

Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda

Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income post-partum women

Silvana Granado Nogueira da Gama ¹

Célia Landmann Szwarcwald ²

Maria do Carmo Leal ¹

¹ Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.

granado@ensp.fiocruz.br

² Departamento de Informações em Saúde, Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4365, Rio de Janeiro, RJ 21045-900, Brasil.

Abstract This paper compares socioeconomic characteristics, prenatal care, and life styles of three groups of post-partum women, one consisting of adolescents (< 20 years) and the other two of women 20-34 years old, classified according to their history of pregnancy during adolescence. A sample of 3,508 post-partum women was selected from public hospitals in the city of Rio de Janeiro, Brazil, and interviewed just after childbirth. To verify the hypothesis of homogeneity of proportions, chi-square tests (χ^2) were used. Comparing the three groups, the most adverse conditions were found among the 20-34-year-old mothers with a history of pregnancy during adolescence. These women have the least schooling, the highest rates of smoking and use of illegal drugs during pregnancy, and the fewest prenatal appointments. According to this study, prenatal care proved to be an effective compensatory policy for the prevention of prematurity and low birth weight, especially among adolescent mothers.

Key words Pregnancy in Adolescence; Low Birth Weight Infant; Maternal and Child Health; Life Style

Resumo Este trabalho tem como objetivo comparar as características sócio-econômicas, a assistência pré-natal e o estilo de vida de três grupos de puérperas, um composto por adolescentes (< 20 anos) e os demais por mulheres de 20-34 anos, categorizadas segundo experiência (ou não) de gravidez na adolescência. Foram entrevistadas 3.508 puérperas no pós-parto em maternidades municipais e federais do Município do Rio de Janeiro. A análise estatística consistiu em utilizar testes qui-quadrado (χ^2) para testar hipóteses de homogeneidade de proporções. Ao comparar os três grupos, observou-se uma situação mais desfavorável entre as mães de 20-34 anos com história de gravidez na adolescência. Estas têm pior nível de instrução, mostram com maior frequência hábitos de fumo e uso de drogas ilícitas durante a gestação e apresentam menor número de consultas de atendimento pré-natal. A assistência pré-natal se apresentou neste estudo como uma política compensatória eficiente para a prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer, sobretudo entre as puérperas adolescentes.

Palavras-chave Gravidez na Adolescência; Baixo Peso ao Nascer; Saúde Materno Infantil; Estilo de Vida

Introdução

A desigualdade social e econômica tem sido apontada como um importante fator de diferenciação das condições de saúde da população (Marmot et al., 1987; Szwarcowald, et al., 1999). Indicadores como a escolaridade, a renda e o local de moradia determinam tanto o acesso, quanto a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde.

Na área materno-infantil, os diferenciais são bem marcantes. Desde a gestação, o atendimento médico reproduz as iniquidades sociais, que permanecem no momento do parto e do puerpério, e na atenção à saúde na infância. Victora et al. (1989), em estudo longitudinal realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, encontraram que as crianças pertencentes às famílias mais pobres apresentam menor peso ao nascer, têm maior frequência de internações no primeiro ano de vida, têm estatura inferior e recebem assistência médica de pior qualidade. No Brasil como um todo, as disparidades sócio-econômicas se refletem nas taxas de mortalidade neonatal e infantil.

Quando a gestação ocorre na adolescência o problema se potencializa. A situação de pobreza se soma a falta de estrutura emocional da jovem grávida, que muitas vezes não conta com o apoio do pai da criança e/ou da própria família.

A adolescência é uma etapa da vida caracterizada por um complexo processo de desenvolvimento biológico, psicológico e social. Além disso, um conjunto de experiências marca a vida do adolescente: o desenvolvimento do autoconhecimento que dá origem aos sentimentos de auto-estima e de questionamento dos valores dos pais e dos adultos em geral; os impulsos sexuais ganham uma expressão mais efetiva em função da maturação física, e a percepção do início da potencialidade de procriação (Ruzany, 2000). Entretanto, esse processo se dá de forma diferenciada de acordo com a história de vida de cada adolescente e do grupo sócio-econômico em que está inserido (Kahhale, 1998).

