financiado pelo setor privado; ter o mesmo profissional de saúde assistindo o pré-natal e o parto e antecedentes clínicos de risco ou intercorrências na gestação atual ampliaram a chance de realização de cesariana em 4,3 vezes; 5,7 vezes e 10 vezes, respectivamente (GAMA, 2014). O autor aponta que a elevada proporção de cesariana encontrada reproduz o modelo de parto intervencionista adotado nas décadas mais recentes no Brasil.

A realização de parto cesáreo aumentou no Brasil de 38% em 2000 para 52,3% em 2010, este aumento ocorreu em todas as regiões do país (BRASIL, 2012b). Dados do PNDS em 2006 indicam que os resultados das práticas obstétricas são inquietantes. A pesquisa aponta que o parto cirúrgico já se tornou mais frequente que o normal nas

regiões Sudeste e Sul, tendo sido realizado, respectivamente, em 51,7% e 51,6% dos nascimentos (BRASIL, 2009). Estudo demonstra que, das 19.869 gestantes adolescentes que tiveram um filho em Feira de Santana entre 2006 e 2012, 39,7% foram submetidas à cesariana (SANTOS, 2014a). Pesquisa apresenta valores similares, evidenciando que, das 549 mães adolescentes de Maranhão, 65% tiveram um parto normal e 35% um parto cesáreo (SANTOS, 2009). Segundo a publicação da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), taxas de cesariana acima de 15% sugerem uso abusivo deste procedimento (BRASIL, 2012b).

Villar (2006) enfatiza que o aumento das taxas de cesariana está associado ao aumento da utilização de antibióticos pós-parto, maior morbidade e materna grave e mortalidade e maior morbidade fetal e neonatal. As altas taxas de cesariana e suas indicações mais frequentes foram semelhantes entre os países com diferentes sistemas de saúde e resultados perinatais. Dentre as desvantagens da cesariana destaca-se: o aumento da morbidade materna (maior infecção puerperal, complicações anestésicas, tromboembolismo venoso, hemorragia); aumento do risco de problemas respiratórios neonatais (síndrome respiratória e taquipnéia transitória); risco de placenta prévia e acreta em futuras gestações (BRASIL, 2012a).

As taxas do procedimento cirúrgico, especialmente a cesariana eletiva em hospitais privados, refletem um processo social complexo, afetado pelo estado clínico, a pressão familiar e social, o sistema legal, a disponibilidade de tecnologia e modelos de comportamento das mulheres (VILLAR, 2006). Gama (2014) também aponta que a cesariana é influenciada pela assistência recebida no pré-natal, pela fonte de pagamento do parto e outros fatores socioeconômicos, sugerindo que, no Brasil, esta via de parto é um bem de consumo.

A incidência de cesárea em adolescentes tem sido amplamente investigada. Segundo a OMS, nos países desenvolvidos, a taxa de cesariana em adolescentes é geralmente menor do que em mulher com mais de 19 anos de idade, já em países em desenvolvimento, pode haver uma tendência oposta, com uma taxa mais elevada entre as adolescentes. As taxas de cesárea e de várias outras intervenções, tanto nos países em desenvolvidos e em desenvolvimento, podem ser facilmente influenciadas pela condução do trabalho de parto das adolescentes pelos obstetras e enfermeiras obstetras. Na maioria dos estudos de países desenvolvidos as porcentagens mais baixas de induções, uso de ocitocina e episiotomia são relatadas em adolescentes. Os dados

disponíveis dos países desenvolvidos levam à conclusão de que, geralmente, o trabalho em adolescentes não é mais complicado do que em mulheres mais velhas e a incidência de intervenções é menor (WHO, 2004).

Nos países em desenvolvimento, especialmente em algumas regiões mais pobres, existem indicações de que em meninas muito jovens (<16 anos) os ossos pélvicos e o canal de parto ainda são imaturos devido início tardio da puberdade. Esta situação pode levar a um parto obstruído e outras complicações obstétricas, tais como fístulas (WHO, 2004). Contudo, a grande maioria das adolescentes grávidas não deve ser considerada como de alto risco durante o parto. Se a gestação ocorre sem intercorrências e complicações, ou suas complicações são tratadas de maneira adequada e se o trabalho de parto começa a termo e o feto está em apresentação cefálica o parto vaginal não apresenta um risco aumentado e pode ocorrer de forma segura (WHO, 2007). O direito à privacidade, à escolha de acompanhante durante o trabalho e à informação e são fundamentais neste processo. O apoio durante o trabalho reduz o tempo do trabalho de parto e auxilia na percepção do parto como uma experiência mais prazerosa, especialmente para uma adolescente (WHO, 2004).

6.2 COR/RAÇA

Dados da OMS apresentam uma forte interação entre a privação social, raça e fertilidade sendo relativamente maior a porcentagem de adolescentes grávidas que são negras (WHO, 2004a). Neste estudo, verificou-se alta proporção de partos em adolescentes pardas, seguidas por brancas e negras. Pesquisa aponta que das 542 puérperas adolescentes, 51% eram pardas ou pretas (SANTOS, 2012a). Segundo Santos (2009), 77% das gestantes adolescentes, atendidas em um Hospital Universitário de Maranhão, não eram brancas. Em seu estudo, Santos (2014b) aponta que a maioria das mães adolescentes (53,1%) atendidas em um centro de parto normal tinha a cor da pele preta ou parda. Chen (2007) encontra valores divergentes em avaliação de gestantes adolescentes americanas, das quais 72% eram brancas.

