

Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro

Repeated pregnancy among adolescents and negative outcomes of the newborn: study in the city of Rio de Janeiro

Resumo

O objetivo do estudo foi estimar a magnitude da gravidez recorrente na adolescência, verificar os fatores associados ao fenômeno e os principais resultados perinatais. Foram selecionadas 1.986 puérperas adolescentes no pós-parto em maternidades do Município do Rio de Janeiro. A análise estatística consistiu em utilizar testes qui-quadrado (χ^2) para testar hipóteses de homogeneidade de proporções. Foram estimadas as associações entre as variáveis pela razão dos produtos cruzados – *Odds Ratio* (OR) e respectivos intervalos de confiança, utilizando-se procedimentos de regressão logística. Verificou-se que 31,4% já haviam experimentado a maternidade anteriormente e os principais fatores associados foram: idade materna entre 16 e 19 anos e paterna superior a 19 anos, a idade de menarca anterior aos 12 anos, a cor da pele da puérpera preta ou parda, a escolaridade inferior à 5ª série do ensino fundamental e a presença do companheiro durante a gestação. O óbito perinatal foi significativamente maior entre grupo de adolescentes com gestações sucessivas. Os resultados obtidos revelam que as adolescentes com gravidez recorrente apresentam piores condições sociodemográficas do que aquelas na primeira gravidez. Os achados indicam a importância das políticas sociais para as mulheres com gravidez recorrente na adolescência.

Palavras-chaves: Gravidez na Adolescência. Multigestação. Óbito Perinatal.

Elaine Fernandes Viellas

Silvana Granado Nogueira da Gama

Mariza Miranda Theme Filha

Maria do Carmo Leal

Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Correspondência: Elaine Fernandes Viellas. Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480, 8º andar. Manguinhos - CEP: 21.041-210 RJ, Brasil. E-mail: elaine.viellas@gmail.com

Abstract

The aim of the study was to evaluate the prevalence of repeated pregnancy among adolescents and identify associated factors and perinatal outcomes. A sample of 1,986 post-partum adolescents was selected from public hospitals in the city of Rio de Janeiro, Brazil. To verify the hypothesis of homogeneity of proportions, chi-square tests (χ^2) were used. Odds ratios and correspondent confidence intervals were estimated. Logistic regression procedures were used. A repeated pregnancy prevalence of 31.4% was identified and the principal associated factors were: maternal age 15-19 years; paternal age >19 years; early menarche; black or brown maternal skin color; schooling < 5 years; living with partner during pregnancy. Perinatal death was significantly higher in the adolescent mothers group with repeated pregnancy. The results showed that the most disadvantaged socioeconomic conditions were found among adolescent mothers with repeated pregnancy in comparison to mothers on their first pregnancy. The findings sustain the relevance of social policies for adolescent mothers with repeated pregnancy.

Keywords: Pregnancy in Adolescence. Repeated Pregnancy. Perinatal Death.

Introdução

Os efeitos adversos de uma gravidez na adolescência são amplamente reconhecidos. No entanto, os prejuízos com a recorrência da gestação neste grupo apenas recentemente vêm recebendo atenção.

A gravidez recorrente na adolescência é, aparentemente, muito frequente no mundo. Stevens-Simon et al.¹, em 2001, realizaram uma pesquisa com mães adolescentes nos Estados Unidos e revelaram que 14% das adolescentes engravidaram no ano subsequente ao primeiro parto e 35% em até dois anos.

Mesmo em serviços especializados para adolescentes, Pfitzner et al.², também nos Estados Unidos, encontraram uma taxa de repetição da gestação igual a 10,6%, recorrendo entre o primeiro e segundo ano após o parto.

No Brasil, em 2006, na Pesquisa Nacional Demografia e Saúde³ foi identificado que 16,2% de adolescentes com idade entre 15 e 19 anos já eram mães e, entre estas, 13,5% tinham dois filhos ou mais.

Persona et al.⁴, ao realizarem uma pesquisa no ambulatório de pré-natal de adolescentes, na UNICAMP, concluíram que a primeira gravidez não é um indicador de prevenção para a ocorrência de outras gestações não planejadas. Os autores identificaram como fatores relacionados à gravidez recorrente na adolescência a ausência de ocupação remunerada da adolescente, a baixa renda familiar e o envolvimento com parceiros mais velhos.

Já um estudo de coorte realizado por Vieira Bruno et al.⁵, com adolescentes grávidas, atendidas e acompanhadas em um serviço de atendimento de adolescentes do Estado do Ceará, verificou que a baixa escolaridade, a mudança de parceiros e uniões não estáveis foram fatores de risco para novas gestações na adolescência. Entretanto, de acordo com os achados da revisão de literatura de Rigsby et al.⁶ a presença do companheiro pode ocasionar o aumento da recorrência da gravidez na adolescência.

