

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SILVIA CÂNDIDO BALBINO**

**CARACTERÍSTICAS DAS MÃES ADOLESCENTES E DE SEUS FILHOS**  
**PREMATUROS NO MUNICÍPIO DE ITURAMA/MG**

**UBERABA**

**2013**

**SILVIA CÂNDIDO BALBINO**

**CARACTERÍSTICAS DAS MÃES ADOLESCENTES E DE SEUS FILHOS  
PREMATUROS NO MUNICÍPIO DE ITURAMA/MG**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.**

**Orientador: Prof. Dr. Alisson Araújo**

**UBERABA**

**2013**

**SILVIA CÂNDIDO BALBINO**

**CARACTERÍSTICAS DAS MÃES ADOLESCENTES E DE SEUS FILHOS  
PREMATUROS NO MUNICÍPIO DE ITURAMA/MG**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.**

**Orientador: Prof. Dr. Alisson Araújo**

**Banca Examinadora**

**Prof. Alisson Araújo – UFSJ – orientador**

**Prof.(a) Marlene Azevedo Magalhães Monteiro-examinador**

**Aprovado em Belo Horizonte: \_03/08/2013**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço incondicionalmente, a Deus, que dentro de mim, é sempre a luz para as minhas ideias, inspirações, realizações teórico-reflexivas e práticas sendo a minha força vital.

Aos meus pais por conceder oportunidades de buscar e tornar realidade meus sonhos.

Ao meu filho Kawan.

Ao meu esposo João Carlos.

Em especial, meu muito obrigado ao meu orientador, Professor Alisson Araújo, pela orientação, a quem dedico a consagrada frase: “Ao Mestre com Carinho”.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

**Silvia Cândido Balbino \***

**Alisson Araújo\*\***

## **RESUMO**

A gravidez na adolescência é motivo de preocupação em função das consequências delicadas para o desenvolvimento tanto da mãe quanto da criança. Essa situação pode ser agravada na ocorrência de um parto prematuro para a adolescente. Este trabalho objetivou analisar aspectos e características das mães adolescentes que tiveram filhos prematuros em Iturama/MG. Foram analisados: percentual de adolescentes que tiveram seus filhos prematuros, idade gestacional no momento do parto, grau de escolaridade, estado civil, idade da adolescente, tipo de parto e número de consultas de pré-natal. Estes aspectos foram obtidos através de dados secundários disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no período de 2000 a 2011. Os resultados encontrados mostram o quanto é vulnerável e exposto a riscos o grupo dessas mães adolescentes que representaram 27,5% das gestantes que tiveram filhos prematuros no período. Dentre essas mães adolescentes: 17,3% tinham entre 22 ou 31 semanas de idade gestacional no momento do parto; 44,0% possuíam menos de oito anos concluídos de estudo; 81,3% se declararam solteiras; 9,3% compreendiam de 10 a 14 anos; 45,3% foram submetidas à partos cesáreos; e 68,0% realizaram entre 1 e 6 consultas de pré-natal. É demarcada assim a importância do sistema de saúde, sobretudo da atenção primária a saúde/estratégia de saúde da família, para as possíveis intervenções: vigilância dos indicadores e características da gravidez na adolescência mesmo apresentando diminuição no índice de gravidez em adolescentes no município; ações educativas sobre sexualidade e contracepção voltadas para o público adolescente aliado a disponibilidade de métodos contraceptivos para os jovens; e uma assistência no ciclo gravídico-puerperal dessas adolescentes voltada para assistir essa “dupla prematuridade” (materna e do concepto).

**Palavras chave:** Gravidez na adolescência; Cuidado pré-natal; Comportamento do adolescente; Atenção básica à saúde.

## **CHARACTERISTICS OF TEENAGE MOTHERS AND THEIR PREMATURE CHILDREN IN ITURAMA/MG**

**Silvia Cândido Balbino \***

**Alisson Araújo\*\***

### **ABSTRACT**

Pregnancy in adolescence is of concern due to the delicate consequences for the development of both mother and child. This situation may be exacerbated in the event of a premature birth to teen. This study aimed to analyze aspects and characteristics of teenage mothers who had preterm in Iturama / MG. Were analyzed: percentage of teens who had their premature births, gestational age at delivery, education level, marital status, age of teen, delivery type and number of prenatal consultations. These aspects were obtained through secondary data provided by the Department of the SUS (DATASUS) in the period 2000-2011. The results show how vulnerable and exposed to the risk group of these teenage mothers accounted for 27.5% of the women who had preterm deliveries in the period. Among these teenage mothers: 17.3% were between 22 and 31 weeks' gestational age at delivery, 44.0% had completed less than eight years of study, 81.3% reported they were single, 9.3% comprised of 10-14 years, 45.3% underwent cesarean deliveries, and 68.0% had between 1 and 6 prenatal consultations. It is well demarcated the importance of the health system, especially in primary health care / family health strategy for possible interventions: monitoring indicators and characteristics of adolescent pregnancy even with decrease in the rate of teenage pregnancy in the county; actions education about sexuality and contraception aimed at teenage audiences ally availability of contraceptives to young people, and an assist in pregnancy and childbirth watch these teens facing this "double prematurity" (mother and newborn).

**Keywords:** Pregnancy in adolescence; Prenatal care; Adolescent behavior; Primary health care.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	08
2. REVISÃO TEÓRICA.....	11
2.1 – ADOLESCÊNCIA, SEXUALIDADE E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	12
2.2 – ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	16
3. OBJETIVOS .....	19
4. METODOLOGIA.....	19
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

## 1. INTRODUÇÃO

O número de adolescentes grávidas vem crescendo anualmente em todo o mundo e vem se tornando uma questão de saúde pública. Em função disso, bem como da carência que abordem as questões subjetivas das vivências de adolescentes grávidas, surgiu a necessidade de se estudar a complexidade desse problema, que afeta as áreas da educação, da saúde e das relações familiares.

A assistência pré-natal consiste em todos os cuidados prestados a mulher em todo ciclo gravídico- puerperal, tendo como principal objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez até o pós-parto. O pré-natal é uma estratégia importante de cuidados preventivos às gestantes. Visa à promoção da saúde e do bem-estar materno-fetal, além de oportunizar o tratamento precoce de problemas que podem surgir no decorrer da gestação. No Brasil o pré-natal está entre as ações programáticas mais ofertadas por serviços básicos de saúde, principalmente através da Estratégia Saúde da Família (RIOS,2004).