Ao se associar a cor/raça com via de parto esta pesquisa verificou uma proporção de 71% de adolescentes pardas que tiveram um parto vaginal, de 66% entre negras e de 56% entre adolescentes brancas. Uma pesquisa nacional vai de encontro a esses resultados, verificando que entre as primíparas adolescentes brancas a proporção

de parto vaginal foi de aproximadamente 56%, já entre as adolescentes pardas e pretas a proporção foi de 62% e 68% , respectivamente (GAMA, 2014).

6.3 ESTADO CIVIL

Em alguns países a idade de casamento é um fator importante na determinação da idade em que ocorrerá a primeira gestação, uma vez que o casamento em uma idade precoce proporciona reconhecimento social e aprovação de uma relação sexual e gravidez. Entretanto, na maioria dos países, não é a idade do casamento, mas a idade da primeira relação sexual fora do casamento que é um importante fator para ocorrência de gravidez na adolescência (WHO, 2004a).

A maioria das mães adolescentes neste estudo era solteira, não apresentando relação entre o estado civil da adolescente com a via de parto. Pesquisas encontram valores similares, nas quais mais de 80% das adolescentes grávidas eram solteiras (GRAVENA, 2013; SANTOS, 2012a). Autor aponta proporções similares, verificando que das 269 gestantes adolescentes do município de Sarandi, no Paraná, 87,7% eram solteiras. Outro estudo encontra valores divergentes, constatando que 34% das adolescentes eram solteiras, 8% casadas e 58% estavam em união consensual (SANTOS, 2009). Segundo Santos (2014a), a cesariana mostrou associação significativa com estado civil solteira. Em seu estudo 90,1% das mães adolescentes eram solteiras.

6.4 ESCOLARIDADE

O efeito da educação no desenvolvimento da adolescência possibilitou que o adolescente se tornasse menos dependente de seus pais e familiares, adiou a idade do casamento assim como a idade de início das relações sexuais (WHO, 2004a). Sem instrução e apoio adequados, os adolescentes carecem de conhecimentos e confiança para tomarem decisões relacionadas à sua saúde e segurança. Meninas instruídas são menos propensas a casar-se e engravidar cedo, apresentam melhores conhecimentos sobre HIV e AIDS além de terem filhos mais saudáveis ao se tornarem mães. Neste contexto, educação é um importante recurso para empoderar as adolescentes oferecendo o conhecimento, a habilidade e a confiança necessários para enfrentarem os desafios vivenciados. O ensino secundário auxilia às adolescentes a combaterem a violência juvenil, o assédio sexual e o tráfico de seres humanos. Além disso, traz inúmeros

benefícios em longo prazo para a saúde, como taxas mais baixas de mortalidade de bebês, redução da violência doméstica, taxas mais baixas de fertilidade e melhor nutrição infantil (UNICEF, 2011).

Investir na saúde da população de adolescentes e de jovens é custo-efetivo porque garantir a qualidade de vida é garantir também a energia, o espírito criativo, inovador e construtivo da população jovem, que devem ser considerados como um rico potencial capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento do país. (BRASIL, 2010b, p.48)

O presente estudo verificou uma redução do número de mães adolescentes sem nenhuma instrução ou com 01 a 07 anos de estudo, assim como um aumento expressivo do número de mães adolescentes com 8 a 11 anos de estudo e queda do número de adolescentes com 12 ou mais anos de estudo. Dados do Ministério da Saúde apontam que, apesar da melhora do acesso escolar na faixa etária de 5 a 17 anos, na faixa etária de 18 anos ou mais foi constatado que esta população tinha, em média, 7,4 anos de estudo. Considera-se que este grupo já teria idade para concluir o ensino médio, tendo cursado pelo menos 11 anos de estudo (BRASIL, 2010b). Em 10 anos, a proporção de jovens de 15 a 17 anos de idade que frequentavam escola cresceu somente 2,7 pontos percentuais, passando de 81,5%, em 2002, para 84,2%, em 2012 (BRASIL, 2013).

Em seu estudo, Gravena (2013) afirma que gestantes de 10 a 19 anos e em idade avançada (maior que 35 anos) possuem maiores chances de estudarem até sete anos. Segundo a autora, a idade materna e o nível inferior de escolaridade estão associados à natimortalidade e são de extrema importância dado sua relação com outros fatores associados ao óbito fetal. Estudo vai de encontro a tais achados verificando que as adolescentes têm maior probabilidade de baixa escolaridade (OR=1,7; IC95%=1,4-2,2) (SANTOS, 2009).

O presente estudo identificou maiores proporções de cesarianas entre adolescentes com maior escolaridade. Pesquisa nacional de base hospitalar foi de encontro a estes achados, observando maior proporção do parto cirúrgico entre adolescentes com o nível de escolaridade adequado para a idade e de classe econômica mais elevada (GAMA, 2014). Segundo dados do Ministério da Saúde, a proporção de partos cesáreos aumentou em todos os níveis de escolaridade materna entre 2000 e 2010, alcançando 76% entre as mães com 12 ou mais anos de estudo em 2010 (BRASIL, 2012b).

É importante enfatizar a relação entre estudo e maternidade. Entre as mulheres de 15 a 17 anos de idade que não tinham filho, 88,1% estavam estudando; para aquelas que tinham um filho ou mais, somente 28,5% estudavam e 68,7% não estudavam e nem completaram o ensino médio, que seria o adequado para estarem cursando. Em 2012, no caso das mulheres de 15 a 19 anos de idade com maior escolaridade (8 anos ou mais de estudo), 7,7% tiveram filhos; enquanto para aquelas com até 7 anos de estudo, esta proporção foi de 18,4%. Uma vez que a maternidade pode atrasar ou mesmo interromper o processo de escolarização da mulher, percebe-se a necessidade de políticas públicas relacionadas ao cuidado dessas jovens que tem filhos e desejam retornar ou mesmo não interromper os estudos devido à maternidade (BRASIL, 2013). A discriminação, muitas vezes, também é um fator associado à evasão escolar de jovens mães. Há um despreparo para abordar e acolher as mães adolescentes nas escolas, e este quadro precisa ser modificado, conjuntamente, pelas instituições de saúde e educação (BRASIL, 2007).