No Rio de Janeiro, em 2009, Silva et al.⁷,

ao realizarem um estudo utilizando dados das Declarações de Nascidos Vivos, identificaram que a idade entre 15 e 19 anos e a não realização de pré-natal foram importantes fatores associados com a gravidez recorrente na adolescência.

Em relação aos resultados perinatais, geralmente os estudos apontam que as adolescentes multigestas apresentam maior probabilidade de ter um recém-nascido prematuro do que as primigestas⁸. Quanto ao baixo peso ao nascer e a mortalidade infantil, entre os poucos estudos que investigam a associação das gestações sucessivas com esses desfechos negativos para o recém-nascido, os resultados ainda são conflitantes^{8,9}.

Assim, este trabalho tem por objetivo estimar a magnitude da gravidez recorrente na adolescência e identificar os fatores associados ao fenômeno e as consequências para a saúde do recém-nascido, no Município do Rio de Janeiro.

Método

O trabalho faz parte do “Estudo da Morbimortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro”, desenvolvido com base em uma amostra de puérperas que se hospitalizaram em maternidades do município por ocasião do parto, entre julho de 1999 e março de 2001.

Os estabelecimentos de saúde foram estratificados e agrupados em estratos: 1- municipais e federais; 2- estaduais, militares e filantrópicos conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS); 3- privados. Foi selecionada uma amostra de 10% de parturientes do número previsto de partos hospitalares para cada estrato. O tamanho da amostra em cada estrato foi estabelecido com o objetivo de comparar proporções em amostras iguais no nível de significância de 5% e detectar diferenças de, pelo menos, 3% com poder do teste de 90%, baseando-se na proporção de baixo peso ao nascer.

Ao final da pesquisa foram realizadas 10.072 entrevistas. Considerando os partos múltiplos, o total de nascimentos

correspondeu a 10.186. Os dados foram coletados dos prontuários maternos e dos recém-nascidos, além de entrevistas com as mães no pós-parto imediato, por acadêmicos bolsistas de enfermagem e medicina devidamente treinados e supervisionados pelos coordenadores. As informações foram obtidas mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. No caso de adolescente não emancipada, era solicitada a assinatura do responsável por esta puérpera.

Entre as puérperas elegíveis, 4,5% não foram entrevistadas, sendo os principais motivos a alta precoce da mãe ou sua recusa em participar da pesquisa. Maior detalhamento sobre o projeto de investigação do Estudo da Morbimortalidade e da Atenção Peri e Neonatal pode ser encontrado em Leal et al.¹⁰.

Para o presente estudo foram selecionadas 1.986 mães adolescentes, todas com o campo do questionário “quantas vezes esteve grávida” preenchido. Assim, a variável resposta foi representada pelo número de vezes que a adolescente já esteve grávida, sendo categorizada em 2 níveis distintos – primigesta ou multigesta. Considerou-se como primigesta a puérpera que experimentava pela primeira vez a gravidez. Quando havia registro de pelo menos uma gestação anterior a adolescente foi classificada como multigesta.

Também foram analisadas as variáveis idade materna - definida como idade da mãe em anos completos na época do parto, categorizada em grupos de adolescentes com idade inferior a 16 anos e, adolescentes com idade de 16 a 19 anos; idade paterna - dividida em grupos com idade até 19 anos e ≥ 20 anos¹¹. A idade de menarca foi categorizada em < 12 anos e ≥ 12 anos¹². A cor da pele da mãe foi a referida pela puérpera segundo as categorias branca, amarela, preta e parda; e a escolaridade, em anos de estudo e posteriormente agrupada em duas categorias ($\leq 4^a$ série do ensino fundamental (EF) ou $> 4^a$ série do ensino fundamental (EF)) nos modelos de regressão logística.

O trabalho materno remunerado; a

presença de um companheiro durante a gestação; perceber a satisfação e apoio do pai do bebê com a gestação atual; o desejo materno em engravidar e a tentativa de interromper essa gestação foram classificadas de forma binária (sim e não).

As questões relacionadas ao fumo, à ingestão de bebidas alcoólicas e ao uso de drogas ilícitas foram referentes a qualquer consumo durante a gravidez atual. Da mesma forma, a exposição à agressão física estava relacionada apenas com a última gravidez.

