

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

EDUARDO FIGUEIREDO PEREIRA**
SIEGMAR GERHARD SCHULDT *

* Doutorandos do Curso de Medicina da
Universidade Federal de Santa Catarina

1) 07/177.

Blumenau, 09 de junho de 1984

AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos resumem-se a um nome: Dr. Juarez Pereira Zimmermann , que nos incentivou e deu todo o apoio material, didático e técnico , durante toda a nossa jornada de trabalho, para que o presente estudo obtivesse pleno êxito.

GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

SUMÁRIO

	Página
Introdução.....	01
Material e Métodos.....	02
Resultados.....	02 a 12
Discussão.....	12 a 15
Conclusões.....	15 a 17
Referências Bibliográficas.....	17

GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

LISTA DE TABELAS

	Página
TABELA 01 : Distribuição por faixa etária de 48 mães adolescentes analisadas.....	03
TABELA 02 : Distribuição segundo o estado marital do grupo em estudo comparado com o grupo controle e suas respectivas percentagens.....	03
TABELA 03 : Comparação entre o grupo em estudo e o grupo controle referente a assistência pré-natal.....	04
TABELA 04 : Idade gestacional na ocasião do parto.....	05
TABELA 05 : Total de recém-nascidos de termo estudados, distribuídos por peso.....	06
TABELA 06 : Frequência do Score de Apgar do grupo em estudo, comparado com o grupo controle, e suas respectivas percentagens.....	07
TABELA 07 : Grau de recém-nascidos com insuficiência ponderal, no grupo em estudo, comparados com o grupo controle.....	08
TABELA 08 : Situações e apresentações fetais encontradas no total de 1509 gestantes estudadas, distribuídas em dois grupos.....	09
TABELA 09 : Tipos de partos ocorridos em mães adolescentes e do grupo controle e suas respectivas percentagens.....	10
TABELA 10 : Patologias obstétricas ocorridas durante o parto em 48 adolescentes.....	10
TABELA 11 : Comparação de coef. de natimortalidade....	11
TABELA 12 : Nº de natimortos nos dois grupos.....	12

INTRODUÇÃO

A população adolescente vem crescendo progressivamente em todo o mundo, enquanto que o desenvolvimento cultural e econômico não vem acompanhando este crescimento. Aliado a isto a revolução de costumes acontecida nos anos 60, que propiciou grande alteração dos padrões de comportamento sexual, / principalmente entre jovens, a exploração do corpo feminino como forma de propaganda de produtos comerciais, para fins consumistas e lucrativos, o crescente aumento de material pornográfico, estampado principalmente em bancas de revistas e cinemas, disseminando assim o erotismo, estimularam o adolescente / a iniciar a sua vida sexual mais precocemente, sem avaliar as possíveis consequências de tais atos. Devido a ausência quase que total de informação sexual, o número de gravidezes aumentou de modo significativo nas mulheres jovens de todo o mundo.

A adolescência é uma época de vida, digo, de vida onde ocorrem transformações físicas e psíquicas, sendo que não há um limite preciso de idade que estabeleça o seu início ou término. O Presente estudo, considerou adolescente toda mulher / com idade máxima de 16 anos, pois levamos em consideração que é em países tropicais a menarca e a maturação sexual se dão mais cedo nas mulheres.

Procuramos avaliar no presente trabalho, variáveis maternas e fetais para um grupo de gestantes adolescentes seguindo o critério acima descrito, avaliando-as sempre comparativamente com um grupo controle formado pelas demais gestantes na mesma época e no mesmo serviço referidos a seguir na apresentação de material e métodos.

MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia seguida foi retrospectiva/ através da análise de prontuários levantados na Sala de Parto e no Berçário do Hospital Santa Isabel de Blumenau.

Foram levantadas um total de 1509 gestantes, no período de janeiro a outubro de 1982. Dentro deste grupo foram encontradas 48 gestantes adolescentes, menores de 17 anos de idade, que formam o nosso grupo de estudo.

Além disso, para que pudéssemos ter um parâmetro de / de comparação que fosse realmente válido, criamos um grupo / de controle, que foi composto pelas gestantes com mais de 16 / anos de idade, no mesmo período, perfazendo um total de 1461 / gestantes.