As ações realizadas no pré-natal têm como objetivo assegurar uma boa gestação e puerpério. Dentre essas ações podemos destacar: a captação precoce da gestante na comunidade com o objetivo de iniciar o acompanhamento no 1º trimestre de gravidez. Com isso pode-se obter intervenções oportunas, tanto preventivas como educativas e terapêuticas; solicitação de exames laboratoriais e complementares; imunização; avaliação do estado nutricional gestante; avaliação do crescimento fetal, através da medida da AFU; aferição de PA; calculo da DPP; cálculo da IG; tratamento das intercorrências da gestação; atividades educativas; preparo da mulher para o parto, amamentação e cuidado com o RN e a busca ativa das gestantes faltosas no pré – natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Gestantes que realizam o pré-natal apresentam menos doenças, o que se reflete em melhores condições de desenvolvimento intra-útero do feto e em menor mortalidade perinatal e infantil. Para tanto, é necessário que o atendimento seja efetivo tanto qualitativo quanto quantitativamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Durante o acompanhamento, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A cada trimestre deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal, através da discriminação dos fatores de risco existentes no cartão de pré-natal. Além disso, é necessário o registro correto e completo das informações que constam na ficha de pré-natal da gestante e nos registros da unidade de saúde. O conteúdo de todas estas anotações deve ser avaliado pelo profissional de saúde e servir como sinal de alerta para potenciais situações de perigo (KATZ, 1999).



Exercendo a profissão de enfermeira em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Iturama/MG, observei a seguinte constatação no período de 2000 a 2010: o índice de gravidez na adolescência em Iturama vem diminuindo. Vejamos a tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Distribuição de gestações segundo o ano e faixa etária. Município de Iturama/MG. 2000, 2005 e 2010.

<b>Ano</b>	<b>Nº DE GESTAÇÕES ADOLESCENTES (10 A 19 ANOS)</b>	<b>Nº DE GESTAÇÕES MULHERES (20 ANOS E MAIS)</b>	<b>TOTAL</b>
2000	162 (28,1%)	414 (71,9%)	576 (100,0%)
2005	128 (24,5%)	394 (75,5%)	522 (100,0%)
2010	101 (22,5%)	348 (77,5%)	449 (100,0%)

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Sobre essa redução de gravidez na adolescência em Iturama/MG, pode se perceber que o Brasil também segue a diminuição desse índice nas últimas décadas. Segundo Silva e Surita(2012) no Brasil, o número de partos entre adolescentes de 10 a 19 anos, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), reduziu-se em mais de 22,0% na segunda metade da década passada, e entre 2000 e 2009, após diminuição de 15,6% na primeira metade, decresceu 34,6% em todo o período. A maior redução no número de partos, nos últimos cinco anos, 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%).

Os fatores que levam à gestação nos anos iniciais da vida reprodutiva são de natureza objetiva ou subjetiva, sendo os mais elencados: o desconhecimento dos métodos contraceptivos, a dificuldade de acesso do adolescente a tais métodos, a dificuldade das garotas em negociar o uso do preservativo, ingenuidade, violência, submissão, desejo de estabelecer uma relação mais estável com o parceiro, forte desejo pela maternidade, com expectativas de mudança de status social e de obtenção de autonomia permanecendo, ainda nos dias de hoje, a valorização social da mulher por meio da maternidade, e outros (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004)

Porém, ao aprofundar melhor na análise desses dados, verifiquei uma preocupante

situação: mesmo diante da diminuição do índice de gravidez na adolescência em Iturama, a prematuridade entre os filhos de mães adolescentes vêm aumentando. Vejamos a Tabela 2:

Tabela 2 – Distribuição de adolescentes mães de crianças prematuras segundo o ano e faixa etária. Município de Iturama/MG. 2000, 2005 e 2010.

<b>Ano</b>	<b>Nº DE GESTAÇÕES ADOLESCENTES (10 A 19 ANOS) QUE TIVERAM FILHOS PREMATUROS</b>	<b>Nº DE GESTAÇÕES MULHERES (20 ANOS E MAIS) QUE TIVERAM FILHOS PREMATUROS</b>	<b>TOTAL</b>
2000	01 (08,3%)	11 (91,7%)	12 (100,0%)
2005	04 (23,5%)	13 (76,5%)	17 (100,0%)
2010	07 (30,4%)	16 (69,6%)	23 (100,0%)

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Oliveira (1998) elenca seis complicações possíveis para a saúde da mãe e do bebê, em uma gravidez na adolescência: imaturidade anátomo-fisiológica (levando à maior incidência de baixo peso ao nascer e prematuridade); toxemia gravídica (principalmente na primeira gestação, podendo causar pré-eclâmpsia e eclampsia); problemas no parto (prematuro ou demorado); infecções urogenitais; anemia (por a gestante estar em fase de crescimento) e retardo do desenvolvimento uterino. Para a autora, essa rede de causalidade poderia ser minimizada, caso as adolescentes procurassem assistência pré-natal, o que só acontece quando ocorre tardiamente, quando a jovem não pode mais esconder a gestação.

Perante a situação de Iturama/MG e enquanto enfermeira da ESF desse município tem-se os seguintes questionamentos: quais são as características dessas adolescentes que tiveram filhos prematuros? Conhecendo-se essas características, seria possível melhorar ou adequar a assistência da ESF no sentido de prevenir a gravidez na adolescência e de também aprimorar o cuidado às gestantes e puérperas adolescentes?

Neste sentido conhecer as características das adolescentes que tiveram filhos prematuros se faz necessário para o estabelecimento de estratégias e ações voltadas para o enfrentamento dessa situação em Iturama/MG.

## **2 - REVISÃO TEÓRICA:**

### **2.1- Adolescência, sexualidade e gravidez na adolescência**

Ao chegar à adolescência, o jovem começa a trilhar um novo caminho cheio de transformações e que compreende um momento de descobertas, dúvidas e desejos. As alterações corporais acontecem e começa-se a estruturar as ideias e as opiniões.

Também o despertar para as relações com o sexo oposto ocorre. É, portanto, nesta fase que as questões ligadas à vida reprodutiva e sexual ganham relevância (KATZ,1999).

Atualmente, a atividade sexual e a menarca têm ocorrido mais precocemente entre as adolescentes. Além disso, o desconhecimento em relação aos métodos contraceptivos e os níveis sociais, econômicos e educacionais contribuem para elevar os índices estatísticos de casos de gravidez na adolescência<sup>4</sup>. A gravidez na adolescência é um fato comum de se constatar nos serviços de saúde. É significativo o número de adolescentes que vivenciam a gestação cada vez mais cedo, o que exige uma atenção importante quanto ao conhecimento de seus corpos, à representação da gestação em suas vidas e às novas responsabilidades como mães ( KATZ,1999).

O comportamento sexual de um indivíduo depende não só da etapa de desenvolvimento em que se encontra, como do contexto familiar e social em que vive. Na atualidade, a sociedade tem fornecido mensagens ambíguas aos jovens, deixando dúvidas em relação à época mais adequada para o início das relações sexuais. Ao mesmo tempo em que a atividade sexual na adolescência já é vista como um fato natural, largamente divulgado pela mídia, que estimula a aceitação social da gravidez fora do casamento, ainda se veem a condenação moral e religiosa ao sexo antes do matrimônio e atitudes machistas rejeitando as mulheres não virgens. Este contexto dificulta o relacionamento entre as moças, de quem são cobradas atitudes castas, e os rapazes, que têm de provar sua masculinidade precocemente, com o início muitas vezes prematuro da atividade sexual, por pressão social. Outro aspecto importante é a defasagem existente entre a maturidade biológica, alcançada mais cedo, e a maturidade psicológica e social que cada vez mais tarde se torna completa. Perante este quadro os jovens se encontram perdidos, sem um parâmetro social claro de comportamento sexual e com uma urgência biológica a ser satisfeita em idade precoce (RIOS,2004).