Com o movimento de liberação sexual, intensificado a partir da década de 60, o início das relações sexuais se tornou cada vez mais precoce. No entanto, o debate acerca da sexualidade dentro das famílias e das escolas não acompanhou as mudanças (Committee on Adolescence, 1989). Concomitantemente, pôde-se perceber o aumento da frequência da gravidez na adolescência, fenômeno que vem sendo observado em diversos países.

No Brasil, as taxas de fecundidade neste grupo etário vêm crescendo nos últimos anos,

especialmente nas camadas mais pobres da população. A taxa de fecundidade no Brasil em mulheres de 15-19 anos, entre 1986 e 1991, chegou a ser 40% maior nas mulheres cujas famílias apresentavam renda de até um salário mínimo, comparadas às de renda familiar acima de dez salários mínimos. Na Região Sudeste, a disparidade era ainda maior, chegando a ser de 52% a diferença entre as taxas de fecundidade nos grupos extremos de renda (Camarano, 1998). No Município do Rio de Janeiro foi também evidenciado aumento das taxas de fecundidade em adolescentes, sobretudo entre as meninas de 10 a 14 anos (Gama et al., 2001).

Subordinado ao propósito de estudar os agravos da gravidez na adolescência, este trabalho tem como objetivo comparar as características sócio-econômicas, a assistência pré-natal e o estilo de vida de três grupos de puérperas. O primeiro composto por adolescentes (< 20 anos de idade) e os demais constituídos por mulheres na faixa etária de 20-34 anos, sendo um deles compostos por mães com experiência de gravidez na adolescência e o outro não. As puérperas entrevistadas foram atendidas em maternidades municipais e federais do Município do Rio de Janeiro.

Material e método

Este estudo dá continuidade a um trabalho anterior realizado com dados secundários do Sistema de Informação de Nascimentos (SINASC) – Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998, no qual foi identificado maior risco de baixo peso ao nascer em filhos de mães adolescentes (Gama et al., 2001). Trata-se de um subprojeto do *Estudo da Morbi-mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro, 1999-2000* desenvolvido com base em uma amostra de puérperas que se hospitalizaram em maternidades localizadas no município, por ocasião do parto.

O plano amostral do projeto principal teve como unidades de sorteio os estabelecimentos de saúde que foram estratificados segundo o risco de nascimento de bebês com peso inferior a 2.500g (baixo peso ao nascer). Foram formados três estratos de maternidades: (1) estabelecimentos municipais e federais; (2) estabelecimentos, militares, estaduais, filantrópicos universitários e privados conveniados com o SUS; e (3) estabelecimentos privados.

Dentro de cada estrato foi realizada uma amostragem em dois estágios. O primeiro estágio constituiu em selecionar uma amostra dos estabelecimentos de saúde e o segundo, em se-

lecionar puérperas em cada estabelecimento amostrado.

No estrato 1, foram considerados todos os estabelecimentos municipais e federais. Nos demais estratos, os estabelecimentos foram selecionados com probabilidade proporcional ao tamanho, sendo este medido pelo número de partos ocorridos no ano de 1997, de acordo com os dados do SINASC, neste município.

Devido ao grande número de estabelecimentos com pequeno número de partos, foram excluídos do processo de amostragem aqueles que apresentaram menos de 35 partos em 1997, correspondentes a 0,88% dos partos ocorridos no município naquele ano.

No que se refere ao segundo estágio, o número de puérperas em cada estabelecimento foi determinado com a fração amostral de 10% em relação ao número total de nascidos vivos, com base no SINASC/Município do Rio de Janeiro de 1997.

O tamanho da amostra em cada estrato foi estabelecido com o objetivo de comparar proporções em amostras de tamanhos iguais (Fleiss, 1981) 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 (< 2.500g), de acordo com os dados do Município do Rio de Janeiro para o ano de 1997. O tamanho inicial calculado foi de 3.282 puérperas para cada estrato. Considerando-se a possibilidade de perdas, o total de cada estrato foi estabelecido em 3.500 puérperas.

A coleta de dados do estudo foi feita por intermédio de três questionários padronizados. O primeiro deles aplicado às mães no pós-parto imediato, o outro foi preenchido com as informações contidas nos prontuários e o terceiro com questões acerca da alta hospitalar da mãe e do bebê. Toda a coleta foi realizada por acadêmicos bolsistas de enfermagem e medicina, aprovados em concurso público pela Secretaria Municipal de Saúde – Rio de Janeiro. Esses estudantes foram especialmente treinados para essa tarefa e contaram com a assessoria permanente de dois supervisores. Em uma amostra aleatória de 3% das mães entrevistadas foi feita, pelos supervisores de campo, uma replicação resumida dos questionários preenchidos previamente.