A assistência pré-natal foi analisada a partir de um escore de adequação de utilização do pré-natal - o índice de Kotelchuck, adaptado por Leal et al.¹³, no qual é avaliado o número de consultas de pré-natal baseado no mês de seu início e na proporção de consultas observadas sobre o número de consultas esperadas, de acordo com a idade gestacional no nascimento. As mulheres que não fizeram pré-natal são identificadas como grupo 1; no grupo 2, o pré-natal é classificado como inadequado; o grupo 3 como intermediário; o grupo 4 é considerado adequado; e o grupo 5, mais que adequado. Na assistência ao parto foi verificado o tipo de parto realizado.

Por fim, as condições de saúde dos recém-nascidos foram representadas pelo peso ao nascer ($< 2500\text{g}$ e $\geq 2500\text{g}$), pela idade gestacional (< 37 e ≥ 37 semanas) e óbito perinatal (óbito ocorrido a partir da 22ª semana completa de gestação e/ou feto com peso $\geq 500\text{g}$ até 7 dias de vida do recém-nascido).

Ressalta-se que para a idade gestacional foi priorizada a informação pela data da última menstruação e, quando não se dispunha dessa, foi usada a idade gestacional estimada pela ultrassonografia. Na ausência de ambas, utilizou-se informação fornecida pela mãe. Os dados sobre mortalidade infantil foram coletados a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Foi realizado um *linkage* entre o banco de nascidos vivos dessa amostra e os óbitos infantis ocorridos no Município do Rio de Janeiro, no período de junho de 1999 a março de 2002. O procedimento completo

está descrito em Pereira et al.¹⁴ A definição para o óbito foi a descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)¹⁵.

Foram conduzidas análises bivariadas para testar a heterogeneidade de proporções entre os grupos de adolescentes primigestas e multigestas. Procedimentos multivariados foram utilizados para buscar associação entre o número de gestações e as demais variáveis que poderiam predizer as gestações sucessivas na adolescência. Foram estimadas as razões de produtos cruzados *odds ratio* (OR) brutos e ajustados e os respectivos intervalos de confiança. Nessa etapa, valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. A análise estatística foi realizada usando-se o software SPSS versão 17.0.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Protocolo de Pesquisa CEP/ENSP – Nº 226/09 – CAAE: 0240.0.031.000-9).

Resultados

Do total de 1986 adolescentes, 31,4% apresentaram histórico de gestação anterior. Destaca-se que, aos 14 anos, dois casos de gravidez recorrente foram identificados. No entanto, aos quinze anos, 12,3% delas já haviam engravidado anteriormente, observando-se um aumento gradativo deste percentual conforme aumento da idade da adolescente (Tabela 1).

Foi identificada heterogeneidade de proporções entre os grupos de adolescentes primigestas e multigestas para a maioria das variáveis estudadas, conforme descrito na Tabela 2. As frequências de dados ignorados foram heterogêneas entre as variáveis; entretanto, o maior valor de perda da informação se deu sobre a idade gestacional e, conseqüentemente, da qualidade do pré-natal (índice de Kotelchuck), que utiliza a idade gestacional em seu cálculo. Mesmo assim, a perda foi menor que 7%. O principal motivo dos dados ignorados foi a dificuldade de a puérpera fornecer a informação.

Tabela 1 - Frequência de gestações segundo a idade de puérperas adolescentes atendidas em maternidades do Município do Rio de Janeiro.

Table 1 - Frequency of pregnancy by age of adolescent mothers seen at maternity hospitals in the city of Rio de Janeiro.

Número de Gestações	Idade da Adolescente (anos)								Total
	12	13	14	15	16	17	18	19	
Primigesta	1 100,0%	12 100,0%	60 96,8%	136 87,7%	226 82,2%	302 71,7%	324 62,5%	301 55,5%	1362 68,6%
Multigesta	0 0,0%	0 0,0%	2 3,2%	19 12,3%	49 17,8%	119 28,3%	194 37,5%	241 44,5%	624 31,4%

Observou-se que, em relação às características socioeconômicas e demográficas, no grupo de adolescentes multigestas houve predomínio de puérperas com mais de 15 anos de idade, cujo pai do bebê possuía mais de 19 anos. A idade da menarca ocorreu mais cedo do que no grupo de primigestas, ocorrendo, em média, antes dos 12 anos de idade. As multigestas também relataram mais cor da pele preta e parda e apresentaram menor nível de escolaridade do que as adolescentes primigestas.

Em relação à situação conjugal e às variáveis psicossociais, verificou-se que a maioria das puérperas tinha companheiro, principalmente aquelas com mais de uma gestação. No entanto, a satisfação do pai do bebê com a gestação atual foi menor no grupo de adolescentes multigestas. Do mesmo modo, as multigestas foram as que mais tentaram interromper a gestação atual.