A gestação na adolescência é um problema mundial de saúde pública, pois atinge principalmente a classe social mais carente e de menor escolaridade, sendo na maioria das vezes não planejada ( GAMA,2001).

Os riscos de gestação na adolescência não são apenas devido ao fator idade, existem riscos biológicos, porém psíquicos e sociais bastante importantes. Quanto ao fator idade, podemos considerar duas faixas etárias, a adolescência precoce de 11 a 15 anos e a tardia de 16 a 19 anos. É na primeira fase que ocorrem mais riscos. Um fator é a idade ginecológica que é menor, isto é, quanto menor a diferença entre a idade cronológica da paciente e aquela que teve a primeira menstruação maior o risco para a gestação, devido a imaturidade da vascularização uterina, o que acarretaria o parto prematuro ou uma placenta insuficiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2000).

Porém esta faixa etária coincide com a maior não aceitação da gestação, maior postergação do início do pré-natal acarretando falta de orientação alimentar, tratamento de anemia, infecções urinárias ou vaginais, pré-eclâmpsia e também um trabalho psíquico-social ( GAMA,2001).

A gravidez na adolescência traz mais problemas devido ao início do pré-natal tardio do que esta se dar numa fase precoce da vida reprodutiva. A gravidez na adolescência é considerada de alto risco, uma vez que ela está sujeita a maior incidência de complicações na gestação, parto e puerpério, intensificando-se ainda mais quando a mãe pertence a uma classe social menos favorecida, consequências estas que podem aumentar a incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer. Assim, condições sanitárias precárias e falta de acesso ou ausência de recursos de saúde para acompanhamento pré-natal podem contribuir para um acréscimo no risco reprodutivo, prejudicando tanto a mãe quanto a criança (KATZ,1999).

A maternidade na adolescência, frequentemente não planejada e indesejada, é referida como um impacto negativo nas condições físicas, emocionais e econômicas das adolescentes, afetando completamente seu modo de vida. A maioria das adolescentes abandona os estudos para cuidar da criança, ocorrendo aumento dos riscos de desemprego, mudança de estrato socioeconômico e dependência econômica dos familiares, perpetuando-se assim, a pobreza, educação limitada, abuso e violência familiar tanto à mãe quanto à criança (GAMA,2001).

A maioria das adolescentes abandona os estudos para cuidar da criança, ocorrendo aumento dos riscos de desemprego, mudança de estrato sócio econômico e dependência econômica dos familiares, perpetuando-se assim, a pobreza, educação limitada, abuso e violência familiar tanto à mãe quanto à criança (GAMA, 2001).

O ambiente familiar também tem relação direta com o início da atividade sexual. Experiências sexuais precoces são observadas em adolescentes em cuja família, os irmãos mais velhos já apresentam vida sexual ativa. É comum encontrar adolescentes grávidas cujas mães também iniciaram a vida sexual precocemente ou engravidaram durante a sua

adolescência. A iniciação sexual cada vez mais precoce na menina acarreta inúmeras consequências, entre elas a gravidez precoce. A gravidez na adolescência é encarada negativamente nas condições emocionais e financeiras das adolescentes e suas famílias, alterando drasticamente sua rotina. O abandono, a promiscuidade, a desinformação entre outros, são os fatores mais frequentes na gestação da adolescente (KATZ, 1999).

A literatura sobre o fenômeno da gravidez na adolescência ressalta a redução das taxas de fecundidade geral, a despeito do aumento ou estabilização dessas mesmas taxas entre as mulheres mais jovens (CAMARANO, 1998)

A tendência de aumento da fecundidade das mulheres brasileiras mais jovens, na contramão das de outras faixas etárias, configura-se na expressão concreta da gravidez na adolescência e influencia de forma relevante no seu entendimento como um problema social (REIS, 1993).

A gravidez na adolescência traz consigo peculiaridades interessantes sob o ponto de vista da pesquisa psicossocial, em que permeiam a subjetividade da adolescente e os interesses das famílias dos envolvidos. Engravidar ainda adolescente mobiliza, portanto, questões basilares relativas às instituições da nossa sociedade e da formação dos indivíduos, tais como os sistemas de saúde pública, a escola e, certamente, a própria família. Daí as dificuldades por que perpassa a análise de tal fenômeno ( KATZ,1999).

Tratar da gravidez na adolescência é lidar com um acontecimento complexo, tendo em vista que implica o envolvimento de vários fatores de natureza social, econômica, psicológica e fisiológica. Daí vem a importância de recorrermos a distintas áreas do conhecimento para estabelecermos uma visão menos fragmentada de um fenômeno que cresce anualmente em todo o mundo e chamarmos a atenção de pais, de profissionais que trabalham direta ou indiretamente com adolescentes e de governantes, e que se torna, assim, uma preocupação que pode ser inserida no âmbito da saúde pública. (MOURA E JUNIOR, 2003).

Essa inserção evoca possibilidades de análise que correm o risco de formar posicionamentos extremos, que transitam de uma situação existencial desastrosa, ou mesmo patológica, até uma vertente idealizada que apregoa a supremacia do desejo de ser mãe como fonte principal de realização pessoal. Dessa forma, as preocupações legítimas com as vidas das jovens e de seus filhos podem acabar se transformando em um "campo de batalha" teórico, que pouco lhes trazem em termos de ações afirmativas. Para evitarmos, então, reforçar uma ou outra perspectiva, não ignoraremos pontos de vista distintos, pois estes podem agregar aspectos importantes para melhor compreensão da gravidez durante a adolescência (RIOS, 2004).

A assistência às gestantes adolescentes exige do profissional que as acompanha a compreensão dos fatores e das razões que as levam a vivenciarem a maternidade precocemente. Do mesmo modo, também exige a compreensão do significado da gestação na vida das jovens e das suas expectativas em relação ao seu futuro (RIOS,2004).

Adolescentes pertencentes a famílias de pouca instrução, com baixo nível social e cujas mães tiveram precocemente seu primeiro filho tendem a seguir o mesmo rumo. E, ainda, famílias com histórias de violência, com o uso de drogas e sem estrutura podem, de acordo com estudos na área da psicologia<sup>5</sup>, predispor as adolescentes a uma relação sexual prematura. Em cenários como esse, a maternidade pode adquirir centralidade, impondo-se, muitas vezes, como alternativa para algumas adolescentes (RIOS,2004).

Adotar essa perspectiva implica o reconhecimento do evento da gravidez na adolescência como realidade a ser considerada dentro das experiências que definem o processo de transição juvenil para além da noção de “risco” ou “ruptura” frequentemente associado ao mesmo (KATZ,1999).