No presente estudo, foram consideradas para a análise informações relativas ao estrato 1, composto por 12 estabelecimentos de saúde, oito municipais e quatro federais, sendo nove cobertos por Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. A amostra de 3.500 puérperas selecionadas neste estrato representa 9,3% dos partos ocorridos em 1997 (SINASC/Rio de Janeiro).

A análise referiu-se à comparação de três grupos de mães: um de adolescentes, definidas como as puérperas com idade inferior a 20 anos e dois grupos de mulheres de 20-34 anos, sendo um formado por puérperas com história de gravidez na adolescência e outro por puérperas que não tiveram essa experiência.

Os grupos maternos são referidos no artigo da seguinte forma: grupo 1 – puérperas adolescentes; grupo 2 – puérperas de 20-34 anos com história de gravidez na adolescência; e grupo 3 – puérperas de 20-34 anos que não engravidaram na adolescência. Foram excluídas da amostra mulheres com idade superior a 34 anos e mães de gemelares.

As variáveis utilizadas para indicar condições sócio-econômicas das puérperas foram: a instrução materna (\leq 4ª série e $>$ 4ª série do 1º grau), assim agregadas pela baixa idade de algumas puérperas do grupo 1; trabalho materno remunerado (sim/não), residência materna em favela ou na rua (sim/não), domicílio com água encanada (sim/não), cor da pele da mãe (branca/não branca), pai empregado (sim/não) e residência do pai do bebê no mesmo domicílio que a mãe (sim/não).

Para expressar o estilo de vida da mãe foram selecionadas variáveis como: história de aborto anterior (sim/não), desejo por esta gravidez (sim/não), tentativa de aborto nesta gravidez (sim/não), consumo de cigarro durante a gravidez (sim/não), consumo de droga ilícita durante a gravidez (sim/não) e vivência de agressão física durante a gravidez (sim/não).

Para caracterizar fatores relacionados à assistência pré-natal foram utilizadas as seguintes variáveis: número de consultas no pré-natal (0-3 consultas/4 consultas ou mais) e início do acompanhamento pré-natal (primeiro ou segundo trimestre/terceiro trimestre ou não fez).

Os resultados adversos no nascimento foram representados pelas variáveis: peso ao nascer < 2.500g e idade gestacional < 37 semanas.

A análise estatística consistiu em utilizar testes qui-quadrado (2) para testar a hipótese de homogeneidade de proporções, comparando os grupos de mães com menos de 20 anos e o de 20-34 com história de gravidez na adolescência, com o grupo de puérperas de 20-34 anos, sem história de gravidez na adolescência.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Para cada puérpera amostrada para participar do estudo ou seu responsável, em caso de menores de idade, foi entregue um termo de consentimento livre e esclarecido, em que era exposto o objetivo da pesquisa e solicitada sua autorização por escrito.

Resultados

O total de puérperas entrevistadas neste estudo foi de 3.508, com 35 (1,0%) perdas ou recusas. Excluídas as mães de gemelares e mulheres com 35 anos ou mais, permaneceram nesta análise 3.118 puérperas, sendo 941 com menos de 20 anos de idade (grupo 1), 1.102 com idade entre 20 e 34 anos com história de gravidez na adolescência (grupo 2) e 1.075 entre 20 e 34 anos sem história de gravidez na adolescência (grupo 3). A média de idade das mães de cada grupo foi 17,3; 24,6 e 26,6 anos respectivamente.

Na Tabela 1, são apresentadas estatísticas descritivas relativas a algumas variáveis de condições sócio-econômicas consideradas segundo os diferentes grupos maternos. Pode-se observar, sem exceções, uma situação mais desfavorável entre as mães dos grupos um e dois, em comparação ao grupo 3.