6.5 ADESÃO AO PRÉ-NATAL

Em todo o mundo, a adolescência é considerada um momento de relativa saúde e como resultado, uma ampla gama de questões de sua saúde está sendo negligenciada (WHO, 2004b). Para proteger os adolescentes contra ameaças à saúde, como doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce e indesejada e abuso de drogas e bebidas alcoólicas, é imprescindível investimentos em uma atenção baseada nas necessidades específicas e serviços de saúde “sensíveis” a este grupo. Desta maneira, é fundamental criar um espaço privado e acolhedor onde o adolescente sinta-se confortável e possa obter receitas médicas e orientação, especialmente durante o pré-natal. Um serviço que apresente horários acessíveis e superem barreiras de gênero, culturais e entre gerações (UNICEF, 2011).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, possibilitando o nascimento de um bebê saudável sem impacto na saúde materna, englobando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas. O início precoce do pré-natal é fundamental para uma adequada assistência, e segundo a OMS e Ministério da Saúde, o número de consultas adequado seria igual ou superior a 6 (BRASIL, 2012a).

Em relação às gestantes adolescentes observa-se que é fundamental o desenvolvimento de uma atenção pré-natal diferenciada, realizada por profissionais sensibilizados às suas condições específicas. Uma atenção adequada pode reduzir os riscos materno-fetais deste grupo (BRASIL, 2012a).

Na gestação as adolescentes costumam estar mais receptivas a orientações de saúde. Muitas vezes este é primeiro contato com um serviço de saúde. Além disso, este é um momento de assiduidade ao serviço pelas características próprias da assistência pré-natal. Deve-se encarar esta situação como uma oportunidade de atenção integral à adolescente; além das orientações sobre a gravidez, o parto e cuidados com o recém-nascido e aleitamento, é importante buscar mudanças no comportamento no sentido de que esta adolescente passe a ter uma postura preventiva em relação a seu bem-estar biológico, social e psicológico (Brasil, 2008, p. 248).

Dados do Ministério da Saúde apontam um aumento da proporção de nascimentos nos quais as mães tiveram sete ou mais consultas no pré-natal em todos os grupos etários. Entretanto, destaca a permanência de menores proporções de atenção pré-natal entre as adolescentes (BRASIL, 2012b). Estudo observa que as adolescentes possuem mais chances de realizarem menos de 4 consultas de pré-natal. O número de ingressos tardios e de comparecimentos irregulares ao pré-natal sugere também a necessidade de sensibilização e motivação das gestantes adolescentes pela equipe de saúde (GRAVENA, 2013). Pesquisa verifica que mães adolescentes foram mais propensas a serem negras, solteiras e terem um cuidado pré-natal inadequado (CHEN, 2007)

Santos (2009) aponta que 21,5% das adolescentes em seu estudo realizaram 3 ou menos consultas de pré-natal, valor superior ao encontrado entre mulheres adultas que foi de aproximadamente 12%. A autora também aponta que somente 28% das adolescentes do estudo realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal. Pesquisa aponta alta proporção (85%) de adolescentes que realizaram menos de seis consultas de pré-natal (SURITA, 2011). Outro estudo também encontra valores preocupantes no qual apenas 49,4% das gestantes adolescentes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal (SASS, 2011).

Autora aponta o pré-natal como um agente fundamental de promoção do bem-estar materno e fetal, associando sua realização com o melhor resultado perinatal. Afirma que o pré-natal pode diminuir resultados adversos da gravidez na adolescência por reduzir fatores de risco associados ao suporte educacional e social da adolescente. Em sua revisão bibliográfica, a autora verifica que o acompanhamento pré-natal

inadequado pode aumentar o risco de parto prematuro entre as adolescentes. Além disso, deixou claro que não basta incentivar o seu acompanhamento, sendo imprescindível que seja garantida a sua qualidade (MIRANDA, 2013). Outro estudo também demonstra a associação da prematuridade com o baixo número de consultas pré-natal (< 4 consultas) quando a gestante tem três vezes mais chance de ter concepto prematuro (MARTINS, 2011). Tais achados convergem com os resultados desta pesquisa, que apresentou a associação da prematuridade com a realização de 3 ou menos consultas de pré-natal.

O presente trabalho constatou que quanto maior o número de consultas pré-natal entre as adolescentes menor a proporção de baixo peso. Pesquisa vai de encontro a estes resultados e aponta que as chances de BPN (OR 2,70; IC 95% 1,45 - 5,06) e de prematuridade (OR 5,82; IC 95% 3,10 - 10,92) reduziram quando a adolescente recebeu 6 ou mais consultas (SANTOS, 2012a).

Este estudo verificou maiores proporções de cesarianas entre adolescentes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal. Segundo Gama, esse achado está, provavelmente, relacionado ao fato de que as mulheres que têm mais consultas têm mais oportunidade de convencimento da melhor via de parto, segundo a visão do profissional de saúde, especialmente quando o parto é assistido pelo mesmo. Esse dado foi reforçado em sua pesquisa pela intensidade como as adolescentes captam as informações no pré-natal em relação à maior segurança da cesariana, identificando maior proporção de cesarianas realizadas quando o pré-natal foi classificado como adequado ou mais que adequado (GAMA, 2014). Autor apresenta dados divergentes verificando que a cesariana mostrou associação significativa com pré-natal inadequado (< 6 consultas). Além disso, verificou que 97,8% das adolescentes realizaram o pré-natal com número insuficiente de consultas (< 6 consultas) (SANTOS, 2014a).