Diante desse cenário cabe aos profissionais da saúde à busca de mecanismos que favoreçam as suas relações com os jovens para que, em especial as adolescentes, sintam-se acolhidas ao buscarem atenção no serviço de saúde e possa ter o apoio dos profissionais da área, o que muitas vezes não é encontrado em suas relações habituais. Portanto este estudo foi realizado no intuito de perceber melhor o contexto, as ideias e as expectativas das adolescentes que vivenciam o processo gestacional em relação à maternidade e a vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a gravidez na adolescência como uma gestação de alto risco devido a repercussões sobre a mãe e ao RN, além de acarretar problemas sociais e biológicos. A gravidez na adolescência pode levar consequências emocionais, sociais e econômicas para a saúde da mãe e seu filho e ocorre no extremo inferior da vida reprodutiva que é dos 10 aos 19 anos de idade. A ocorrência de partos prematuros e também recém nascidos (RN) de baixo peso são problemas de saúde pública, por gera um custo elevado de despesas médicas hospitalares, com as internações dos RN em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Diversos estudos tem procurado relacionar a gravidez na adolescência e as características socioeconômica dos pais com esse fato (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

No Brasil, há uma estreita relação entre educação e maternidade. Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostram maior frequência de gravidez em adolescentes de 15 a 19 anos sem escolarização do que naquelas com 9 a 11 anos de estudo (BRASIL,2003).

Existem fatores de natureza objetiva e subjetiva que levam à gestação nos anos iniciais da vida reprodutiva, tais como o desconhecimento dos métodos contraceptivos, a dificuldade de acesso do adolescente a tais métodos, a dificuldade das meninas em negociar o uso do preservativo, ingenuidade, violência, submissão, desejo de estabelecer uma relação estável como parceiro, forte desejo pela maternidade, com expectativa de mudança social e de obtenção de autonomia através da maternidade (KATZ,1998).

A iniciação sexual cada vez mais precoce na menina acarreta inúmeras consequências, entre elas a gravidez precoce. A gravidez na adolescência é encarada negativamente nas condições emocionais e financeiras das adolescentes e suas famílias, alterando drasticamente sua rotina. O abandono, a promiscuidade, a desinformação entre outros, são os fatores mais frequentes na gestação da adolescente. A maioria das adolescentes abandona os estudos para cuidar da criança, ocorrendo aumento dos riscos de desemprego, mudança de estrato sócio econômico e dependência econômica dos familiares, perpetuando-se assim, a pobreza, educação limitada, abuso e violência familiar tanto à mãe quanto à criança (SUZUKI,2007).

O ambiente familiar também tem relação direta com o início da atividade sexual. Experiências sexuais precoces são observadas em adolescentes em cuja família, os irmãos mais velhos já apresentam vida sexual ativa. É comum encontrar adolescentes grávidas cujas mães também iniciaram a vida sexual precocemente ou engravidaram durante a sua adolescência. A ocorrência de morbimortalidade na infância é alta em países pouco desenvolvidos, mas principalmente nascidos de mães adolescentes (GAMA,2001).

Associado à situação socioeconômica e à falta de apoio no acompanhamento da gestação, as adolescentes não recebem informações adequadas quanto à alimentação materna correta, importância da amamentação e imunização infantil, acarretando prejuízo às crianças, impacto na saúde pública, além da limitação no desenvolvimento pessoal, social e profissional da gestante ( GAMA,2001).

Segundo boletim da (OMS)14-16, todos os dias nascem cerca de 13 milhões de RN prematuros no planeta, cerca de 10% do total de nascimentos. Isso acarreta uma taxa de mortalidade em torno de 28% em crianças menores de cinco anos, sendo a principal causa de morte nesta faixa etária. A ocorrência de nascimentos prematuros é decorrente de várias circunstâncias. Traz para as famílias expectativas e anseios que envolvem a perinatalidade; para a sociedade em geral, um custo social e financeiro, exige assistência com estrutura técnica e equipamentos que nem sempre estão ao alcance da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

## **2.2- Assistência pré-natal e atenção primária à saúde**

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo (KATZ,1999).

Na construção da qualidade da atenção pré-natal está implícita a valorização desses aspectos, traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas. Em geral, a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da usuária, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessária para que a mulher se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia sua gestação e o parto. A maioria das questões trazidas, embora pareçam elementares para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o apresenta. Assim, respostas diretas e seguras são significativas para o bem estar da mulher e sua família (OLIVEIRA,1998).

Está demonstrado que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que, em última análise, será essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal encontrados no Brasil ( KATZ,1999).

Outro ponto importante que marcou o desenvolvimento da atenção ao pré-natal foi a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominada como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa estratégia é apresentada como proposta de reorientação do modelo assistencial desenvolvido a partir da atenção básica, tomando-se como eixo estruturante deste nível de organização de saúde. Propõe-se que a assistência pré-natal ocorra nas unidades básicas de saúde, caracterizadas como a principal porta de entrada do sistema, onde são firmados os vínculos do setor com a comunidade. A partir de sua implantação, percebeu-se uma procura maior das gestantes para realizar as consultas de pré-natal (OLIVEIRA,1998).

O pré-natal é o período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. Ao entrar em contato com uma gestante, cabe à equipe de saúde saber compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. A história de cada gestação é determinante para um bom desenvolvimento do ser humano, devendo assim ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes. O principal objetivo da assistência pré-natal é



acolher a mulher desde o início de sua gravidez, quando ela passará por mudanças físicas e emocionais. Cada uma irá lidar de forma diferente com tais mudanças e algumas dessas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou apenas curiosidades sobre o que acontece em seu interior (MOURA E JUNIOR,2003).

Todavia, a consulta de pré-natal envolve procedimentos simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da mulher, transmitindo confiança para conduzir com autonomia a gestação e o parto. É necessário que o profissional esclareça as dúvidas geradas com muita clareza de forma que a mulher se sinta segura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Muitas vezes, o pré-natal passa a ser o primeiro contato da cliente com o sistema de saúde e por isso a equipe deve ter a preocupação de causar na gestante a melhor impressão possível (OLIVEIRA, 1998).

Para a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a assistência pré-natal consiste em prevenir, identificar e corrigir anormalidades maternas ou fetais; orientar a paciente sobre gravidez, parto e atendimento ao recém-nascido e promover um suporte psicológico, para que ela consiga-se adaptar-se à gravidez (MINISTÉRIO AS SAÚDE 2000).

São fatores indispensáveis nesta assistência: a organização do serviço, capacitação dos profissionais e a utilização de recursos adequados e disponíveis, garantindo-se, no entanto, o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção e prevenção das principais afecções ( GAMA,2001).

Os profissionais da área da saúde são responsáveis por uma grande parcela dos aspectos necessários para garantir uma qualidade de vida adequada à população. Para reordenar a estratégia de assistência de enfermagem, elaboraram-se protocolos de saúde. Estes são instrumentos criados para que os profissionais de saúde exerçam sua profissão de acordo com a regulamentação do exercício profissional. Através deles, os profissionais estarão normatizados e respaldados ao exercerem suas funções, zelando pela qualidade dos serviços prestados (RIOS,2004).