Diferenças significativas foram encontradas em relação ao nível de instrução, sendo maior a proporção de puérperas com baixa escolaridade nos grupos 1 e 2, em relação ao 3 (18,8%). Os maiores valores (32,5%) foram verificados no grupo 2. Quanto ao trabalho remunerado, observa-se uma pequena participação das mulheres no mercado de trabalho, estando as dos grupos um e dois em desvantagem comparados ao grupo 3. Para o local de moradia, residir ou não em favelas, não foram observadas diferenças entre os grupo 1 (26,3%) e 3 (30,6%), mas foi significativa a diferença estatística entre os grupos 2 e 3 (22,5%). A proporção de domicílios sem água encanada foi baixa nos três grupos; porém, mais elevada nos grupos 1 e 2, em relação ao 3. Quanto à cor da pele, observa-se que puérperas de cor parda ou negra predominaram em todos os grupos e é maior a concentração no grupo 2 (63,2%). Em relação ao desemprego paterno, foi mais identificado nos grupos 1 (24,4%) e 2 (17,2%), sendo esta diferença significativamente maior do que no grupo 3 (13,9%). A proporção de mulheres que vivem com os pais de seus bebês não tem diferença estatisticamente significativa entre os grupos de mulheres de 20-34 anos (grupos 2 e 3), mas foi significativamente menor entre as adolescentes.

Na Tabela 2 são descritos os resultados de estilo de vida e assistência pré-natal segundo os mesmos grupos maternos.

Em relação a ter vivido uma experiência anterior de aborto, o maior percentual foi encontrado no grupo 2, para o qual um terço das mulheres relatou já ter praticado pelo menos um aborto. Por outro lado, o grupo 1 apresentou o menor percentual (9,6%), significativamente

menor comparado ao grupo 3. Nos três grupos maternos, foi baixa a proporção de mulheres que declararam ter desejado esta última gravidez, entretanto essa manifestação de "desejo" foi significativamente maior no grupo 3, se comparado aos demais. Os resultados apontaram para uma semelhança entre os grupos 1 (8,7%) e 2 (9,6%) quanto à tentativa de interromper esta gestação, mostrando proporções significativamente menos elevadas no grupo 3 (3,8%). Quanto ao fumo durante a gestação, o grupo 2 se destaca com percentual significativamente mais alto (25,0%), enquanto o grupo 1 (13,5%) apresenta valores bem próximos ao três (13,9%).

Embora o relato de uso de drogas ilícitas na gestação tenha sido baixo em todos os grupos maternos, tornou-se relevante apresentá-lo pelas diferenças apresentadas. Nos dois primeiros grupos, respectivamente 1,2% e 1,6% das mães informaram ter consumido algum tipo de droga na gestação, enquanto o percentual foi de 0,2% no terceiro grupo.

A proporção de mulheres que relatou ter sofrido agressão física durante esta gravidez não foi diferente entre os grupos 1 (5,9%) e 2 (5,6%), mas foi significativamente menor nas puérperas do grupo 3 (3,5%).

A assistência pré-natal também foi diferenciada de forma significativa entre os grupos. Em relação ao número de consultas, a tabela aponta para uma maior proporção de mães nos grupos 1 (20,1%) e 2 (23,5%) com pouca ou nenhuma consulta. O mesmo ocorreu com o trimestre de início, ou seja, em comparação ao terceiro grupo (7,5%), houve um maior percentual de mães nos grupos maternos 1 (10,3%) e 2 (12,6%) que iniciaram as consultas tardiamente, a partir do 7º mês de gestação, ou deixaram de fazê-las.

Os resultados exibidos na Tabela 3 mostram a associação inversa entre o desejo pela gestação atual e o número de filhos tidos em todos os grupos maternos, vale dizer, quanto maior o número de filhos, menor o percentual de desejo. Desta forma, pode-se ver que as mães adolescentes, em geral, desejam menos a gravidez neste momento, comparadas às mais velhas.

As Tabelas 4 e 5 descrevem a ocorrência de parto prematuro (idade gestacional < 37 semanas) e de baixo peso ao nascer – baixo peso ao nascer (< 2.500g), em relação a fatores de risco maternos, tais como baixa instrução (até 4ª série do fundamental), residência materna em favela ou na rua, consumo de cigarro durante a gestação e realização de um número insuficiente ou nenhuma consulta no pré-natal (0-3 consultas). Percebe-se que receber pouca ou nenhuma assistência clínica no pré-natal aparece

Tabela 1

Proporção de puérperas segundo variáveis sócio-econômicas pelos grupos maternos.