Em países desenvolvidos e em desenvolvimento o pré-natal para as adolescentes muitas vezes é inadequado, sendo primordial adaptar os cuidados pré-natais às necessidades das adolescentes. Não há nenhum bom argumento para que o conteúdo do pré-natal das adolescentes seja distinto, entretanto elas necessitam de mais explicação do conteúdo do cuidado do que as mulheres mais velhas. Além disso, o horário de funcionamento das unidades de saúde deve ser adaptado ao horário escolar para que as jovens não abandonem os estudos (WHO, 2004a).

Orientações marcadamente técnicas estão presentes na abordagem de grande parte dos profissionais de saúde, o que faz com que o adolescente não aproveite a consulta como um espaço privilegiado de educação em saúde e de construção de significados sobre a gestação e a maternidade na adolescência. É fundamental que os profissionais de saúde possibilitem reflexões voltadas para as experiências da gestação e à noção de responsabilidade das adolescentes o que permite torná-las sujeitos do processo de cuidado de si e de seu filho (SANTOS, 2012b).

Neste cenário é importante destacar a atuação do enfermeiro, especialmente do enfermeiro obstetra. Na maioria dos países, enfermeiros representam o maior número de profissionais de saúde e têm o potencial para atender questões relacionadas à saúde do adolescente e de seu desenvolvimento individual, familiar social. Além disso, em alguns locais, são os únicos provedores de saúde. Neste contexto, as enfermeiras obstetras estão em uma posição única em virtude de sua educação e por sua diversidade de campos de atuação para contribuir na promoção do mais alto nível de saúde entre os adolescentes (WHO, 2004b).

6.6 IDADE GESTACIONAL

O nascimento prematuro pode ser definido como aquele que ocorre antes de 37 semanas de gestação, constituindo uma das principais causas de morte neonatal e morbidade infantil (WHO, 2004).

As possíveis causas de nascimentos prematuros em adolescentes podem ser divididas em dois grupos distintos. O primeiro grupo compreende complicações durante a gravidez como pré-eclâmpsia, crescimento intrauterino restrito grave, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta. Devido a estas complicações existe uma indicação interromper a gravidez antes de 37 semanas de gestação. A incidência dessas patologias geralmente não difere entre adolescentes e gestantes adultas (WHO, 2004).

O segundo grupo são aqueles resultantes de trabalho de parto prematuro, resultando em parto prematuro. A ocorrência da prematuridade, nestes casos, esta possivelmente associada à imaturidade dos órgãos das adolescentes, principalmente naquelas que tiveram um pequeno intervalo entre a menarca e a gravidez. A morbidade neonatal em ambos os grupo está essencialmente relacionada com o nascimento prematuro. Isso inclui o BPN, mas também de doenças causadas pela imaturidade de

vários órgãos, especialmente no pulmões. A morbidade é mais grave se o nascimento ocorre antes de 33 semanas de gestação (WHO, 2007; WHO, 2004).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, a prematuridade é um fator de risco para asfixia, imaturidade pulmonar, hemorragia peri-intraventricular, infecções, distúrbios metabólicos e nutricionais, retinopatia, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, dentre outros (MINAS GERAIS, 2005).

Pesquisa aponta que 3,5% dos RN de mães adolescentes foram prematuros (SANTOS, 2014a). Outro estudo encontra maior o percentual de prematuridade entre adolescentes (21,9%), seguido das mulheres com idade avançada (19,9%) e menor entre as adultas (16,1%). Verificou-se que entre as adolescentes houve maior risco de prematuridade (OR=1,46;IC95%=1,14-1,88) (SANTOS, 2009). Segundo Gravena (2013), as adolescentes tem um risco de terem um parto prematuro 1,23 vezes maior quando comparadas com gestantes entre 20 a 34 anos de idade. Outro autor enfatiza a associação da prematuridade com o baixo número de consultas pré-natal (< 4 consultas), quando a gestante tem três vezes mais chance de ter um bebê prematuro (MARTINS, 2011). Estes achados convergem com os resultados deste estudo, que observou um aumento da prematuridade, constatando que, em 2012, 12% das adolescentes tiveram um recém-nascido entre 32 e 36 semanas de gestação.

6.7 PESO AO NASCER

O peso ao nascer, obtido na primeira hora após o nascimento, reflete as condições nutricionais do recém-nascido e da gestante, sendo considerado um adequado indicador de saúde. Nos países desenvolvidos esta associado à prematuridade em quase todos casos. Entretanto, nos países em desenvolvimento, tem como causa principal a restrição do crescimento intrauterino (MOTTA, 2005). Quanto menor o bebê, mais importante se torna a avaliação de seu crescimento nas primeiras semanas após o nascimento, principalmente para aqueles com alto risco de alimentação inadequada. O peso ao nascer é afetado pelo próprio crescimento e dieta da mãe, desta forma, mães em condições socioeconômicas precárias têm, frequentemente, bebês com BPN (UNICEF, 2004).

O baixo peso ao nascer, definido como peso inferior a 2.500g, é um dos principais fatores de risco para morte neonatal, além de trazer outras consequências para o feto a curto e longo prazo (UNICEF, 2004).

Pesquisa enfatiza o BPN como um fator contribuinte para o risco nutricional ao final do primeiro ano de vida (MOTTA, 2005). O baixo peso ao nascer devido ao crescimento fetal restrito afeta a pessoa ao longo da vida e se associa a menor crescimento na infância e uma maior incidência de doenças quando adulto, como diabetes tipo 2, hipertensão e doença cardiovascular. Um risco adicional para as meninas é ter bebês menores quando se tornam mães (UNICEF, 2004).