Outra importância existente do protocolo é a reorganização do processo de trabalho, a fim de que este tenha como foco central uma equipe multiprofissional. A interdisciplinaridade vai nos permitir a troca de conhecimentos, um enriquecimento dos profissionais, possibilitando uma visão mais ampla do paciente diante da qual poderemos oferecer uma assistência mais qualificada e eficaz ( KATZ,1999).

É importante registrar que, além de utilizar todo seu conhecimento técnico, o enfermeiro, com a reorganização do processo de trabalho, vê-se dotado de maior autonomia. Repensar a atenção ao pré-natal envolvendo os profissionais pressupõe um novo olhar sobre o processo de trabalho em saúde e organização do serviço, onde, através da instituição de protocolos, se valorize a competência técnico-científica de cada membro da equipe multiprofissional, oferecendo assim uma assistência de qualidade e humanizada à gestante (RIOS, 2004).

Para haver um registro adequado e assim melhor acompanhamento das gestantes, o Cartão da Gestante foi criado e se configura hoje como um importante instrumento na assistência pré-natal, trabalho de parto, parto e puerério. Neste cartão os dados fundamentais relativos ao controle de saúde materno-infantil são registrados sistematicamente em cada consulta, chegando às mãos de quem atende posteriormente a gestante seja em nível de outro serviço ambulatorial, seja no nível de hospitalização. Esse cartão informa os dados mais relevantes durante a gestação, parto e pós-parto facilitando o conhecimento da situação da gestante e seu filho no contínuo da assistência (MOURA E JUNIOR, 2003).

O pré-natal adequado contribui para a redução da taxa de óbitos maternos e neonatais e para a redução dos custos hospitalares, haja vista, que as complicações no pós-parto geram custos adicionais decorrentes dos cuidados com recém-nascidos e puérperas no que se refere às despesas com consumo de medicamentos, materiais e insumos, internações hospitalares e realização de procedimentos de média e alta complexidade (RIOS, 2007).

O pré-natal é uma estratégia importante de cuidados preventivos às gestantes. Visa à promoção da saúde e do bem-estar materno-fetal, além de oportunizar o tratamento precoce de problemas que podem surgir no decorrer da gestação. No Brasil o pré-natal está entre as ações programáticas mais ofertadas por serviços básicos de saúde, principalmente através da Estratégia Saúde da Família (RIOS, 2007).

No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza que o calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno-fetal e perinatal. Deve ser iniciado precocemente, ainda no primeiro trimestre de gestação; as consultas devem ser regulares e em número completo, e deve ser garantindo que todas as avaliações propostas sejam realizadas (RIOS, 2007).

Para Gama (2010) é apenas entre as mulheres menores de 15 anos, e não entre todas as adolescentes, que a idade da mãe é fator de risco importante. Nas gestações de mulheres entre os 15 e 19 anos, desde que em condições adequadas de saúde, nutrição e atenção pré-natal, os riscos à saúde são quase inexistentes, não se distinguindo do das mães não adolescentes.

### **3- OBJETIVOS**

- **Geral:**

- analisar aspectos e características das mães adolescentes que tiveram filhos prematuros em Iturama/MG.

- **Específicos:**

- conhecer o estado civil, a escolaridade e o perfil etário das adolescentes mães de filhos prematuros.

- pesquisar, entre as grávidas adolescentes, seus antecedentes obstétricos como duração gestacional, tipo de parto e o número de consultas de pré-natal realizadas.

### **4- METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo descritivo-exploratório sobre a caracterização de resultados perinatais de adolescentes grávidas (10 a 19 anos de idade), no período entre 2000 a 2010, no município de Iturama/MG.

Localizado na região sudeste de Minas Gerais, o município de Iturama tem 35 308 habitantes de acordo com o Censo Demográfico do ano de 2012 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O município conta atualmente com seis equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde que cobrem 100% de cobertura de atenção básica à saúde à população. Os partos das gestantes ocorrem em uma maternidade de referência na cidade de Iturama- MG. Para essa caracterização foram utilizados os dados secundários disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Apesar de o SINASC subestimar as prevalências de prematuridade em relação a estudos populacionais desenvolvidos, esse sistema é consistente e confiável. A partir de 2011 foi normatizada na declaração de nascido vivo (DN) a coleta da informação da idade gestacional no momento do parto, considerando-se a data da última menstruação (DUM), dado reputado como de maior confiabilidade. Igualmente, pelo fato de que os dados do

SINASC apresentam cobertura e qualidade da informação cada vez maiores, significando para os profissionais de saúde e para os gestores uma ferramenta valiosa para melhorar a atenção prestada as gestantes e crianças brasileiras, para identificar as iniquidades existentes e para propor e avaliar políticas públicas que tenham impacto na melhoria da saúde destes grupos populacionais (BRASIL, 2012).

Os dados foram trabalhados por meio de estatística descritiva e apresentados em tabelas que mostram a frequência dos dados em números absolutos e relativos.

## **5- RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No intervalo de 2000 a 2010 foram encontradas 272 gestantes que tiveram seus filhos prematuros. Desse total, 75 (27,6%) eram gestantes adolescentes. A tabela 3 mostra que o percentual de gestantes adolescentes com filhos prematuros saltou de 8,3% em 2000 para 31,3% em 2011.

Tabela 3 – Distribuição de gestantes segundo o ano e faixa etária. Município de Iturama/MG. 2001 a 2010.

<b>Ano</b>	<b>Nº DE GESTANTES ADOLESCENTES (10 A 19 ANOS) QUE TIVERAM CRIANÇAS PREMATURAS</b>	<b>Nº DE GESTANTES MULHERES (20 ANOS E MAIS) QUE TIVERAM CRIANÇAS PREMATURAS</b>	<b>TOTAL</b>
2000	01 (08,3%)	11 (91,7%)	12 (100,0%)
2001	02 (13,3%)	13 (86,7%)	15 (100,0%)
2002	03(42,9%)	04(57,1%)	07 (100,0%)
2003	05(27,8%)	13(72,2%)	18 (100,0%)
2004	07 (30,4%)	16(69,6%)	23 (100,0%)
2005	04 (23,5%)	13 (76,5%)	17 (100,0%)
2006	03(10,7%)	25(89,3%)	28 (100,0%)
2007	09(27,3%)	24(72,7%)	33 (100,0%)
2008	13(36,1%)	23(63,9%)	36 (100,0%)
2009	11(39,3%)	17(60,7%)	28 (100,0%)
2010	07 (30,4%)	16 (69,6%)	23 (100,0%)
2011	10(31,3%)	22(68,7%)	32(100,0%)
<b>TOTAL</b>	<b>75 (27,6%)</b>	<b>197(72,4%)</b>	<b>272(100,0%)</b>

Fonte:

MS/SVS/DASUS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O aumento da proporção de crianças prematuras filhas de mães adolescentes é algo que vem merecendo a atenção na atualidade. Estudos realizados em Maringá/PR, Vitória/ES e São Luís/MA encontraram respectivamente 14,8% (GRAVENA, et al 2013); 21,78% (ZAGANELLI, 2009); e 30,8% (SANTOS, et al, 2009) de nascimentos prematuros de origem materna adolescente. Sobre essa relação, um estudo em São Paulo/SP evidenciou que a gravidez na adolescência esteve relacionada com nascimentos de crianças prematuras (16-31,4% no grupo de mães adolescentes e 7-8,65% no grupo de mães adultas,  $p=0.01$ ).