As gestações e os produtos das mesmas, foram estudadas nos seus mais diversos aspectos.

Para cada uma das 1509 gestantes, portanto, tanto as adolescentes como as demais, foram apuradas e analisadas 19 variáveis: nome da paciente, estado civil, idade, sexo do recém-nascido, dia do nascimento, peso do nascimento, condições de parto, semanas gestacionais, número de filhos da paciente, líquido amniótico, apresentação, período expulsivo, choro do recém-nascido, "score de Apgar", fator Rh da mãe, placenta, cordão umbilical, pré-natal e eventuais observações.

RESULTADOS

Das 1509 gestantes estudadas, 48 se situaram abaixo da faixa etária de 17 anos, o que resultou numa incidência percentual de 3,2%.

As adolescentes estudadas distribuíram-se entre 14 e 16 / anos de idade, sendo a maioria delas de 16 anos, como podemos observar na tabela 01.

TABELA 01

DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DE 48 MÃES
ADOLESCENTES ANALISADAS

IDADE EM ANOS	NÚMERO	%
14	02	4,2
15	05	10,4
16	41	85,4
		100

Quanto ao estado marital, consideramos casadas as pacientes que convivem maritalmente com o parceiro, independentemente de haver ligação legal entre ambos. Foram consideradas solteiras as que não tem convivência conjugal. Seguindo esta conceituação, chegamos a seguinte tabela:

TABELA 02

DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O ESTADO MARITAL DO GRUPO
EM ESTUDO COMPARADO COM O GRUPO CONTROLE E SUAS
RESPECTIVAS PORCENTAGENS

ESTADO MARITAL	GRUPO EM ESTUDO		GRUPO CONTROLE	
	Nº	%	Nº	%
SOLTEIRA	07	14,6	89	6,1
CASADA	41	85,4	1369	93,7
VIÚVA	00	00	02	0,2
TOTAL	48	100	1461	100

Analisando a Tabela 02, encontramos uma incidência maior de mães solteiras no grupo de mães adolescentes (14,6%), em / comparação com as mães do grupo controle, onde se obteve uma / incidência de 6,1%.

TABELA 03

COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO EM ESTUDO E O GRUPO
CONTROLE REFERENTE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

PRÉ-NATAL	GRUPO EM ESTUDO		GRUPO CONTROLE	
	Nº	%	Nº	%
SIM	42	87,5	1375	94,1
NÃO	05	10,4	52	3,6
DESCONHECIDA	01	2,1	34	2,3
TOTAL	48	100	1461	100,0

De acordo com a tabela acima, a incidência de mães adolescentes que não tiveram assistência pré-natal foi de 10,4%, enquanto que, apenas 3,6% das mães do grupo controle não tiveram esta assistência.

Para a avaliação da idade gestacional, baseamo-nos em informações fornecidas pelas gestantes. Estamos cientes de que é possível que em determinados casos, estas informações não tenham sido corretas, seja por engano ou falseamento da paciente ou até mesmo erro no momento da anotação no arquivo. Não foram computadas as gestações abaixo de 22 semanas (abortamentos).

De acordo com a Tabela 04, pode-se demonstrar os índices de prematuridade, maturidade e pós maturidade nos dois grupos. É necessário que se explique, que no serviço em que realizamos este estudo, o limite superior de prematuridade é de 37 semanas completas mais 6 dias.

No grupo em estudo, 12,5% das gestantes tiveram idade gestacional menor que 38 semanas, enquanto que no grupo controle a incidência foi de 9,5%. A incidência de gestações de termo foi maior nas gestantes adolescentes (77,1%) do que nas gestantes do grupo controle (66,3%). Das gestantes adolescentes analisadas, apenas duas não souberam referir a data da última menstruação, o que dá uma incidência de 4,2%. Já no grupo controle, a incidência foi de 22,2%, que corresponde a 325 gestantes.