Além disso, as adolescentes com gravidez recorrente apresentaram maior frequência em relação ao hábito de fumar e à ingestão de bebidas alcoólicas durante a gestação, comparadas com as adolescentes com a primeira experiência de gravidez.

Quanto ao escore de adequação do pré-natal, foi possível verificar que as puérperas multigestas foram as que apresentaram perfil mais desfavorável. A maioria apresentou pré-natal inadequado e um total de 10,6% não chegou a receber qualquer consulta de pré-natal. A frequência de partos por cesarianas foi elevada em ambos os grupos, verificando-se, no entanto, menor percentual entre aquelas com gravidez recorrente.

E, por fim, também foi maior nas adolescentes com gestação recorrente a frequência de desfechos negativos nos conceitos, exceto para o baixo peso ao nascer, conforme os dados apresentados na Tabela 3.

Do conjunto de variáveis estudadas, seis foram incluídas no modelo de regressão logística, identificando-se como preditores da gravidez recorrente na adolescência a idade materna entre 16 e 19 anos e paterna igual ou superior a 20 anos, a idade de menarca anterior aos 12 anos, cor da pele preta/parda da puérpera, escolaridade igual ou inferior a 5ª série do ensino fundamental e a presença do companheiro durante a gestação (Tabela 4).

Em relação aos desfechos para o recém-nascido, o maior nível de escolaridade materna e o fato da adolescente ter um companheiro surgiram como fatores associados à proteção de nascimentos de bebês prematuros (Tabela 5).

Por outro lado, a gravidez recorrente na adolescência e a cor da pele preta/parda estão associados aos óbitos de recém-nascido no período perinatal. Observou-se que os filhos de adolescentes com gestações sucessivas têm duas vezes a chance dos filhos de adolescentes primigestas de morrer no período perinatal (Tabela 5).

Discussão

A precocidade da gestação na adolescência ficou evidente com a identificação de puérperas com 12 anos de idade e a recorrência de gravidez a partir dos 15 anos, alcançando a magnitude de 31,4%.

Tabela 2 - Características de puérperas adolescentes segundo o número de gestações atendidas em maternidades do Município do Rio de Janeiro.

Table 2 - Characteristics of adolescent mothers according to the number of pregnancies seen at hospitals in the city of Rio de Janeiro.

Variável	Total	Nº de Gestações		P _{valor}
	N	Primigesta n(%) N = 1362	Multigesta n(%) N = 624	
Faixa etária da mãe				
12-15 anos	230	209 (15,3)	21 (3,4)	< 0,01
16 anos e mais	1756	1153 (84,7)	603 (96,6)	
Faixa etária do pai				
15-19 anos	512	419 (31,3)	93 (15,3)	< 0,01
20 anos e mais	1433	919 (68,7)	514 (84,7)	
Idade da menarca				
< 12 anos	545	355 (27,7)	190 (32,2)	0,05
≥ 12 anos	1326	926 (72,3)	400 (67,8)	
Raça/Cor da pele				
branca/amarela	879	650 (48,0)	229 (36,9)	< 0,01
preta/parda	1096	705 (52,0)	391 (63,1)	
Escolaridade materna				
0-3 anos	184	103 (7,6)	81 (13,0)	< 0,01
4-7 anos	969	591 (43,5)	378 (60,6)	
8-10 anos	670	532 (39,2)	138 (22,1)	
11-12 anos	158	131 (9,7)	27 (4,3)	
Trabalho remunerado				
sim	225	145 (10,6)	80 (12,8)	0,16
Tem companheiro				
sim	1283	836 (61,4)	447 (71,6)	< 0,01
Satisfação do pai				
sim	1731	1205 (90,3)	526 (85,7)	< 0,01
Apoio do pai				
sim	1680	1152 (84,7)	528 (85,0)	0,855
Desejo da mãe				
sim	700	502 (34,0%)	5	0,03
Tentou interromper				
sim	177	102 (7,5)	75 (12,1)	< 0,01
Agressão física (atual)				
sim	107	68 (5,0)	39 (6,3)	0,25
Fumou na gestação atual				
sim	218	112 (8,2)	106 (17,0)	< 0,01
Bebeu na gestação atual				
sim	334	210 (15,4)	124 (19,9)	0,01
Droga na gestação atual				
sim	16	9 (0,7)	7 (1,1)	0,29
Kotelchuck modificado				
Não fez	96	35 (2,8)	61 (10,6)	< 0,01
Inadequado	727	473 (37,2)	254 (43,9)	
Intermediário	664	482 (37,9)	182 (31,5)	
Adequado	298	231 (18,2)	67 (11,6)	
Mais que adequado	65	51 (4,0)	14 (2,4)	
Tipo de parto				
Normal / fórceps	1420	951 (69,9)	469 (75,5)	0,01
Cesáreo	562	410 (30,1)	152 (24,5)	

Tabela 3 – Perfil das condições de saúde dos recém-nascidos segundo o número de gestações de puérperas adolescentes atendidas em maternidades do Município do Rio de Janeiro.

