



Suarez, MBBS; Surita, FGC; Pinto e Silva, JL

Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil.



INTRODUÇÃO

A taxa de fecundidade, no Brasil, vem progressivamente diminuindo. Na adolescência, apesar de poucos dados demográficos, controvérsias e grandes diferenças regionais, também observamos queda da fecundidade em alguns grupos¹. Ainda assim, é preocupante a gravidez em adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IBGE/IPEA), a taxa de fecundidade em adolescentes, em 2006, cresceu em 14% nas classes econômicas mais baixas². Assim, o Brasil, acompanhando o resto do mundo, vivencia um crescimento no percentual de adolescentes grávidas, que passaram a ocupar uma média de até 20% das gestações do país¹.

Dados mais recentes do Ministério da Saúde (MS 2010) mostram que a quantidade de partos em adolescentes caiu 22,4% de 2005 a 2009. Na primeira metade da década passada, a redução foi de 15,6%. De 2000 a 2009, a maior taxa de queda anual ocorreu no ano passado, quando foram realizados 444.056 partos em todo o País (8,9% a menos que em 2008). Em 2005, foram registrados 572.541. Ao longo da década, a redução total foi de 34,6%².

A gestação na adolescência tem sido citada entre os fatores de risco para morte neonatal precoce, laceração vaginal, parto com uso de fórceps³, destacando-se o baixo peso ao nascer (BPN)⁶. No Brasil há variações regionais de 10% a 23,3% de baixo peso entre recém-nascidos de mães com menos de 20 anos⁴.

É difícil saber se o BPN está relacionado com a imaturidade biológica das mães adolescentes⁸, ou a fatores externos (aspectos psicossociais, gestação não planejada, falta de apoio familiar, abandono de escola, patologias clínicas e obstétricas associadas, falta de assistência pré-natal ou início tardio do pré-natal).¹ Assim, a Organização Mundial de Saúde considera que o aspecto biológico não pode ser analisado de maneira isolada, vez que, as condições psicossociais são de igual importância, não existindo, pois, uma causa direta ou determinante independente⁶.

Assim, tendo em vista que o baixo peso ao nascer é mais prevalente entre adolescentes, o presente estudo visa conhecer o tamanho do problema dentro da nossa população, além de identificar o grau de influência dessa relação.

OBJETIVOS

- * Conhecer a frequência de BPN entre adolescentes que tiveram parto no CAISM.
- * Conhecer, nessa população, alguns dos fatores associados a esse evento.
- * Avaliar a relação entre complicações obstétricas e condição patológica materna nessa população e a ocorrência de BPN.
- * Avaliar a relação entre alguns hábitos dessas adolescentes e a ocorrência de BPN.
- * Comparar os resultados perinatais nas adolescentes com ou sem BPN.

SUJEITOS E MÉTODOS

Estudo retrospectivo tipo corte transversal.