Grupos	Mãe < 20 anos	(1)	Mãe 20-34 (foi gestante adolescente)	(2)	Mãe 20-34 (não foi gestante adolescente)
	(%)	p-valor	(%)	p-valor	(%)
Instrução ≤ 4ª série	23,1	0,018	32,5	0,000	18,8
Mãe sem trabalho remunerado	87,9	0,000	70,9	0,000	60,1
Residência em favela/rua	26,3	0,051	30,6	0,000	22,5
Domicílio sem água encanada	9,1	0,001	8,6	0,002	5,2
Cor da pele não branca	57,8	0,098	63,2	0,000	54,1
Pai do bebê desempregado	24,4	0,000	17,2	1,033	13,9
Não vive com o pai do bebê	34,3	0,000	18,3	0,198	16,2
Total	941	-	1.102	-	1.075

(1) Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de < 20 anos com o de 20-34, que não foi gestante adolescente.

(2) Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de 20-34 anos que foi gestante adolescente, com o de 20-34 que não foi gestante adolescente.

Tabela 2

Proporção de puérperas segundo variáveis de estilo de vida e assistência pré-natal pelos grupos maternos.

Grupos	Mãe < 20 anos	(1)	Mãe 20-34 (foi gestante adolescente)	(2)	Mãe 20-34 (não foi gestante adolescente)
	(%)	p-valor	(%)	p-valor	(%)
Estilo de vida					
História de aborto anterior	9,6	0,000	33,2	0,000	17,4
Desejo por esta gravidez	32,5	0,000	30,8	0,000	44,4
Tentativa de interromper a gravidez	8,7	0,000	9,6	0,000	3,8
Consumo de cigarro na gravidez	13,5	0,806	25,0	0,000	13,9
Consumo de drogas na gravidez	1,2	0,006	1,6	0,000	0,2
Vivência de agressão física na gravidez	5,9	0,014	5,6	0,020	3,5
Assistência pré-natal					
0-3 consultas no pré-natal	20,1	0,000	23,5	0,000	12,5
Sem consulta ou início após o 6º mês	10,3	0,026	12,6	0,000	7,5
Total	941	-	1.102	-	1.075

(1) Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de < 20 anos com o de 20-34 que não foi gestante adolescente.

(2) Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de 20-34 anos que foi gestante adolescente, com o de 20-34 que não foi gestante adolescente.

Tabela 3

Proporção de puérperas que desejaram a gravidez segundo número de filhos tidos anteriormente pelos grupos maternos.

Grupos	Mãe < 20 anos	(1)	Mãe 20-34 (foi gestante adolescente)	(2)	Mãe 20-34 (não foi gestante adolescente)
	Desejo sim (%)	p-valor	Desejo sim (%)	p-valor	(%)
Número de filhos tidos anteriormente					
Nenhum	36,4	0,000	58,8	0,542	56,1
Um	23,4	0,001	37,7	0,923	37,3
Dois	17,4	0,241	20,8	0,247	26,0
Três ou mais	33,3*	0,239*	12,3	0,737	10,8
Total	941	–	1.102	–	1.075

* n da casela < 5

(1) Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de < 20 anos com o de 20-34, que não foi gestante adolescente.

(2) Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de 20-34 anos que foi gestante adolescente, com o de 20-34 que não foi gestante adolescente.

Tabela 4

Proporção de partos prematuros segundo alguns fatores de risco e experiência de gravidez na adolescência.

Grupos	Mãe < 20 anos	(1)	Mãe 20-34 (foi gestante adolescente)	(2)	Mãe 20-34 (não foi gestante adolescente)
	(%)	p-valor	(%)	p-valor	(%)
Instrução \leq 4ª série	18,8	0,021	11,8	0,578	10,2
Residência em favela/rua	13,6	0,097	12,2	0,068	5,77
Consumo de cigarro na gravidez	17,9	0,209	12,5	0,915	12,1
0-3 consultas no pré-natal	30,7	0,006	15,7	0,999	15,7
Total	941	–	1.102	–	1.075

(1) Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de < 20 anos com o de 20-34, que não foi gestante adolescente.

(2) Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de 20-34 anos que foi gestante adolescente, com o de 20-34 que não foi gestante adolescente.

como a principal variável de associação estatística com os desfechos negativos do nascimento.

A Tabela 4 apresenta maiores proporções de recém-natos prematuros em filhos de puérperas adolescentes, tanto entre as mães com instrução até a 4ª série, como entre as que têm número pequeno (0-3) de consultas no pré-natal.