Das 75 mães estudadas, 81,3%(61) se declararam solteiras, 9,3%(7) casadas, 5,3%(4) em união consensual e 4,0%(3) com resposta ignorada. Encontra-se assim presença de companheiro em apenas 14,6% entre essas jovens. Estudo maranhense e outro em São Gonçalo do Pará/MG encontraram respectivamente (66,1%) e (29,0%) de adolescentes mães

com ou sem filhos prematuros. Essas disparidades sobre ter um companheiro entre adolescentes talvez seja pelo contexto social e cultural das localidades. Conhecer esse aspecto é relevante, pois o companheiro pode ofertar à mulher-adolescente apoio psicológico e econômico (TAVEIRA, SANTOS e ARAÚJO, 2013).

Em estudo qualitativo sobre a intenção de abandono de bebês prematuros com 12 mães, destas 5 adolescentes, verificou-se que a ausência do próprio pai e a do pai do bebê foram situações frequentes, identificadas em suas histórias, reproduzindo um modelo de família monoparental, predominantemente matriarcal, que vem ganhando espaço na sociedade atual. Ser abandonada pelo companheiro é muito representativo para as mães como coadjuvantes no abandono do filho, que também está ligado a questões econômicas, desenvolvendo, portanto, a angústia de sozinhas sustentarem e apoiarem um filho. O abandono dessas mulheres pelo companheiro tem uma dimensão social e afetiva além de uma dimensão jurídica, tornando-se, portanto, uma questão sociopolítica. Quando se vai transitando numa legião de famílias sem pais, fragilizadas pela ausência da autoridade paterna, compromete-se a cidadania da criança e da mãe (FERNANDES et al, 2011).

Essa situação pode ser ainda mais agravada, pois além da adolescência apresentar uma dependência afetiva, econômica e social da família, a chegada de um filho prematuro aumenta ainda mais a necessidade dessas instâncias.

Com o aumento de percentual de prematuridade entre mães adolescentes, percebe-se também que no momento do parto o tempo gestacional vem alcançando idades mais tenras. Conforme a Tabela 4, nos anos de 2010 e 2011 já é possível observar a ocorrência de partos prematuros entre as adolescentes nos períodos gestacionais de 32 a 36 semanas, 28 a 31 semanas e 22 a 27 semanas; algo que não acontecia nos anos anteriores.

Tabela 4 – Distribuição de gestantes adolescentes que tiveram crianças prematuras segundo o tempo gestacional no momento do parto. Município de Iturama/MG. 2001 a 2011.

<b>ANO</b>	<b>De 22 a 27 semanas</b>	<b>De 28 a 31 semanas</b>	<b>32 a 36 semanas</b>	<b>Nº DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES (10 A 19 ANOS) QUE TIVERAM FILHOS PREMATUROS</b>
2000	-	01(100,0%)	-	01(100,0%)
2001	-	-	02(100,0%)	02(100,0%)
2002	-	-	03(100,0%)	03(100,0%)
2003	-	-	05(100,0%)	05(100,0%)
2004	-	01(14,3,%)	06(85,7%)	07(100,0%)
2005	01(25,0%)	-	03(75,0%)	04(100,0%)
2006	-	01(33,4%)	02(66,6%)	03(100,0%)
2007	-	-	09(100,0%)	09(100,0%)
2008	-	02(15,4,%)	11(84,6%)	13(100,0%)
2009	-	02(18,2%)	09 (81,8%)	11(100,0%)
2010	01(14,3%)	02(28,6%)	04(57,1%)	07(100,0%)
2011	01(10,0%)	01(10,0%)	08(80,0%)	10(100,0%)
<b>TOTAL</b>	03(4,0%)	10(13,3%)	62(82,7%)	75(100,0%)

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Essa constatação no decorrer dos anos também tem sido observada nas diversas faixas etárias maternas. Isso se deve ao acesso aos serviços de saúde e também avanço tecnológico dessa área. A crescente demanda por tecnologia avançada no cuidado ao pré-termo enquanto internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal tem garantido maior sobrevida a este grupo de pacientes. No entanto, a despeito da redução da mortalidade no período neonatal (0-27 dias de vida), a incidência de morbidades crônicas que envolvem déficit de crescimento e atraso no neurodesenvolvimento entre os sobreviventes não tem reduzido de forma significativa. Ou seja, a presença de morbidades em níveis variados faz do adequado acompanhamento após a alta hospitalar uma extensão dos cuidados empregados na UTI Neonatal. As anormalidades menores do neurodesenvolvimento têm sido observadas de forma crescente nos países desenvolvidos. Já no Brasil, os dados do nosso meio ainda são escassos.

Há a necessidade de acompanhar de forma estruturada estes pacientes, a fim de conhecer o perfil dos recém-nascidos que sobrevivem a UTI no Brasil e melhor assisti-los, estabelecendo um planejamento de intervenção precoce ( OLIVEIRA,1998).

A tabela 5, a seguir apresenta o nível de escolaridades das gestantes adolescentes.

Tabela 5 – Distribuição de gestantes adolescentes que tiveram crianças prematuras segundo escolaridade materna. Iturama/MG. 2001 a 2011.

<b>ANO</b>	<b>1 A 3 ANOS</b>	<b>4 A 7 ANOS</b>	<b>8 A 11 ANOS</b>	<b>12 ANOS E MAIS</b>	<b>Nº DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES (10 A 19 ANOS) QUE TIVERAM FILHOS PREMATUROS</b>
2000	-	1(100,0%)	-	-	01(100,0%)
2001	-	2(100,0%)	-	-	02(100,0%)
2002	-	02(67,7%)	1(33,3%)	-	03(100,0%)
2003	-	3(60,0%)	2(40,0%)	-	05(100,0%)
2004	-	1(14,3%)	5(71,4%)	1(14,3%)	07(100,0%)
2005	1(25,0%)	1(25,0%)	2(50,0%)	-	04(100,0%)
2006	-	2(67,7%)	01(33,3%)	-	03(100,0%)
2007	-	5(55,6%)	3(33,3%)	1(11,1%)	09(100,0%)
2008	-	6(46,2%)	7(53,8%)	-	13(100,0%)
2009	-	2(18,2%)	8(72,7%)	1(9,1%)	11(100,0%)
2010	-	3(42,9%)	4(57,1%)	-	07(100,0%)
2011	-	4(40,0%)	6(60,0%)	-	10(100,0%)
Total	01(1,3%)	32(42,7%)	39(52,0%)	03(4,0%)	75(100,0%)

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O presente estudo mostra que 33 adolescentes (44,0%) tinham menos de oito anos concluídos de estudo, uma situação também preocupante. Uma vez que muitas delas não conseguem retomar os estudos após se tornarem mães, comprometem suas perspectivas de vida profissional futura, principalmente quando não contam com a colaboração de seus parceiros e/ou suas famílias (ALMEIDA et al, 2003).