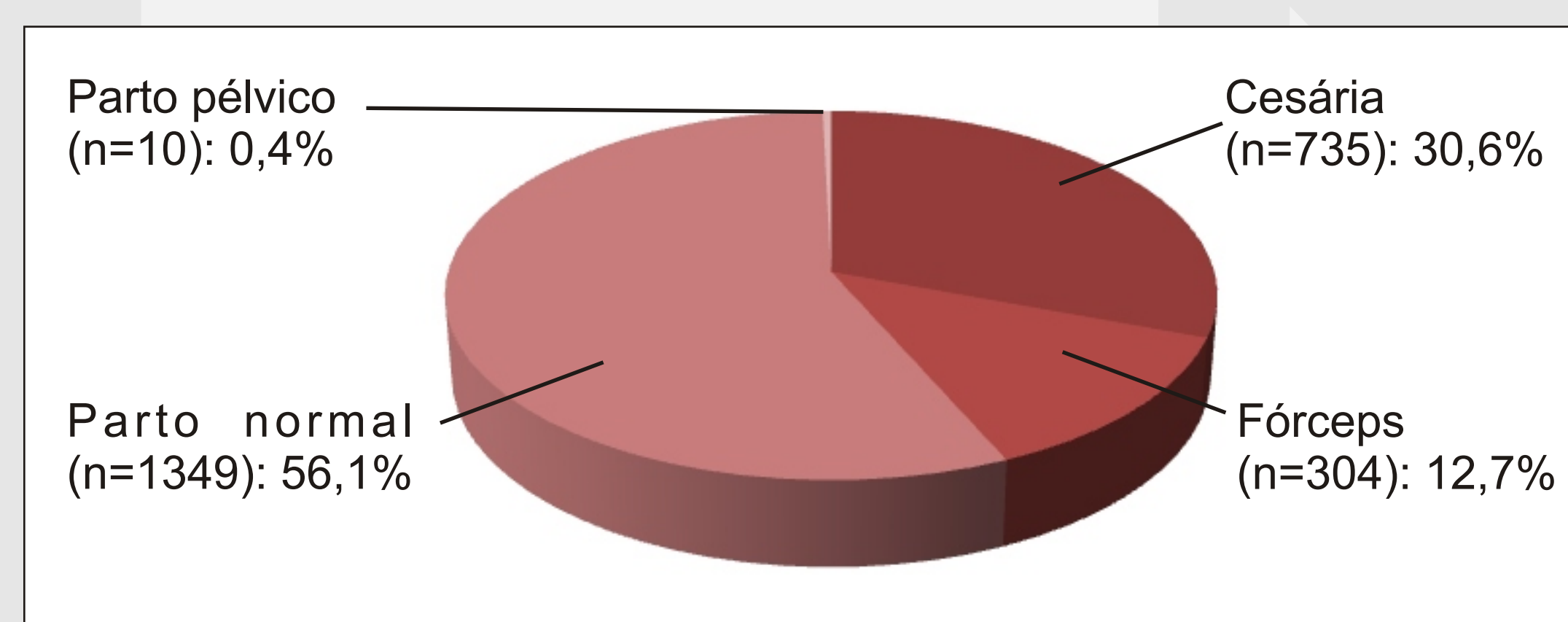
Incluídas adolescentes (10 a 19 anos), com parto no CAISM entre outubro de 1994 e dezembro de 2009. Os dados foram coletados a partir do banco de dados on-line. Análises parciais de frequência e prevalência de algumas variáveis foram realizadas. Posteriormente, trabalhamos na dicotomização do banco de dados para a comparação entre os grupos conforme a presença ou não de BPN.

RESULTADOS

No período estudado ocorreram 24000 partos no CAISM, destes, 2404 foram em 2357 adolescentes, totalizando, 10,02%. A frequência de BPN entre as adolescentes foi de 15,1%. A gestação na adolescência foi recorrente em 47 meninas no período do estudo e ocorreram, nesse grupo, 27 gestações gemelares (1,1%).

Nesse grupo a idade média da menarca e do início da atividade sexual foram respectivamente 12,1 e 14,5 anos. O parto vaginal ocorreu em 70% dos casos (Figura 1).

Figura 1 - Forma de término da gestação nas adolescentes do CAISM/Unicamp.



Posteriormente, foram separados os grupos com e sem BPN para comparação, na tentativa de identificar a população de adolescentes de maior risco para esse evento. Com relação à idade materna, não houve aumento de BPN nas mais jovens. No entanto, apesar de a diferença não ser significativa, ao se comparar o risco relativo (RR) existe aumento do risco nas adolescentes com 14 anos ou menos (Tabela 1).

Tabela 1 - Relação entre BPN e idade materna entre adolescentes.

	PESO				RR (IC 95%)
	< 2500 N = 349		≥ 2500 N = 2041		
IDADE		%		%	0,590
12 a 14	16	4,6	83	4,1	1,13 (0,72 a 1,80)
15 a 19	333	95,4	1958	95,9	1,0

O antecedente de tabagismo materno não influenciou o BPN e quanto às comorbidades, a presença de diabetes e hipertensão durante a gravidez não aumentou o risco de BPN. No entanto, o antecedente materno de lúpus eritematoso sistêmico (LES) foi estatisticamente significativo, apresentando maior risco de BPN, ao compararmos com mães sem tal patologia (Tabela 2).

Tabela 2 - Relação entre condições patológicas maternas e BPN em adolescentes.

	PESO		Valor-p	RR (IC 95%)
	< 2500 N = 349	≥ 2500 N = 2041		
LES	2	0	0,0214*	6,86 (6,16 a 7,65)
Hipertensão	6	20	0,2573* *	1,59 (0,78 a 3,23)
Diabetes	12	63	0,7387* *	1,10 (0,64 a 1,86)

*teste exato de Fisher
**teste de qui-quadrado = 0,11

O antecedente de aborto também se relacionou de forma significativa com a ocorrência de BPN entre adolescentes (Tabela 3).