Gravena (2013) aponta o baixo peso ao nascer como um fator de risco presente nos extremos da vida reprodutiva, com chances maiores de 1,22 e 1,24 entre adolescentes e mulheres com mais de 35 anos, respectivamente. Segundo Santos (2009) há um maior risco de BPN entre as adolescentes (OR=1,47; IC95%=1,13-1,90), em seu estudo, 20% das gestantes deste grupo etário tiveram um recém-nascido com baixo peso. O presente trabalho encontrou valores similares, verificando uma redução do BPN entre as adolescentes, sendo que, em 2012, 10% das adolescentes tiveram um recém nascido com baixo peso.

Estudo verificou que 12,2% das adolescentes tiveram recém-nascidos com baixo peso, mostrando associação significativa do BPN com a faixa etária materna < 16 anos (SANTOS, 2014a). Autor aponta que dos 2.357 partos entre adolescentes ocorridos no Centro de Atenção à Saúde da Mulher, em Campinas, entre outubro de 1994 e dezembro de 2009, a frequência de BPN foi de 15,1%. A frequência encontrada foi maior do que o esperado para a população do serviço que é de aproximadamente 10%. No estudo, os recém-nascidos com BPN também apresentaram índices de Apgar ao primeiro e quinto minutos significativamente menores. Além disso, a idade menor que 15 anos, anemia, tabagismo e hipertensão e o número de consultas de pré-natal não se associaram ao baixo peso ao nascer (SURITA, 2011). Segundo o autor, fato dos fatores conhecidamente associados ao BPN não estarem presentes entre as adolescentes (hipertensão arterial, anemia, tabagismo) sugere que o aumento de incidência do BPN nesse grupo seja multifatorial.

Pesquisa com 269 gestantes adolescentes verifica relação entre o estado civil das gestantes e a ocorrência de BPN, no qual as adolescentes solteiras têm mais chances de apresentar RN com peso inferior a 2.500g (p=0,01). Na mencionada pesquisa, as

variáveis escolaridade e número de consultas de pré-natal não apresentaram relação com o peso ao nascer (SASS, 2011).

Os dados apresentados por Santos (2014b) demonstram que das adolescentes atendidas em um Centro de Parto Normal, o grupo entre 15 e 19 anos manteve-se positivamente associado ao baixo peso dos recém-nascidos e a menor proporção de intercorrências no parto. Neste estudo dos 64 nascimentos entre mães de 10 a 14 anos, apenas 01 recém-nascido (1,5%) apresentou baixo peso, já entre as 2.255 gestantes de 15 a 19 anos, 92 (4,1%) tiveram um filho com baixo peso. Estes achados divergem dos resultados desta pesquisa, que identificou maiores proporções de baixo peso ao nascer entre adolescentes de 10 a 14 anos.

Santos (2012a) constatou que a média do peso ao nascer foi significativamente maior dentre os RN de adolescentes que iniciaram o PN até a 16ª semana de gestação. Além disso, verificou que a frequência mínima de 6 consultas de pré-natal constituiu-se como um fator de proteção contra o BPN e a prematuridade. Tais achados vão de encontro aos resultados deste estudo, que observou menores proporções de BPN entre gestantes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.

6.8 APGAR

O índice de Apgar descreve a condição do recém-nascido logo após o nascimento, além disso, fornece um mecanismo para acompanhar a transição fetal-neonatal. Desta forma, é um importante método para transmitir informações sobre o estado geral do RN e sua resposta à reanimação. Compreende cinco componentes: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor, cada um dos quais é atribuída uma pontuação de 0, 1, ou 2. O score é realizado no primeiro e quinto minuto de vida. Um índice de Apgar de 0 a 3 aos 5 minutos pode estar correlacionado com a mortalidade neonatal, mas por si só não prediz disfunção neurológica. O Apgar é afetado pela idade gestacional, medicamentos maternos, reanimação e condições neurológicas e cardiorrespiratórias (ACOG, 2006).

Os resultados deste trabalho apontam uma proporção de 14% de mães adolescentes cujos recém-nascidos receberam um Apgar de sete ou menos no 1º minuto de vida, para o 5º minuto de vida este valor caiu para 3%. Estudo apresenta dados similares no qual 4% dos RN de mães adolescentes receberam um Apgar no 5º minuto

de vida inferior a sete (SANTOS, 2009). Gravena (2013) enfatiza a relação do índice de Apgar e idade materna, constatando um risco 1,44 vezes maior entre os recém-nascidos de mães adolescentes de possuírem índice de Apgar menor que sete no quinto minuto. Em uma pesquisa realizada com 1879714 adolescentes americanas que tiveram um filho durante 1995 e 2000 também se verificou que os riscos de baixo índice de Apgar no 5º minuto foram significativamente maiores em recém-nascidos de mães com 17 anos de idade ou menos (CHEN, 2007).

6.9 MORTALIDADE

É amplamente reconhecido que uma gestação na adolescência contribui para mortalidade materna, perinatal e infantil e com um ciclo vicioso de problemas de saúde e pobreza. Os riscos de mortalidade perinatal e infantil são particularmente elevados para as adolescentes com 15 anos de idade ou menos. O aumento do risco pode ser explicado em grande parte pela aumento das taxas de nascimentos prematuros. No entanto, a literatura sobre mortalidade perinatal mostra que a incidência de natimortos e óbitos neonatais precoces possui inúmeras causas, tendo apenas uma fraca associação com fatores de risco tais como idade, paridade e intervalo de nascimento (WHO, 2007).