TABELA 04

IDADE GESTACIONAL NA OCASIÃO DO PARTO

DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	GRUPO EM ESTUDO		GRUPO CONTROLE	
	Nº	%	Nº	%
MENOR QUE 38 SEM.	06	12,5	139	9,5
38 a 42 SEM.	37	77,1	968	66,3
MAIOR QUE 42 SEM.	03	6,2	29	2,0
DESCONHECIDA	02	4,2	325	22,2

Para o estudo dos pesos de nascimento dos recém-nascidos foram considerados apenas aqueles oriundos de gestações de termo. O critério de maturidade utilizado, digo, utilizado, foi de 38 semanas a 42 semanas completas. No grupo controle, somou-se 968 recém-nascidos de termo. Já no grupo de adolescentes o número de recém-nascidos de termo foi de 36.

Observando a Tabela 05, podemos ter uma idéia da distribuição dos recém-nascidos de mães adolescentes, de acordo com seus pesos, no termo, comparados com a distribuição de peso dos recém-nascidos do grupo controle. No grupo em estudo (filhos de mães adolescentes), o recém-nascido de menor peso, tinha 2620 gramas, e o de maior peso tinha 4.080 gramas. No gru

po controle, o de menor peso tinha 1850 gramas, e o de maior peso tinha 5030 gramas. Nota-se também que, as faixas de 2500 a 3999 gramas concentraram 94,4% dos recém-nascidos do grupo de mães adolescentes, e 82% dos recém-nascidos do grupo controle. Se considerarmos as demais faixas, além da já citada acima, vamos notar que houve uma concentração maior de recém-nascidos nas faixas superiores do limite citado (3999 gramas), tanto para o grupo controle como para o grupo em estudo. Chama atenção o fato de que não houve recém-nascido com menos de / 2500 gramas no grupo em estudo, sendo que no grupo controle a incidência foi de 4,1%..

TABELA 05

TOTAL DE RECÉM-NASCIDOS DE TERMO ESTUDADOS,
DISTRIBUÍDOS POR PESO

PESO (gramas)	GRUPO EM ESTUDO		GRUPO CONTROLE	
	RN	%	RN	%
1500-1999	0	0	5	0,5
2000-2499	0	0	35	3,6
2500-2999	8	22,2	171	17,7
3000-3499	18	50,0	319	33,0
3500-3999	8	22,2	303	31,3
4000-4499	2	5,6	118	12,2
4500-4999	0	0	15	1,5
5000-5499	0	0	2	0,2
TOTAL	36	100,0	968	100,0

As condições de nascimento dos recém-nascidos das mães adolescentes e do grupo controle foi feito levando-se em conta somente a avaliação pós-parto imediata, através do "Score de / Apgar".¹ Deixamos registrado aqui, que não foi possível analisar o "Score de Apgar" do 5º minuto, pois o mesmo não é reali-

zado de rotina no serviço onde realizamos este trabalho.

TABELA 06

FREQUÊNCIA DO SCORE DE APGAR DO GRUPO EM ESTUDO, COMPARADO COM O GRUPO CONTROLE, E SUAS RESPECTIVAS PORCENTAGENS

APGAR 1.º MINUTO	GRUPO EM ESTUDO		GRUPO CONTROLE	
	Nº	%	Nº	%
1	01	2,2	06	0,4
2	00	00	05	0,3
3	00	00	15	1,0
4	01	2,2	11	0,8
5	02	4,4	27	1,9
6	02	4,4	57	3,9
7	05	11,1	233	16,0
8	21	46,7	593	40,7
9	13	28,9	496	34,1
10	00	00	01	0,1
DESCONHECIDOS	00	00	12	0,8
TOTAL	45	100	1456	100

Na tabela acima, os recém-nascidos de ambos os grupos são classificados de acordo com o "Score de Apgar", que receberam / no 1º minuto, logo após o nascimento. Através desta distribuição podemos observar as condições imediatas de nascimento dos / recém-nascidos de mães adolescentes, comparados com as do grupo controle. Pode-se notar claramente que ocorre grande concentração de recém-nascidos com Apgar 8 e 9. Exatamente 75,6% dos recém-nascidos de mães adolescentes receberam o Apgar nesta / faixa, enquanto que a incidência para recém-nascidos de mães do grupo controle foi de 74,8%.