Sobre a idade materna, dessas 75(100,0%) adolescentes, 7(9,3%) tinham de 10 a 14 anos e 68(90,7%) tinham de 15 a 19 anos (Tabela 6.).



Tabela 6 – Distribuição de gestantes adolescentes que tiveram crianças prematuras segundo idade materna. Município de Iturama/MG. 2001 a 2011.

<b>ANO</b>	<b>10 A 14 ANOS</b>	<b>15 A 19 ANOS</b>	<b>Nº DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES (10 A 19 ANOS) QUE TIVERAM FILHOS PREMATUROS</b>
2000	-	1(100,0%)	01(100,0%)
2001	1(50,0%)	1(50,0%)	02(100,0%)
2002	-	3(100,0%)	03(100,0%)
2003	-	5(100,0%)	05(100,0%)
2004	-	7(100,0%)	07(100,0%)
2005	-	4(100,0%)	04(100,0%)
2006	-	3(100,0%)	03(10,7%)
2007	1(11,1%)	8(88,9%)	09(100,0%)
2008	2(15,4%)	11(84,6%)	13(100,0%)
2009	-	11(100,0%)	11(100,0%)
2010	2(28,6%)	5(71,4%)	07(100,0%)
2011	1(10,0%)	9(90,0%)	10(100,0%)
<b>TOTAL</b>	<b>7(9,3%)</b>	<b>68(90,7%)</b>	<b>75(100,0%)</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Estudos anteriores mostram a relação da menor idade materna com maiores riscos obstétricos entre adolescentes. Em um trabalho recente, a associação da idade materna com a mortalidade se deu de forma diferenciada nos componentes do óbito infantil neonatal e pós-neonatal. Verificou-se uma tendência maior de óbitos no primeiro ano de vida à medida que diminuía a idade materna, apresentando um efeito direto sobre os óbitos pós-neonatais e um efeito indireto, intermediado por outras variáveis, sobre os neonatais (Oliveira, Gama e Silva, 2010).

A Tabela 7 mostra que os partos vaginais e cesáreos em adolescentes não vêm apresentando um padrão de ocorrência, sofrendo mudanças nas proporções no decorrer do período.

Tabela 7– Distribuição de gestantes adolescentes que tiveram crianças prematuras segundo via de parto. Município de Iturama/MG. 2001 a 2011.

<b>ANO</b>	<b>VAGINAL</b>	<b>CESÁRIO</b>	<b>Nº DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES (10 A 19 ANOS) QUE TIVERAM FILHOS PREMATUROS</b>
2000	1(100,0%)	-	01(100,0%)
2001	2(100,0%)	-	02(100,0%)
2002	2(66,7%)	1(33,3%)	03(100,0%)
2003	1(20,0%)	4(80,0%)	05(100,0%)
2004	6(85,7%)	1(14,3%)	07(100,0%)
2005	2(50,0%)	2(50,0%)	04(100,0%)
2006	2(33,3%)	1(66,7%)	03(10,7%)
2007	5(55,6%)	4(44,4%)	09(100,0%)
2008	6(46,2%)	7(53,8%)	13(100,0%)
2009	5(45,5%)	6(54,5%)	11(100,0%)
2010	4(57,1%)	3(42,9%)	07(100,0%)
2011	5(50,0%)	5(50,0%)	10(100,0%)
2000	41(54,7%)	34(45,3%)	75(100,0%)

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

A via de parto, levando-se em consideração a idade materna, sempre foi uma questão polêmica, baseada no preconceito de que as adolescentes não estivessem "prontas" para dar à luz por parto vaginal, com bacias e musculatura uterina imaturas para a parturição e por despreparo emocional. Os dados da literatura mostram exatamente o contrário, e o desempenho obstétrico das adolescentes é igual ou até melhor que o das mulheres adultas quanto à via de parto (SILVA E SURITA, 2009).

Assim como nas outras faixas etárias, entre as adolescentes (10 a 19 anos) as taxas de cesárea também são altas e estão em ascensão, sendo ligeiramente maiores entre as adolescentes de 15 a 19 anos do que nas de 10 a 14 anos. Essa constatação é importante, pois, observa-se que, a partir de 2000, há uma tendência ascendente da prematuridade em crianças nascidas por cesárea e uma leve tendência de redução nas crianças nascidas de parto normal. Independentemente da taxa de cesarianas ser mais ou menos elevada que a nacional, sistematicamente se encontra proporção maior de prematuridade nas crianças nascidas por

cesariana – em 2010, foi de 7,8% para cesarianas e 6,4% nos partos normais. O uso indiscriminado de cesarianas envolve riscos adicionais desnecessários tanto para a mãe como a criança, e custos adicionais para o sistema de saúde. Além de aumento da mortalidade, as cesarianas em excesso estão associadas com maior necessidade de tratamento pós-natal com antibióticos, mais transfusões de sangue, menor frequência e duração da amamentação, e as mulheres necessitam de maior tempo de permanência hospitalar após o parto; também podem comprometer a sobrevivência neonatal, devido ao aumento da ocorrência de baixo peso ao nascer e “prematuridade iatrogênica” (bebê nascido prematuramente como resultado de cesárea eletiva) e, portanto, exigem maior tempo de internação, uso de materiais cirúrgicos, unidade de terapia intensiva neonatal e mais pessoal capacitado, adicionando custos aos orçamentos da saúde (BRASIL, 2012).

Apesar da forte relação de gravidez na adolescência e pobreza, vale ressaltar também que a decisão de realizar o parto cirúrgico não vem na atualidade se baseando somente em critérios técnicos, mostrando que esse tipo de parto tem adquirido um caráter de bem de consumo que pode ser utilizado por quem possa custeá-lo (CARNIEL, ZANOLI e MORCILLO 2007).

Sobre as consultas de pré-natal entre as adolescentes que tiveram crianças prematuras, no período estudado, verificou-se que 17,3% realizaram de 1 a 3 consultas, 50,7% alcançaram de 4 a 6 consultas e 30,7% fizeram 7 ou mais consultas.

Tabela 8– Distribuição de gestantes adolescentes que tiveram crianças prematuras, segundo número de consulta pré-natal realizada. Iturama/MG. 2001 a 2011.