Pelos dados dispostos na Tabela 5, verifica-se que também o baixo peso ao nascer foi maior nos filhos de mães adolescentes, no grupo de mulheres que realizou de 0-3 consultas no pré-natal. Nenhuma outra diferença se mostrou significativa.

Na Tabela 6 foram categorizados os resultados adversos pelo número de consultas no pré-

natal, por ter sido esta a variável que melhor discriminou, nas Tabelas 3 e 4, os riscos de desfechos negativos.

Os resultados desta tabela mostraram que não houve diferença estatística entre os “desfechos negativos” e os grupos maternos quando a gestante compareceu a quatro consultas ou mais no pré-natal. Por outro lado, naquelas em que a cobertura do pré-natal foi insuficiente ou nula (0-3 consultas), o risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer foi significativamente maior no grupo de mães adolescentes.

Outro ponto a ser destacado nesta tabela é a relação inversa entre o número de consultas

Tabela 5

Proporção de baixo peso ao nascer (BPN) segundo alguns fatores de risco e experiência de gravidez na adolescência.

Grupos	Mãe < 20 anos	(1)	Mãe 20-34 (foi gestante adolescente)	(2)	Mãe 20-34 (não foi gestante adolescente)
	(%)	p-valor	(%)	p-valor	(%)
Instrução	17,0	0,409	13,5	0,872	14,0
Reside em favela/rua	16,2	0,097	16,5	0,068	10,9
Fumou na gestação	16,7	0,471	16,9	0,422	20,1
0-3 consultas no pré-natal	31,1	0,026	22,0	0,544	19,1
Total	941	-	1.102	-	1.075

(1) Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de < 20 anos com o de 20-34, que não foi gestante adolescente.

(2) Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de 20-34 anos que foi gestante adolescente, com o de 20-34 que não foi gestante adolescente.

Tabela 6

Proporção de recém-natos com desfechos negativos, segundo o grupo materno e o número de consultas no pré-natal.

Grupos	Mãe < 20 anos	(1)	Mãe 20-34 (foi gestante adolescente)	(2)	Mãe 20-34 (não foi gestante adolescente)
	(%)	p-valor	(%)	p-valor	(%)
0-3 consultas					
Peso < 2.500g	31,1	0,026	22,0	0,544	19,1
Prematuridade	30,7	0,006	15,7	0,999	15,7
4-6 consultas					
Peso < 2.500 g	15,7	0,474	17,1	0,808	17,7
Prematuridade	14,5	0,522	15,2	0,697	16,3
7 consultas e +					
Peso < 2.500g	9,6	0,619	11,1	0,867	10,7
Prematuridade	8,8	0,929	8,4	0,770	9,0
Total	941	-	1.102	-	1.075

(1) Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de < 20 anos com o de 20-34, que não foi gestante adolescente.

(2) Nível de significância descritivo (p) do teste χ^2 de homogeneidade das proporções, comparando o grupo de 20-34 anos que foi gestante adolescente, com o de 20-34 que não foi gestante adolescente.

realizadas no pré-natal e a proporção de prematuridade e baixo peso ao nascer nos três grupos maternos.

Discussão

A condição de vida das puérperas incluídas neste estrato, composto por maternidades públicas, caracteriza esta população como de bai-

xa renda, baixa escolaridade e pouca atividade remunerada exercida pelas mulheres.

Ao criar a variável "grupos maternos" foi possível identificar que mães da mesma faixa etária, 20 a 34 anos, pertencentes a grupos sociais semelhantes, se distinguem quanto ao estilo de vida e outros fatores de acordo com a experiência de terem sido ou não gestantes na adolescência. Os achados deste trabalho indicam que as puérperas de 20-34 anos com expe-

riência de gestação na adolescência apresentam os piores indicadores de condições de vida. Neste grupo, encontram-se os maiores percentuais de mulheres com baixa escolaridade e residentes em favelas, e menores percentuais de mulheres com trabalhos remunerados.

Camarano (1998) encontrou em seu estudo que as baixas condições de instrução e renda estão diretamente relacionadas com o maior risco de engravidar na adolescência. Tem-se discutido (Population Reference Bureau, 1992) que a gestação nesta fase leva à interrupção precoce da escolaridade, dificultando tanto a inserção futura da adolescente no mercado de trabalho, quanto à obtenção de emprego com melhor remuneração, gerando assim um processo de reprodução da pobreza.