As mortes perinatais são 50% maiores entre os bebês nascidos de mães com menos de 20 anos da idade do que entre aqueles nascidos de mães com idades entre 20-29 anos (WHO, 2011). Outro estudo constatou a associação significativa entre gravidez na adolescência e mortalidade neonatal (CHEN, 2007).

Segundo dados do DATASUS, o maior percentual de natimortos foi registrado na faixa etária de 10 a 14 anos. Os dados também atestam que o número de natimortos, filhos de mulheres de 10 a 14 anos, tende a ser maior quanto menor for o nível de escolaridade da mãe que, por sua vez, está diretamente relacionado à pobreza e ao acesso aos direitos sociais. Estes achados demonstram que a mortalidade, seja de mães ou de bebês, está relacionada às condições socioeconômicas em que os mesmos estão inseridos e não se justificam somente pela faixa etária. A qualidade da assistência obstétrica também interfere nestes dados (BRASIL, 2007). O presente estudo também identificou maior proporção de mortalidade fetal entre gestantes de 10 a 14 anos.

Alguns estudos sugerem a relação entre o risco de mortalidade materna e baixo nível socioeconômico e educacional adolescentes. Além disso, o menor cuidado pré-

natal e obstétrico também tem sido associado a elevada mortalidade materna neste grupo etário (WHO, 2007).

Nos países em desenvolvimento, o risco de morte materna em mães com menos de 15 anos de idade é duas vezes maior do que em mulheres mais velhas, além disso, 70.000 adolescentes morrem anualmente por causas associadas à gestação e o parto (UNFPA, 2013). A Organização Mundial de Saúde também ressalta que adolescentes entre 15 a 19 anos de idade tem um risco duas vezes maior de morrer durante a gestação ou parto quando comparadas com mulheres de 20 ou mais anos de idade (WHO, 2011). Esta constatação diverge dos achados deste estudo, que verificou uma maior taxa de mortalidade entre gestantes entre 20 e 29 anos.

O presente trabalho constatou uma maior taxa de mortalidade materna entre as gestantes adolescentes negras. Segundo pesquisa, a maior mortalidade entre mulheres negras explica-se pelo grande número de gestações com morbidade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e uso destes, além da qualidade da assistência prestada, ou cuidados recebidos (MARTINS, 2006).

Estudo com 3886364 gestantes nulíparas americanas com menos de 25 anos de idade indicou que a gravidez na adolescência associa-se com maior risco de parto pré-termo, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal. Houve uma tendência geral de piores resultados em adolescentes mais jovens (< 15 anos). Restringindo a análise para mães brancas, casadas, com a educação apropriada para a idade, pré-natal adequado e sem fumo e álcool durante a gravidez, não houve alteração nos resultados. Tais achados sugerem que a gravidez na adolescência se associa a um risco aumentado de piores resultados perinatais independente de fatores de confusão como cor/raça, escolaridade e número de consultas de pré-natal (CHEN, 2007).

Dados da PNDS de 2006 demonstram que o aumento da taxa de fecundidade e número de óbitos maternos entre adolescentes indicam que as políticas de contracepção, planejamento familiar e atenção pré-natal não têm atendido às necessidades específicas desse segmento, comprometendo diretamente sua saúde reprodutiva. Desta forma, apontam a necessidade de formulação de ações estratégicas que garantam a autonomia reprodutiva das adolescentes em condições desejadas e seguras. Neste contexto, garantir os direitos reprodutivos aos adolescentes significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha por uma gravidez. Desta forma, as informações, os métodos e os serviços, como também a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério devem ser

assegurados de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável (BRASIL, 2007).

Em relação às limitações do estudo contata-se obstáculos referentes à utilização de um sistema informatizado público e padronizado. Neste sistema, inúmeros dados acerca das variáveis analisadas não estavam completos ou disponíveis, sendo representados como ignorado ou não informado. Além disso, informações sobre as complicações da gravidez e fatores relacionados a aspectos socioeconômicos da gestante adolescente como renda, estrutura familiar, entre outros, não puderam ser avaliados porque não constavam no sistema. A impossibilidade de cruzar alguns elementos também não permitiu uma análise mais aprofundada das repercussões da gestação na adolescência.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresenta um panorama dos resultados maternos e neonatais da gestação na adolescência em Minas Gerais no período de 2002 a 2012 e suscita várias reflexões.

A gravidez na adolescência permanece inserida em um contexto social precário cuja ocorrência traz diversas repercussões à saúde materna e infantil. Este cenário torna o planejamento de políticas públicas voltadas para atenção a este grupo específico como uma prioridade nacional. Políticas que ofereçam subsídios para o adolescente desfrutar de sua vida sexual de maneira segura e saudável; que assegurem seus direitos e contemplem suas necessidades específicas, mostram-se como uma necessidade emergente. Favorecem, dessa forma, a inserção dos adolescentes nos cuidados de saúde e a criação de espaços nos serviços de saúde para uma atenção diferenciada.

Os adolescentes não têm o costume de frequentar os serviços de saúde tornando a assistência ao pré-natal uma ferramenta imprescindível para inserção deste grupo etário nos cuidados de saúde. A precariedade do cuidado pré-natal às adolescentes é preocupante, pois além de perpetuar o distanciamento dos adolescentes dos profissionais de saúde podem contribuir para piores resultados neonatais e intercorrências maternas. Adolescentes que realizaram mais consultas de pré-natal apresentaram menor proporção de baixo peso ao nascer, prematuridade e melhores escores de Apgar. Um ponto que deve ser destacado é a maior proporção de cesarianas entre adolescentes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, o que nos leva a questionar a qualificação da atenção pré-natal. O atendimento pré-natal é, portanto, uma estratégia para assegurar a saúde reprodutiva das adolescentes e promover a saúde materno infantil.