Table 3 - Health profile of newborns according to the number of pregnancies of adolescent mothers seen at maternity wards in the city of Rio de Janeiro.

Variável	Total	Nº de gestações		P _{valor}
	N	Primigesta n (%) N = 1362	Multigesta n (%) N = 624	
Idade gestacional < 37sem				
Sim	304	197 (15,2)	107 (18,9)	0,04
Peso ao nascer < 2500g				
Sim	216	150 (11,3)	66 (11,1)	0,87
Óbito perinatal				
Sim	39	21 (1,5)	18 (2,9)	0,04

Tabela 4 – Resultados da regressão logística, simples e múltipla, tendo como variável resposta a gravidez recorrente na adolescência.

Table 4 - Results of simple and multiple logistic regression with recurring teenage pregnancy as the response variable.

Variável	Gravidez Recorrente na Adolescência			
	OR bruto	IC 95%	OR ajustado	IC 95%
Idade materna > 15 anos	5,21	3,28-8,24	5,77	3,45-9,65
Idade paterna > 19 anos	2,52	1,96-3,23	2,37	1,80-3,12
Menarca precoce (< 12 anos)	1,24	1,01-1,53	1,42	1,13-1,79
Cor da pele preta/parda	1,57	1,30-1,91	1,54	1,24-1,91
Escolaridade > 4ª série EF	0,46	0,36-0,57	0,35	0,27-0,46
Ter companheiro	1,59	1,29-1,95	1,47	1,16-1,85

Pesquisa realizada por Silva et al.⁷ no Município do Rio de Janeiro, encontrou prevalência semelhante de gravidez recorrente na adolescência, revelando que 29,1% dos partos eram de adolescentes que possuíam dois ou mais filhos.

De acordo com o estudo realizado por Rosa et al.¹⁶, o percentual é bastante elevado, pois em revisão da literatura sobre a ocorrência de gestações sucessivas na adolescência concluíram que nas regiões Sul e Sudeste do Brasil os percentuais variam de 5,2% a 16,0%, enquanto nas regiões do Norte e Nordeste chegam a atingir 46,2%.

Sobre o perfil das adolescentes em repetição da gravidez, Persona et al.⁴, em estudo realizado no CAISM/UNICAMP, identificaram que a primeira gravidez havia

acontecido em torno dos 15 anos de idade - dado corroborado pela revisão de literatura de Rigsby et al.⁶, destacando-se inclusive associação entre a repetição da gravidez, maior número de filhos e a idade da primeira gravidez, que por sua vez está relacionada com o início precoce da atividade sexual. Para Rosa et al.¹⁶, quanto antes ocorre uma primeira gravidez, maior a chance de uma segunda ainda na adolescência.

Dentre os demais achados do presente estudo, cabe destacar a importância do baixo nível de escolaridade da adolescente, da união conjugal geralmente com companheiro mais velho, e da idade da menarca para a recorrência da gravidez na adolescência e agravamento da situação de desvantagem social.

Tabela 5 – Resultados da regressão logística, simples e múltipla, tendo como variáveis respostas os desfechos no recém-nascido: nascimento pré-termo e óbito perinatal.

Table 5 - Results of single and multiple logistic regressions with the following newborn outcomes as response variables: preterm birth and perinatal death.

Variável	OR bruto	IC 95%	OR ajustado	IC 95%
→ Desfecho:				
<i>PREMATURIDADE</i>				
Gravidez recorrente	1,30	1,01-1,69	1,19	0,89-1,60
Idade materna > 15 anos	1,00	0,68-1,47	1,15	0,75-1,77
Idade paterna > 19 anos	0,84	0,64-1,11	0,86	0,64-1,16
Menarca precoce (< 12 anos)	1,06	0,81-1,40	1,10	0,82-1,46
Cor da pele preta/parda	1,12	0,87-1,43	1,11	0,85-1,45
Escolaridade > 4ª série EF	0,52	0,39-0,70	0,49	0,36-0,68
Ter companheiro	0,74	0,58-0,96	0,73	0,56-0,96
→ Desfecho:				
<i>ÓBITO PERINATAL</i>				
Gravidez recorrente	1,90	1,01-3,59	2,24	1,09-4,63
Idade materna > 15 anos	0,59	0,26-1,36	0,83	0,32-2,48
Idade paterna > 19 anos	0,48	0,25-0,93	0,51	0,26-1,10
Menarca precoce (< 12 anos)	0,99	0,48-2,01	1,00	0,48-2,07
Cor da pele preta/parda	2,63	1,24-5,58	3,08	1,34-7,11
Escolaridade > 4ª série EF	0,77	0,36-1,65	0,83	0,38-1,82
Ter companheiro	0,51	0,27-0,97	0,52	0,27-1,02