No grupo geral, isto é, na totalidade dos recém-nascidos dos dois grupos (50 RN de mães adolescentes com menos de 17 anos, e 1473 RN de mães do grupo controle), obteve-se o / grau de insuficiência ponderal, sendo consideradas para tanto todo recém-nascido que pesou menos de 2500 gramas ao nascer./

TABELA 07

GRAU DE RECÉM-NASCIDOS COM INSUFICIÊNCIA PONDERAL, NO GRUPO EM ESTUDO, COMPARADOS COM O GRUPO CONTROLE

GRUPO		NÚMERO	INSUFICIÊNCIA PONDERAL	
			Nº	%
TERMO	≤ 16 ANOS	36	00	00
	CONTROLE	968	40	4,1
TOTAL	≤ 16 ANOS	50	06	12,0
	CONTROLE	1473	103	7,0

Na Tabela acima, temos então, a incidência de recém-nascidos com insuficiência ponderal, no grupo de adolescentes e no grupo controle. Se considerarmos apenas os recém-nascidos de termo, nos dois grupos, esses níveis são de 0% e 4,1%, respectivamente para os dois grupos. Se considerarmos os dois grupos como um todo, esses níveis elevam-se para 12% no grupo de recém-nascidos de mães adolescentes, e para 7% no grupo controle. O que chama atenção é que, o grau de insuficiência ponderal nos recém nascidos aumentou no grupo total de recém-nascidos, principalmente no grupo em estudo, que chegou a 12%, comparado com 0% do grupo em estudo de termo.

Estudando o grupo de mães adolescentes, composto por 48 gestantes, observou-se que a totalidade não apresentava antece-

dentes obstétricos, ou seja, gestações ou partos anteriores ./ Neste caso, então, 100% das mães adolescentes estudadas eram / primigestas. Um fato a ser considerado, é a possível falha na informação da gestante adolescente em relação a seus anteceden- tes obstétricos, principalmente por omissão voluntária de abor- tamentos, devido a pressões sociais que existem neste sentido./

TABELA 08

SITUAÇÕES E APRESENTAÇÕES FETAIS ENCONTRADAS NO TOTAL DE 1509 GESTANTES ESTUDADAS, DISTRIBUÍDAS EM DOIS GRUPOS

SITUAÇÃO	APRESENTAÇÃO	GRUPO ESTUDO		GRUPO CONTROLE	
		Nº	%	Nº	%
LONGITUDINAL	CEFÁLICA FLET.	48	96	1395	94,7
	CEFÁLICA DEFLET;	00	00	04	0,3
	PÉLVICA	02	4	72	4,9
TRANSVERSA	CÓRMICA	00	00	02	0,1

Nos casos de prenhez gemelar, são referidas as apresentações dos dois fetos. Como era de se esperar a maior incidência ocorreu no tipo de apresentação cefálica fletida, para ambos os grupos.

Comparando os dois grupos apresentados na Tabela 09, observamos ser a incidência de cesáreas similar entre as adolescentes e o global das pacientes. No grupo em estudo a incidência de cesarianas foi de 25% enquanto que no grupo controle, / foi de 28,8%. Já o uso de fórcepe foi maior no grupo de mães/ adolescentes em relação ao grupo controle. Ao contrário, a in- didância de parto normal foi maior no grupo controle.

TABELA 09

TIPOS DE PARTOS OCORRIDOS EM MÃES ADOLESCENTES E MÃES DO GRUPO CONTRÔLE E SUAS RESPECTIVAS PORCENTAGENS.

TIPO DE PARTO	GRUPO EM ESTUDO		GRUPO CONTRÔLE	
	Nº	%	Nº	%
PARTO NORMAL	02	4,2	121	8,3
PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA	30	62,5	900	61,5
-CESARIANA	12	25,0	421	28,8
FÓRCIPE	04	8,3	19	1,3
TOTAL:	48	100,0	1461	100,0

TABELA 10

PATOLOGIAS OBSTÊTRICAS OCORRIDAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM 48 ADOLESCENTES.

PATOLOGIA	NÚMERO DE CASOS	%
CIRCULAR DE CORDÃO	08	16,7
DISTÓCIA DE TRAJETO	02	4,2
ÚTERO BICORNO	01	2,1
ROTURA DE CORDÃO	01	2,1

Observa-se na tabela, que a incidência de circulares de cordão é de 16,7%. Esta incidência é mais alta do que a encontrada no grupo controle, onde 189 circulares de cordão foram encontradas, representando 12,9% do total.