Este estudo apresenta tal reflexão e reforça a importância de assegurar serviços de saúde sensíveis aos adolescentes, especialmente às gestantes adolescentes, que contemplem suas demandas e especificidades. Além disso, apresenta a necessidade de empoderamento das adolescentes para que elas tomem decisões conscientes e seguras acerca de sua saúde sexual e reprodutiva.

A complexidade dos aspectos sociais, econômicos, culturais e emocionais que podem repercutir na saúde do adolescente, trazendo como consequência uma gestação precoce, reforça a necessidade de uma mobilização de todos os setores do país, visando

a articulação de medidas para qualificar a atenção a este grupo populacional. Além disso, torna-se imprescindível uma abordagem interdisciplinar e intersetorial que atenda as necessidades do adolescente e que possa contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde.

Neste contexto, o enfermeiro obstetra é um agente fundamental para mudança da atenção à gestante adolescente. Este é um profissional que tem maior proximidade à gestante e tem como base da atenção o cuidado.

O enfermeiro obstetra está capacitado para participar ativamente do atendimento à adolescente durante o planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério. Ao longo do ciclo gravídico-puerperal este profissional pode oferecer atendimento humanizado, apoio e informações necessárias para que as adolescentes vivenciem esta fase de maneira ativa, saudável e prazerosa.

8. REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *The Apgar Score*. ACOG Committee Opinion No. 333, v. 107, p. 1209-1212. Washington: ACOG, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde do Adolescente*. Bases Programáticas. 2a Edição. Brasília, 1996.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990. p. 13563.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde do adolescente: competências e habilidades*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde [Internet]. Brasil acelera redução da gravidez na adolescência, 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_ar ea=124&CO_NOTICIA=11137>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de atenção básica. Caderno de atenção básica nº 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013*. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômica número 32. Rio de Janeiro, 2013.

CHEN, X.K. et al. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, v.36, p.368–373, 2007.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Consulta: Leitos Minas Gerais. CNES, 2014. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=31

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. *Projeto Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento- Principais resultados*. Rio de Janeiro: ENSP, 2013. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/resultados-esperados/>

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Low Birthweight: Country, regional and global estimates*. New York: UNICEF, 2004.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *Situação mundial da infância 2011: adolescência, uma fase de oportunidades*. Nova Iorque: UNICEF, 2011.

GAMA, S.G.N. et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 117-127, 2014.

GRAVENA, A.A.F. et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais *Acta Paul Enferm.*, v. 26, n. 2, p.130-135, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Assistência Médica Sanitária 2009: Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=mg&tema=servicossaude2009>>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Síntese: Minas Gerais. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>>

LOPES R.D.; HARRINGTON R.A. *Compreendendo a pesquisa clínica*. Artmed. 1ª ed. 2014.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.

MARTINS, M.G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 33, n.11, p. 354-360, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Assistência hospitalar ao neonato*. Belo Horizonte, 2005.

MIRANDA, F.R.D. et al. Pré-natal na adolescência: uma revisão crítica. *Adolesc. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 43-50, 2013.

MONTAGNER, C.B.; STEIN, A.T. Adolescentes gestantes no Brasil: uma avaliação sobre o acesso a programas de saúde. *Revista Contexto & Saúde*, v. 10, n. 19, p. 87-91, 2010.

MOTTA, M.E.F.A. et al. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? *Jornal de Pediatria*, v. 81, n.5, p. 377-82, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development*. Who discussion papers on adolescence. Geneva: WHO, 2004a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Adolescent Health and Development in Nursing and Midwifery Education*. Geneva: WHO, 2004b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Adolescent pregnancy: Unmet needs and undone deeds- A review of the literature and programmes. Issues in Adolescent Health and Development*. Geneva: WHO, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Adolescent Pregnancy. Making Pregnancy Safer Notes*, v. 1, n.1. Geneva: WHO, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries: WHO guidelines*. Geneva: WHO, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Early marriages, adolescent and young pregnancies. Report by the Secretariat: Sixty-fifth World Health Assembly*. Geneva: WHO, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade*. Geneva: WHO, 2014.

REIS, A.O.A.; ZIONI F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. *Rev. Saúde Pública*, v.27, n.6, p. 472-477, 1993.

SANTOS, G.H.N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, v. 31, n. 7, p. 326-324, 2009.

SANTOS, M.M.A.S. et al. Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 15, n. 1, p. 143-54, 2012a.

SANTOS, M.M.A.S.; SAUNDERS, C.; BAIÃO, M.R. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humaniza. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n. 3, p. 775-786, 2012b.

SANTOS, N.L.A.C. et al . Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 719-726, 2014a.

SANTOS, N.C.P. et al. Resultados maternos e neonatais no trabalho de parto e parto de adolescentes admitidas em um Centro de Parto Normal brasileiro. *Adolesc. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 39-50, 2014b.

SASS, A. et al. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, 2011.

SILVA, J.L.P; SURITA F.G.C. Gravidez na adolescência: situação atual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v.34, n. 8, p. 347-350, 2012.

SURITA F.G.C. et al. Fatores associados ao baixo peso ao nascimento entre adolescentes no Sudeste do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 33, n. 10, p. 286-291, 2011.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. *The State of World Population 2013: Motherhood in Childhood- Facing the challenge of adolescent pregnancy*. New York: UNFPA, 2013.

VILLAR, J. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*, v. 367, p. 1819-1829, 2006.