Estudos apontam que viver com um companheiro pode ser prejudicial ao desempenho escolar da adolescente, uma vez que ela tende a interromper os estudos para se dedicar ao papel de mãe e dona de casa^{17,18}.

Magalhães¹⁷, estudando adolescentes com gravidez recorrente em uma maternidade da cidade do Rio de Janeiro, observou que, na ausência de planos para o futuro e de projetos profissionais qualificados, constituir família torna-se o projeto prioritário para as adolescentes. Sousa e Gomes¹⁸, no Piauí, concluíram que abandonando os estudos, as adolescentes reduzem também suas chances de qualificação profissional, prejudicando assim o seu potencial produtivo.

Apesar de não ter sido estatisticamente significativa a relação entre o maior número de gestações e o trabalho remunerado, vale comentar o estudo de Sousa-Mata et al.¹⁹, realizado com adolescentes multigestas no Rio Grande do Norte, que revelou que, associado aos poucos anos de estudo, a adolescente multigesta também não trabalha,

sendo o companheiro o responsável por prover a família financeiramente.

Contribuindo para este panorama, a idade da menarca, além de ser um indicador de maturação biológica, também reflete as mudanças no padrão socioeconômico das adolescentes. A precocidade da idade da menarca acaba levando a adolescente a ingressar cada vez mais cedo nos relacionamentos sexuais, aumentando também sua chance de recorrência da gravidez ainda nessa fase da vida.

Mesmo sendo a gravidez na adolescência um evento relacionado a vários fatores, é a questão da desigualdade social que mais preocupa. Tal situação faz com que as adolescentes pertencentes às camadas mais pobres priorizem o desejo de constituir família em seus projetos de vida, em detrimento a construção de planos profissionais, favorecendo a gravidez precoce e a recorrência da gravidez na adolescência¹⁷⁻¹⁹.

Observou-se também que este quadro de desvantagem social acaba refletindo em importantes desfechos da gravidez, com maior chance de resultados negativos para

os filhos de adolescentes com gestações sucessivas.

Cabe destacar a associação da gravidez recorrente e os óbitos perinatais. Os achados revelaram que os filhos de adolescentes multigestas têm o dobro da chance de morrer no período perinatal em relação aos filhos de adolescentes primigestas.

A redução da mortalidade perinatal ainda se constitui em um desafio para a saúde materno-infantil, por estar relacionada a uma complexa interação de fatores determinantes. Aquino et al.²⁰, ao focar os fatores de risco para o óbito perinatal, verificaram que a prematuridade e o baixo peso ao nascer representam os fatores biológicos que mais influenciam os óbitos perinatais.

Dentre os estudos nacionais, destaca-se o de Silva et al., no Rio de Janeiro⁷, que identificaram que o baixo peso ao nascer pode estar associado negativamente à recorrência da maternidade (RP = 0,69). Já a prematuridade não apresentou associação estatisticamente significativa com a paridade sucessiva.

De acordo com o estudo de Pereira et al.¹⁴, desenvolvido no Município do Rio de Janeiro, nos recém-nascidos com peso > 1500g, as afecções do período perinatal corresponderam a 60% dos óbitos e para aqueles com peso < 1500g essa proporção foi de 94%. Além desses, também estão relacionados aos óbitos perinatais a precária assistência pré-natal e o pior nível de escolaridade materna^{20,21}.

Gama et al.²², em estudo realizado com uma amostra de nascimentos provenientes do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC/RJ), verificaram que o baixo peso ao nascer em filhos de mães adolescentes permaneceu expressivo, mesmo quando controlado pelo grau de instrução da mãe. Os autores sugerem que outros fatores, como nutrição inadequada e estilo de vida, estão provavelmente contribuindo para o baixo peso ao nascer dos filhos de mães adolescentes no Município do Rio de Janeiro.