A natimortalidade em gestações de mães adolescentes, bem como de mães do grupo contrôle foi também estudada. O coeficiente de natimortalidade pode ser calculado, através da seguinte fórmula, preconizada pela Organização Mundial de Saúde:

$$\text{COEFICIENTE DE NATIMORTALIDADE} = \frac{\text{Nº DE NATIMORTOS NUMA ÁREA E PERÍODO}}{\text{Nº DE NASCIDOS VIVOS + Nº NATIMORTOS NA MESMA ÁREA E PERÍODO.}}$$

O resultado obtido da fórmula acima deve ser multiplicado por 1.000.

De um total de 50 nascimentos, do qual resultaram cinco natimortos, representando 10% do total, o coeficiente de natimortalidade do grupo em estudo, chegou a 100 por 1.000.

Este coeficiente de natimortalidade é considerado altíssimo, se comparado aos valores considerados altos pela Organização Mundial de Saúde, que vão de 20 a 30 por mil.

Já, o coeficiente de natimortalidade do grupo contrôle, que contou com 1.473 nascimentos e 17 natimortos, ficou em 11,5 por mil. O coeficiente de natimortalidade dos dois grupos ficou em 14,7 por mil. Estes valores podem ser melhor observados na tabela abaixo:

TABELA 10

COMPARAÇÃO DE COEFICIENTES DE NATIMORTALIDADE (POR MIL)

GRUPOS	COEFICIENTES DE NATIMORTALIDADE
GRUPO EM ESTUDO (50 RN)	100,0
GRUPO CONTRÔLE (1473 RN)	11,5
GRUPO TOTAL (1523)	14,7

Não foi possível analisar a mortalidade perinatal, pois a mesma engloba óbitos neonatais até o sétimo dia de vida, e / no serviço onde realizamos este estudo só conseguimos informações imediatas do recém-nascido, desconhecendo o destino dos mesmos nos sete dias seguintes ao parto.

TABELA 12

NÚMERO DE NATIMORTOS DISTRIBUÍDOS SEGUNDO OS GRUPOS E SUAS RESPECTIVAS PORCENTAGENS

GRUPO	NASCIMENTOS	NATIMORTOS	%
ADOLESCENTES	50	05	10,0
CONTROLE	1473	17	1,2
TOTAL	1523	22	1,4

DISCUSSÃO

A frequência de mulheres que engravidaram até a idade de 16 anos, em nosso estudo, foi de 3,2%. fica difícil fazer comparações com outros trabalhos, uma vez que a maioria deles tem como limite para mãe adolescente a idade de 17, 18 ou 19 anos. No Brasil, os dados são divergentes, porém a frequência é sempre alta. Valente e cols.², por exemplo, encontraram uma incidência de 16,8% de gestantes adolescentes num total de 3685 pacientes. A comissão sobre População e Futuro, na América, estima que cada ano nascem aproximadamente 600.000 crianças de / mães adolescentes, significando 20% de todos os nascimentos do país.³ No Brasil estima-se que pelo menos metade da população encontra-se abaixo da faixa etária de 20 anos.⁴

A maioria das adolescentes estudadas concentraram-se

na faixa dos 16 anos de idade, numa incidência de 85,4%. Segundo Mathias e cols.⁵, a porcentagem de gestantes adolescentes com mais de 15 anos é de 90%, incidência que aproxima-se dos resultados obtidos. Estes índices, devem-se certamente ao fato de que a experiência coital eleva-se significativamente até a idade adulta.

Em nosso grupo de estudo, 87,5% das adolescentes frequentaram algum serviço pré-natal. Devemos resaltar que, comparados aos dados da literatura, este é um resultado praticamente excelente, já que, Valente e cols.² encontraram apenas 35% de frequência ao pré-natal. Mathias e cols.⁵, trabalhando com primigestas adolescentes, referem que somente 28,8% das mesmas se submeteram a consultas pré-natais. Ainda, um trabalho realizado com 222 adolescentes pelo departamento de obstetrícia e ginecologia da Universidade de Tennessee, mostrou que 54,5% das adolescentes frequentaram serviço pré-natal.⁶ Mas, apesar de ser uma frequência alta em relação aos dados da literatura mundial a frequência em nosso grupo controle foi de 94,1%, portanto 6,6% mais alta do que o grupo de adolescentes.