9. ANEXOS

9.1- ANEXO 01: Tabela 01

Tabela 01- Características socioeconômicas das gestantes adolescentes de acordo com a faixa etária. Período de 2000 a 2012				
Características	10 a 14 anos		15 a 19 anos	
	N	%	N	%
Cor				
Branca	6490	35,55	197490	38,55
Parda	9143	50,07	239311	46,72
Negra	711	3,89	16970	3,31
Amarela	59		1733	0,33
Indígena	65	0,32	1049	0,20
		0,35		
Estado Civil				
Solteira/ separada	16.420	89,93	366.996	71,65
Casada	556	3,04	107.847	21,05
União consensual	888	4,86	27.142	5,29
Viúva	16	0,08	380	0,07
Escolaridade				
Analfabeta	118	0,64	2299	0,44
Até 7 anos de estudo	14957	81,92	224608	43,85
8 ou mais	2563	14,03	270500	52,81
Total	18258		512171	
Fonte: Elaborada para fins deste estudo				

9.2- ANEXO 02: Tabela 02

Tabela 02- Nascidos vivos - Minas Gerais												
Nascimento de filhos de mães adolescentes por Ano do nascimento e Idade da mãe												
Período:2002-2012												
Ano	Nascimentos mães adolescentes				Tipo de parto: Vaginal				Tipo de parto: Cesário			
	10 a 14 anos		15 a 19 anos		10 a 14 anos		15 a 19 anos		10 a 14 anos		15 a 19 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2002	1717	0,6	53572	19	1214	70	37895	70	500	30	15542	30
2003	1670	0,6	51718	18	1133	68	35988	70	531	32	15625	30
2004	1631	0,6	49995	18	1090	67	34060	68	539	33	15843	32
2005	1593	0,6	50654	18	999	63	33808	67	591	37	16739	33
2006	1664	0,6	48383	18	1053	63	31655	65	606	37	16639	35
2007	1707	0,6	46885	18	1085	63	30439	65	622	37	16353	35
2008	1763	0,6	45294	17	1086	62	28918	64	675	38	16264	34
2009	1652	0,6	42324	17	1023	62	26286	62	624	38	15952	38
2010	1599	0,6	41304	16	951	59	25230	61	644	41	16008	39
2011	1634	0,6	41183	15	969	59	24629	60	658	41	16421	40
2012	1628	0,6	40859	15	949	58	23486	57	670	42	17212	43
Total	18258		512171		11552		332394		6660		178598	

Fonte: Elaborada para fins deste estudo

9.3- ANEXO 03: Tabela 03

Tabela 03 – Distribuição das características sócio demográficas e da gestação com a via de parto entre adolescentes de 10 a 19 anos Período 2002/2012				
Tipo de parto		Vaginal		Cesáreo
Características	N	%	N	%
Cor/Raça				
Branca	114797	56	88761	44
Preta	11713	66	5917	34
Amarela	1222	68	563	32
Parda	176009	71	71992	29
Indígena	879	80	232	20
TOTAL	30420	-	167465	-
Escolaridade				
Nenhuma	1821	76	584	24
1 a 3 anos	18793	71	7770	29
4 a 7 anos	144316	68	68223	32
8 a 11 anos	158277	63	93357	37
12 anos e mais	11332	54	9544	46
TOTAL	334539	-	179478	-
Estado Civil				
Solteira	253171	66	129054	34
Casada	65921	61	42231	39
Viúva	240	61	154	39
Separada judicialmente	378	60	256	40
União consensual	18103	65	9827	35
TOTAL	343946	-	185258	-
Consultas de pré- natal				
Nenhuma	6349	82	1356	18
1 a 3 consultas	38470	79	10139	21
4 a 6 consultas	138637	70	58787	30
7 ou mais consultas	156027	58	112833	42
TOTAL	339483	-	183295	-
Fonte: Elaborada para fins deste estudo				

9.4- ANEXO 04: Tabela 04

Tabela 04- Distribuição o índice de Apgar e o número de consultas de pré-natal de gestantes adolescentes Período 2002 a 2012									
Escore de Apgar	Número de consultas no pré- natal								
<u>1º minuto</u>	Nenhuma		De 1 a 3 consultas		De 4 a 6 consultas		7 ou mais consultas		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
0 a 2	376	6	1219	20	2296	37	2288	37	6179
3 a 5	445	3	2202	13	6473	40	7250	44	16370
6 a 7	805	2	4991	10	19177	39	23721	49	48694
8 a 10	5240	1	36810	9	157552	37	222234	53	421836
Escore de Apgar	Número de consultas no pré- natal								
<u>5º minuto</u>	Nenhuma		De 1 a 3 consultas		De 4 a 6 consultas		7 ou mais consultas		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
0 a 2	242	9	680	26	944	37	715	28	2581
3 a 5	194	7	643	22	1125	39	916	32	2878
6 a 7	331	3	1667	15	4548	42	4302	40	10848
8 a 10	6091	1	42332	9	179064	38	249228	52	476715
Fonte: Elaborada para fins deste estudo									

9.5- ANEXO 05: Tabela 05

Tabela 05- Óbitos fetais, infantis e maternos em gestantes adolescentes em Minas Gerais Período 2002-2012						
Ano do Óbito	Óbitos fetais		Óbitos infantis		Óbitos maternos	
	10 a 14 anos	15 a 19 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos
	N	N	N	N	N	N
2002	21	402	35	589	0	13
2003	23	368	28	591	1	14
2004	19	352	27	636	0	10
2005	19	392	39	706	1	7
2006	19	434	41	663	0	10
2007	16	394	44	607	0	8
2008	20	346	31	579	0	11
2009	24	336	27	501	1	9
2010	17	335	30	515	2	9
2011	17	362	34	486	1	10
2012	17	374	36	486	0	7
Total	212	4095	372	6359	6	108

Fonte: Elaborada para fins deste estudo