<b>ANO</b>	<b>De 1 a 3 consultas</b>	<b>De 4 a 6 consultas</b>	<b>7 ou mais consultas</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Nº DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES (10 A 19 ANOS) QUE TIVERAM FILHOS PREMATUROS</b>
2000	-	-	1(100,0%)	-	01(100,0%)
2001	-	1(50,0%)	1(50,0%)	-	02(100,0%)
2002		2(66,7%)	1(33,3%)	-	03(100,0%)
2003	1(20,0%)	3(60,0%)	1(20,0%)	-	05(100,0%)
2004	1(14,3%)	5(71,4%)	1(14,3%)	-	07(100,0%)
2005	1(25,0%)	2(50,0%)	1(25,0%)	-	04(100,0%)
2006	1(33,3%)	1(33,3%)	1(33,3%)	-	03(10,7%)
2007	2(22,2%)	6(66,7%)	1(11,1%)	-	09(100,0%)
2008	1(7,7%)	7(53,8%)	5(38,5%)	-	13(100,0%)
2009	2(18,2%)	6(54,5%)	2(18,2%)	1(100,0%)	11(100,0%)
2010	3(42,9%)	1(14,2%)	3(42,9%)	-	07(100,0%)
2011	1(10,0%)	4(40,0%)	5(50,0%)	-	10(100,0%)
<b>Total</b>	<b>13(17,3%)</b>	<b>38(50,7%)</b>	<b>22(30,7%)</b>	<b>01(1,3%)</b>	<b>75(100,0%)</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Por se tratarem de gestações com interrupção antes do previsto, certamente, o tempo gestacional influencia o número de consultas atingidas. Mesmo assim, uma pesquisa recente demonstrou que a frequência mínima de 6 consultas de assistência pré-natal constituiu-se em fator de proteção contra o BPN e a prematuridade (SANTOS et al, 2012).

Daí a importância da regularidade e assiduidade dessas gestantes adolescentes nas consultas de pré-natal. A insuficiência no número de consultas pode estar relacionada ao fato de terem iniciado tardiamente o pré-natal pela ocultação da gravidez, por próprio desinteresse ou ainda por não saberem da importância de se fazer um pré-natal adequado (TAVEIRA, SANTOS e ARAÚJO, 2012). No entanto, uma pesquisa desenvolvida na cidade do Rio de Janeiro/RJ, comprovou que mesmo aumentando o número de consultas realizadas em um determinado serviço de acompanhamento pré-natal, a qualidade da assistência ainda necessita de melhorias (DOMINGUES, 2011).

## 6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência há tempo é considerada uma situação que merece cuidado por parte das políticas públicas de saúde no Brasil e no Mundo. No entanto, é ainda incipiente estudos e estatísticas que mostram ao longo tempo como são as características do grupo de gestantes adolescentes que tiveram filhos prematuros.

Esse trabalho demonstrou tão vulnerável e exposto a riscos é o grupo dessas mães no período de 2000 a 2011 em Iturama/MG, pois representam 27,5% das gestantes que tiveram filhos prematuros eram adolescentes. Além disso, dentre essas mães adolescentes:

- 17,3% tinham entre 22 ou 31 semanas de idade gestacional momento do parto;
- 81,3% se declararam solteiras;
- 44,0% possuíam menos de oito anos concluídos de estudo;
- 9,3% abrangiam de 10 a 14 anos;
- 45,3% foram submetidas à partos cesáreos;
- 68,0% realizaram entre 1 e 6 consultas de pré-natal;

Com essa análise fica demarcada a importância da APS/ESF e todo sistema de saúde, para as possíveis intervenções:

- vigilância dos indicadores e características da gravidez na adolescência mesmo apresentando diminuição no índice de gravidez em adolescentes no município;
- ações educativas sobre sexualidade e contracepção voltadas para o público adolescente aliado a disponibilidade de métodos contraceptivos para os jovens;
- Assistência no ciclo gravídico-puerperal voltada para assistir essa “dupla prematuridade” (materna e do concepto), desde recursos humanos até de infra-estrutura.

Sobretudo, como função primordial, a APS/ESF pode e deve executar programas de intervenção para gravidez na adolescência. Eles devem ter com o objetivo não só prevenir a gravidez na adolescência, mas aumentar habilidades parentais, diminuindo até mesmo a taxa de reincidência de gravidez.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. T. **Maternidade na adolescência: um desafio a ser enfrentado**. Rev. bras. enferm. 2003;56(5):519-22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação de Indicadores da Atenção Básica**. Anexo I. In: \_\_\_\_\_. Circular 312, Portaria nº 2.394 de 19 dez. 2003. Disponível em: <[http://www.fesehf.org.br/circulareshtml2003/circular\\_312.htm](http://www.fesehf.org.br/circulareshtml2003/circular_312.htm)>. Acesso em: 10 mai 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Análise da situação em Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas de Saúde**, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Manual técnico**. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005.

CAMARANO, A.A. **Fecundidade e anticoncepção na população de 15 a 19 anos**. In: CARNEIRO, A.B.A.M.; MATOS, C.M.A.S. Gravidez aos 11 anos de idade. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 9, n.3, p.119-121, 1999.

CARNIEL E. F, ZANOLI M. L, MORCILLO A.M. **Fatores de risco para indicação 14. do parto cesáreo em Campinas (SP)**. Rev. Bras. Ginecol. obstet. 2007;29(1):34-40.

DOMINGUES R.M.S.M. **Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV**. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Ciências na área de Epidemiologia em Saúde Pública]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2011

FERNANDES, R. T. et al . **Tecendo as teias do abandono: além das percepções das mães de bebês prematuros**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, out. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 jun. 2013.

GRAVENA, A. **Idade materna e fatores associados a resultados perinatais**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 26, n. 2, 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 20 jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200005>

KATZ, R. A. **Adolescentes e maternidade: um destino, um problema, uma escolha?** 1999.

149 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de **Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência pré-natal. Manual Técnico.** 3a.ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde,** 1984.27.p. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

MOURA, R. JUNIOR, F. SOCORRO, M. RODRIGUÊS, P. **Caderno de saúde pública,** v.19 n.6. Rio: Rio de Janeiro, 2003.

OLIVEIRA, E. F. V. ; GAMA, S. G. N.; SILVA, COSME M.F. **Passos da Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, mar. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000300014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300014&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 25 jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300014>

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Adolescentes, saúde sexual, saúde reprodutiva: dossiê.** Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004.

RIOS, C. T. F. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Abr 2007, vol.12, no.2, p.477-486. ISSN 1413-8123.

SANTOS G.H.N, Martins M.G, Sousa M.S. **Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer.** Rev. Brás. Ginecol. obstet. 2008;30(5):224-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100008>.

SILVA, J. L. P. e; SURITA, F. G. C. **Gravidez na adolescência: situação atual.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, ago. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000800001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000800001&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 24 maio 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000800001>.

TAVEIRA, A., SANTOS L., ARAÚJO, A.. **Perfil das adolescentes grávidas do município de São Gonçalo do Pará/MG.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, América do Norte, 0, jan. 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/198>. Acesso em: 21 Jun. 2013.

ZAGANELLI, L.F. **Gravidez da adolescente no estado do espírito santo: Aspectos da gestação, parto e repercussões sobre o recém-nascido.** Tese de Doutorado. FMMUMG. 2009.