Os achados desta investigação sugerem que a gravidez na adolescência nas mulheres atualmente com 20 a 34 anos contribuiu ou até mesmo agravou as suas condições desfavoráveis de vida, quando comparadas às outras da mesma faixa etária e condição social. Stern (1997) contradiz esses resultados argumentando que apesar de a gravidez na adolescência se encontrar diretamente relacionada à baixa renda, não implica que seja um fenômeno que conduza à reprodução desta situação.

Os resultados obtidos mostraram que além de maior exposição a abortos, pior nível de escolaridade e ausência de emprego remunerado, as mulheres de 20-34 anos que foram gestantes na adolescência apresentam maior percentual de proles numerosas. A análise dos dados, embora não apresentados neste trabalho, revelou que 36% dessas mães já tinham três ou mais gestações anteriores à atual. Este percentual foi de 10,7% no grupo de mulheres da mesma faixa etária que não tinha engravidado antes dos vinte anos de idade.

Em relação aos indicadores de estilo de vida, o grupo de puérperas de 20-34 com experiência de gestação na adolescência foi também o que apresentou os piores resultados, com maior prevalência de abortos anteriores, consumo de cigarros e de drogas ilícitas na gestação, confirmando a hipótese de se tratar de um grupo mais vulnerável no que tange ao aspecto do cuidado com sua própria saúde e do seu bebê.

No estrato da pesquisa sob consideração, a maioria das mulheres entrevistadas não desejava ter engravidado, sendo a proporção ainda maior nos grupos de adolescentes e de 20-34 que engravidou na adolescência. Resultados concordantes foram encontrados em estudos com gestantes adolescentes por Monteiro et al. (1998), no Ministério do Rio de Janeiro e Plaza et al. (1994), em Granada, Espanha.

Nas adolescentes desse estudo, a baixa proporção de mulheres que desejava ter engravidado, poderia ser justificado pela percepção, por parte das jovens, da falta de estrutura para constituir uma nova família naquele momento. Já entre as mulheres de 20-34 anos encontra-se uma relação inversa entre o desejo de ter engravidado e o número de filhos tidos, ou seja, o desejo decresce na medida em que aumenta a quantidade de filhos. Por outro lado, hipóteses sugeridas por outros autores estabelecem que existe uma parcela das adolescentes, notadamente nas camadas mais pobres da população, que busca a gestação, muitas vezes, como uma oportunidade de *status*, como se fosse esse o único papel reservado a ela na sociedade (Sciarra & Ponterotto, 1998).

Outros prejuízos advindos de uma gravidez precoce vêm sendo discutidos na literatura, tais como maior risco de bebês prematuros, com baixo peso ao nascer, óbitos perinatais e infantis (Apte, 1987; Boskaya et al., 1996). Nessa investigação não se encontrou associação entre a baixa idade materna e baixo peso ao nascer e prematuridade. Todavia, agravos podem vir a ocorrer em longo prazo, como já evidenciado em trabalhos internacionais. Em estudo recente nos Estados Unidos, a Comissão para a Adolescência da Academia Americana de Pediatria (1999) encontrou em filhos de mães adolescentes maiores riscos de se tornarem, também, pais na adolescência, atraso no desenvolvimento, dificuldades acadêmicas, perturbações comportamentais e tóxico-dependência.

Uma questão que merece destaque é a estreita relação dos efeitos adversos à gestação com a assistência prestada no pré-natal. O acompanhamento médico adequado durante a gestação pode ser visto como uma política compensatória da saúde, cabendo a ele o papel de minimizar o efeito das desigualdades sócio-econômicas.

Pode-se considerar que a cobertura do pré-natal foi relativamente satisfatória para o conjunto das puérperas, uma vez que apenas 6% das mulheres não foram assistidas e mais de 80% delas tiveram quatro ou mais consultas. Entretanto, essa cobertura foi diferente entre os grupos maternos, sendo mais adequada, pelo menos em termos do número de consultas, no grupo de 20-34 anos sem experiência de gestação na adolescência.