Salgado et al.²³ acrescentam ainda que o baixo peso ao nascer representa um fator de risco para a morbimortalidade também na

vida adulta, ocasionando doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as cardiovasculares. Postula-se que o comprometimento do crescimento intrauterino seria determinante do crescimento pós-natal e da manifestação de fatores de risco para essas doenças; e outros como sedentarismo, obesidade, dieta inadequada, hábito de fumar, condição socioeconômica precária, por exemplo, acentuariam essa predisposição.

A prematuridade e o baixo peso ao nascer ainda representam um desafio para a saúde pública nos países em desenvolvimento. Identificar fatores associados à ocorrência desses eventos possibilita a adoção de medidas preventivas e curativas adequadas.

Mesmo que no presente estudo não tenha sido encontrada associação estatisticamente significativa entre a prematuridade e o baixo peso ao nascer com a recorrência da gravidez na adolescência, é importante ressaltar que intervenções específicas devem ser realizadas para melhorar o peso de nascimento no Brasil. A identificação precoce de inadequação no estado nutricional das gestantes, por exemplo, contribui para a intervenção oportuna resultando em um impacto positivo nas condições de nascimento da criança e minimizando as taxas de mortalidade perinatal e neonatal²⁴.

Os resultados do presente estudo revelam aspectos que devem ser considerados na formulação de uma agenda política para os direitos sociais e a saúde das adolescentes e seus filhos. Ressalta-se a importância de se oferecer programas voltados à orientação das jovens mães e pais, uma vez que mais de 60% das adolescentes no pós-parto imediato declararam não ter desejado a gravidez. O programa de planejamento familiar multiprofissional teria um efeito fundamental na opção do melhor momento de ser mãe. Também o pré-natal deve ser visto com uma oportunidade de orientação para prevenir uma gravidez recorrente não planejada.

Sabroza et al.²⁵ afirmam que a precocidade do início das atividades sexuais, aliada à desinformação quanto ao uso adequado de contraceptivos e à deficiência de programas

de assistência ao adolescente, são alguns dos fatores responsáveis pelo aumento da gravidez na adolescência.

Observou-se que apenas 11,6% das adolescentes que já haviam vivenciado a experiência de ter pelo uma gravidez anterior realizaram o pré-natal de forma adequada. A perda dessas “oportunidades” reflete diretamente na saúde da adolescente, não conseguindo prevenir uma nova gestação em curto prazo.

O serviço de saúde deve estar atento a tal situação e encaminhar a gestante ao pré-natal o mais precocemente possível, cuidando da sua adesão até o final. Além disso, é importante garantir o acesso das adolescentes aos serviços de planejamento familiar e reprodutivo logo após o nascimento do primeiro filho, assim como a elaboração de um projeto de vida, com reinserção da adolescente no sistema escolar e auxílio para qualificação profissional, a formação de adolescentes multiplicadores e programas de renda e creches comunitárias²⁶. O envolvimento dos familiares, professores e profissionais de saúde é essencial para auxiliar o adolescente a desenvolver e praticar uma postura mais crítica, consciente e responsável no exercício da sua sexualidade^{7,27,28}.

De acordo com um estudo desenvolvido pelo grupo ECOS – Comunicação e Sexualidade, de São Paulo²⁹, em 5 capitais brasileiras, a escola deve ser entendida como um espaço privilegiado para se discutir questões relacionadas à sexualidade, relações interpessoais e de gênero, devendo ser introduzidas desde o ensino básico, não sendo contempladas apenas como temas transversais nas diferentes disciplinas.

No entanto, ressalta-se que o cenário não pode ser descontextualizado da atual situação do atendimento materno-infantil no

Rio de Janeiro, especialmente em situações de risco. O modelo médico ainda apresenta importantes entraves, com pouca articulação com outras práticas de saúde e outros setores. Além disso, o acesso aos serviços de saúde é dificultado, a rede assistencial continua fragmentada e as maternidades superlotadas.

Diante da relevância do tema e da constatação do elevado número de repetição de gestações entre adolescentes em nosso meio, justifica-se a importância dessa investigação a partir de uma amostra representativa de nascimentos do Município do Rio de Janeiro, apesar das limitações inerentes aos estudos do tipo transversal e a época em que o estudo foi realizado. Os achados possibilitam um maior conhecimento e maior subsídio para as intervenções.

Os autores reconhecem ser grande o intervalo entre a coleta de dados e sua análise, mas acreditam que, apesar da queda da magnitude da gravidez na adolescência no Município do Rio de Janeiro, essa não foi suficiente para evitar a recorrência de gravidez e nem parecem ter sido modificados os fatores explicativos dessa recorrência e de sua consequência para a mãe e seu conceito.