Tabela 3 - Relação entre o antecedente de aborto e a ocorrência de BPN em adolescentes.

	PESO		Valor-p	RR (IC 95%)
	< 2500 N = 270	≥ 2500 N = 1598		
Abortos			0,0017	
Sim	240	1503		1,0 (1,25 a 2,43)
Não	30	95		

teste de qui-quadrado = 9,87

A forma de término da gestação foi diferente entre os grupos sendo o BPN um fator de risco para a cesariana, como consta da Tabela 4.

Tabela 4 - Forma de término da gestação, em adolescentes, segundo a ocorrência de BPN.

	PESO				RR (IC 95%)
	< 2500 N = 349		≥ 2500 N = 2041		
TÉRMINO		%		%	< 0,0001
Cesária	135	38,7	607	29,7	1,40 (1,15 a 1,71)
Parto vaginal	214	61,3	1434	70,2	1,0

teste de qui-quadrado = 11,13

Os recém-nascidos com baixo peso apresentaram índices de Apgar de 1º e 5º minuto significativamente menores que os RN com peso maior ou igual a 2500g, conforme consta da Tabela 5.

Tabela 5 - Índice de Apgar de 1º e 5º minutos, em adolescentes, conforme a ocorrência de BPN.

	PESO		Valor-p	RR (IC 95%)
	< 2500 N = 337	≥ 2500 N = 2034		
APGAR 1º			< 0,0001	
< = 7	121	321		2,44 (2,01 a 2,98)
> 7	216	1713		1,0

teste de qui-quadrado = 77,19

	PESO		Valor-p	RR (IC 95%)
	< 2500 N = 337	≥ 2500 N = 2034		
APGAR 5º			< 0,0001	
< = 7	49	44		4,27 (3,43 a 5,32)
> 7	288	1990		1,0

teste de qui-quadrado = 122,24

CONCLUSÃO

Nesse período, entre as adolescentes, a frequência de baixo peso ao nascimento (15,1%) foi maior do que o esperado para a população geral, sem que outros fatores que não a própria gestação na adolescência, obtivessem impacto sobre tal dado.

Com a dicotomização dos dados em adolescentes com e sem BPN, pôde-se perceber que, informações como idade menor que 15 anos e co-morbidades como diabetes e hipertensão e o tabagismo, não se associaram com o BPN. Já, os antecedentes de aborto e LES relacionaram-se positivamente com o BPN. A cesariana e o Apgar menor que 7 também foram mais prevalentes entre as adolescentes com BPN.

Assim, mostra-se que o maior risco para BPN é, de fato, a gestação na adolescência, vez que os demais fatores geralmente associados ao BPN não se mostraram significativos entre as adolescentes.

Logo, em se tratando de BPN, evidencia-se a importância de medidas preventivas para a ocorrência de gravidez na faixa etária em questão (uso de preservativo, informação sobre métodos anticoncepcionais e maior acesso, projetos de saúde e prevenção nas escolas, participação da mulher no mercado de trabalho)², vez que o maior fator de risco para tal pode ser a adolescência *per si*.

REFERÊNCIAS

- Pinto e Silva JL, Chinaglia ML. Gravidez na adolescência. In: Neme Obstetria Básica. 2 edição. São Paulo 2000;1196-1201.
- Nkwabong E, Fomulu JN. Adolescent pregnancies and deliveries: problems encountered. Trop Doct. 2009 Jan; 39(1): 9-11.
- Morrell MGG, Melo AV. A Declaração de Nascimento Vivo no Estado de São Paulo: alguns resultados. In: Nascer Aqui - Análise de uma nova fonte de dados sobre os nascimentos. Informe Demográfico nº 29. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), 1995:15-60.
- http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/tabelas/12062003indic2002.shtm. IBGE, 1998.
- Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. WHO Bulletin 1987; 65:663-37.7. Organização Mundial de Saúde. The incidence of low birth weight: a critical review of available information. Hlth Statist Quart 1980; 33:197-44.
- Pinto e Silva JL. Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência. [Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP]. Campinas, 1982.