Chama a atenção que no grupo de pior cobertura do atendimento pré-natal (0-3 consultas), as adolescentes se mostraram como o grupo de maior sensibilidade em relação ao baixo peso ao nascer e a prematuridade, evidencian-

do um papel diferenciado do pré-natal nestas mulheres. Esse efeito desaparece quando cresce a frequência ao pré-natal. Fried et al. (1987) obtiveram resultados semelhantes nos Estados Unidos. Em um estudo com dados de nascimentos e óbitos, encontraram maior prevalência de baixo peso ao nascer e mortalidade infantil nos filhos de mães adolescentes; contudo, esta associação desaparecia quando a gestante recebia adequada assistência pré-natal.

Visto que no presente estudo a gravidez na adolescência aparece muito mais como um problema social do que biológico, enfatiza-se a relevância de se ampliar a cobertura e o número de consultas pré-natais, que, certamente, contribuirá para alcançar melhores resultados da gestação, particularmente entre as adolescentes.

Referências

- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 1999. Gravidez na adolescência – Tendências e questões atuais: 1998. *Pediatrics (Edição Brasileira)*, 3:439-444.
- APTE, D. V., 1987. A plan to prevent adolescent pregnancy and reduce infant mortality. *Public Health Reports*, 102:80-85.
- BOZKAYA, H.; MOCAN, H.; USLUCA, H.; BESER, E. & GÜMÜSTEKIN, D., 1996. A retrospective analysis of adolescent pregnancies. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 42:146-150.
- CAMARANO, A. C., 1998. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas* (Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, org.) pp. 109-133, Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento.
- COMMITTEE ON ADOLESCENCE, 1989. Adolescent pregnancy. *Pediatrics*, 83:132-134.
- FLEISS, J. L., 1981. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 2nd Ed. New York: John Wiley & Sons.
- FRIED, A.; BALDWIN, W.; RHODES, P. H.; BUEHLER, J. W.; STRAUSS, L. T.; SMITH, J. C. & HOGUE, C. J. R., 1987. Young maternal age and infant mortality: The role of low birth weight. *Public Health Reports*, 102:192-199.
- GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L. & LEAL, M. C., 2001. A gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Revista de Saúde Pública*, 35:74-80.
- KAHHALE, E. M. P., 1998. Mecanismos psíquicos da grávida adolescente. In: *Obstetria Psicossomática* (M. Zugaib, J. J. A. Tedesco & J. Quayle, org.), pp. 243-251, São Paulo: Editora Atheneu.
- MARMOT, M. G.; KOGEVINAS, M. & ELSTON, M. A., 1987. Social/economic status and disease. *Annual Review of Public Health*, 8:111-135.
- MONTEIRO, D. L. M., 1998. Pré-natal na gestante adolescente. In: *Gravidez na Adolescência* (D. L. M. Monteiro, A. A. Cunha & A. C. Bastos, org.), pp. 57-74, Rio de Janeiro: Editora Revinter.
- PLAZA, A. E.; RUIZ, A. B. J.; ALGUACIL, C. P.; LOPEZ, O. F.; BAENA, G. L.; ENRIQUEZ, M. F. & MINAYA, C. J. A., 1994. Estudio epidemiológico sobre embarazo no deseado. *Atención Primaria*, 13:77-79.
- POPULATION REFERENCE BUREAU, 1992. *La Actividad Sexual y la Maternidad entre Adolescentes en América Latina y el Caribe: Riesgos y Consecuencias*. Washington, DC: Population Reference Bureau, Demographic and Health Surveys.
- RUZANY, M. H., 2000. *Mapa da Situação de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SCIARRA, D. T. & PONTEROTTO, J. G., 1998. Adolescent motherhood among low-income urban Hispanics: Familial considerations of mother-daughter dyads. *Qualitative Health Research*, 8:751-763.
- STERN, C., 1997. El embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica. *Salud Pública de Mexico*, 39:137-143.
- SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; ESTEVES, M. A. P.; ANDRADE, C. L. T.; PAEZ, M. S.; MEDICI, E. V. & DERRICO, M., 1999. Desigualdade de renda e situação de saúde: O caso do Rio de Janeiro. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*, 15:15-28.
- VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. & VAUGHAN, J. P., 1989. *Epidemiologia da Desigualdade: Um Estudo Longitudinal de 6000 Crianças Brasileiras*. 2^a Ed. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/ Editora Hucitec.

Recebido em 6 de abril de 2001

Versão final reapresentada em 12 de junho de 2001

Aprovado em 4 de julho de 2001