Apesar da queda observada na taxa de fecundidade, a gravidez na adolescência ainda é problema considerável para o Rio de Janeiro, pois, do total de partos atendidos no SUS em 2007, 23 mil continuavam sendo de mães com idade entre 15 e 19 anos; e os diferenciais socioeconômicos continuam a ser vivenciados nesse movimento descendente³⁰. Além disso, reforçamos o achado do estudo de Silva et al.⁷, que também mostrou uma prevalência de gravidez recorrente entre adolescentes para o Rio de Janeiro acima da média encontrada para a região sudeste¹⁶.

Referências

1. Stevens-Simon C, Kelly L, Kulick R. A village would be nice but... it takes a long acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancies. *Am J Prev Med* 2001; 21(1): 60-5.
2. Pfitzner MA, Hoff C, McElligott K. Predictors of repeat pregnancy in a program for pregnant teens. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16: 77-81.
3. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS*. Brasil; 2006.
4. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev Latino-Am Enferm* 2004; 12: 745-50.
5. Bruno ZV, Feitosa FEL, Silveira KP, Moraes IQ, Bezerra MF. Reincidência de gravidez em adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009; 31(10): 480-4.
6. Rigsby DC, Macones GA, Driscoll DA. Risk factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1998; 11(3): 115-26.
7. Silva KS, Bonan C, Chuva VCC, Costa SF, Gomes MASM. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(5): 2485-93.
8. Blanckson ML, Cliver SP, Goldenberg R, Hickey C, Jin J, Dubard MB. Health behavior and outcomes in sequential pregnancies of black and white adolescent. *JAMA* 1993; 269(11): 1140-3.
9. Sweeney PJ. A comparison of low birth weight, perinatal mortality, and infant mortality between first and second births to 17 years old and younger. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160(6): 1361-7; discussion 1367-70.
10. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Porto Brasil CL et al. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(S1): 20-33.
11. Phipps MG, Sowers M. Defining early adolescent childbearing. *Am J Public Health* 2002; 92(1): 125-8.
12. Brasil. Ministério da Saúde. “Orientações para o atendimento à saúde do adolescente”. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/prancha_feminino_14102009.pdf. [Acessado em novembro de 2010]
13. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(S1): 63-72.
14. Pereira APE, Gama SGN, Leal MC. Mortalidade infantil em uma amostra de nascimentos do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001: “linkage” com o Sistema de Informação de Mortalidade. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7: 83-8.
15. Organização Mundial de Saúde. *CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 5ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.
16. Rosa AJ, Reis AOA, Tanaka AC d’A. Gestações sucessivas na adolescência. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2007; 17: 165-72.
17. Magalhães R. Gravidez recorrente na adolescência: o caso de uma maternidade pública. *Adolescência e Saúde* 2007; 4(1): 23-32.
18. Sousa MCR, Gomes KRO. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. *Cad Saúde Pública* 2001; 25: 645-54.
19. Sousa-Mata AN, Araújo-Lemos C, Lira-Ferreira C, Pereira-Braga L, Chaves-Maia E. Fatores de risco na repetição de gravidez na adolescência. *Revista Colombiana de Psicologia* 2009 18(2): 167-75.
20. Aquino TA, Sarinho SW, Guimarães MJB. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife – 2003. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007; 16(2):132-5.
21. Gama SGN, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Branco VC, Leal MC. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(S1): 101-11.
22. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1): 74-80.
23. Salgado CM, Jardim PCBV, Teles FBG, Nunes MC. Baixo Peso ao Nascer como Marcador de Alterações na Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2009; 92(2): 113-21.
24. Saunders CC, Bessa MTA. A assistência nutricional pré-natal. In: Accioly EF, Saunders CC; Lacerda EMA. *Nutrição em obstetricia e pediatria*. 3a impressão revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p. 121-44.
25. Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999-2001. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(S1): 112-20.

26. Lansky S, França E, César CC; Monteiro Neto LC, Leal MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(1): 117-30.
27. Ruzany MH & Szwarcwald CL. Oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente: resultados do estudo-piloto. *Adolesc Latinoam* 2000; 2: 26-35.
28. Berlofi LM, Alkmin ELC, Barbieri M, Guazzelli CAF, Araújo FF. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(2): 196-200.
29. ECOS. *Comunicação em Saúde. Gravidez de Adolescentes entre 10 e 14 anos e Vulnerabilidade Social*. São Paulo; 2004.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do Adolescente e do Jovem. *A gravidez na adolescência está em queda*. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33728&janela=1 [Acessado em janeiro de 2011].

Recebido em: 23/08/11

Versão final apresentada em: 14/03/12

Aprovado em: 08/05/12