A incidência de prematuridade em nosso grupo de adolescentes e em nosso grupo controle estão dentro dos padrões de normalidade, pois de acordo com Polleri, citado por Sérgio Peixoto⁷, as estatísticas atuais situam-se entre 5 e 15%. Deve-se tomar conhecimento do trabalho com adolescentes de Valente e cols.², que obtiveram uma incidência de 17,7%. Ainda analisando o nosso grupo de adolescentes, apenas 4,2% não souberam referir a data da última menstruação, que é uma incidência baixa, quando comparada a de 10% encontrada em fontes da literatura.

Quanto a distribuição de peso dos recém-nascidos de termo os dados mostraram que houve, em linhas gerais, uma semelhança entre os grupos estudados, sendo que, houve um discreto predomínio de fetos macrossômicos no grupo controle. Pode-se explicar esta semelhança entre os dois grupos pelo fato de que ambos pertencerem a mesma faixa sócio-econômico-cultural, tendo portanto, as mesmas condições alimentares.

Quando analisamos o grau de insuficiência ponderal, notamos que nos recém-nascidos de termo dos dois grupos, os níveis foram de 0% e 4,1%, considerados normais por Resende⁸. Entretanto quando analisamos os dois grupos como um todo, isto é incluindo os prematuros nascidos vivos, esses níveis elevaram-se para 12% e 7%, como demonstra a Tabela 07. Mesmo assim, estes índices estão de acordo com a normalidade, conforme a literatura, que varia de 4 a 16%, segundo Resende⁸. Esta análise nos permite afirmar que, o grau maior de insuficiência ponderal nos recém-nascidos de mães adolescentes no grupo como um todo, é ocasionado pelos recém-nascidos prematuros.

Nenhuma adolescente apresentou gestação anterior em nosso estudo, isto é, 100% foram primigestas, dado este que difere da literatura mundial. Por exemplo, Pittaluga & Vargas⁹ referem que 14,6% das parturientes jovens tinham comemorativos / obstétricos, chegando outros autores a encontrar até 20% de pacientes com gestações prévias.

Observando a Tabela 08, notamos que a incidência dos tipos de apresentação encontrados no grupo das mães adolescentes coincide com o global, ou seja, com o grupo controle. Estes dados vão de encontro com os encontrados na literatura mundial.

Já a Tabela 09, nos mostra os tipos de partos ocorridos em mães adolescentes e no grupo controle. Comparando os dois grupos, nota-se uma incidência de cesarianas similar entre as adolescentes e o global das pacientes, o mesmo acontecendo com a incidência de partos normais com episiotomia. Entretanto, a incidência de fórcepe foi maior no grupo de gestantes adolescentes.

O coeficiente de natimortalidade no grupo de mães adolescentes foi altíssimo, conforme pode-se observar na Tabela 11. Isto pode ser explicado em parte, devido ao pequeno número de mães adolescentes que compõem este grupo. Sendo assim, cada natimorto a mais em um grupo reduzido, representa uma porcentagem importante. Aliado a esta observação, deve-se ressaltar que entre os 5 natimortos deste grupo, 4 foram provenientes de

duas gestações gemelares, o que elevou consideravelmente o coeficiente de natimortalidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde, nas áreas de bom nível de saúde a natimortalidade é da ordem de 6 a 12/1000. Assim, o nosso grupo controle, bem como o grupo total de gestantes em estudo (incluindo as adolescentes) estão dentro deste nível.

CONCLUSÕES

A incidência de gestação em adolescentes que compuseram o nosso grupo de estudos foi baixa, não refletindo os dados de literatura mundial. Isto deve-se ao fato das adolescentes blumenauenses terem um nível sócio-econômico-cultural relativamente diferenciado quando comparado as demais regiões do país, o que possibilita maior facilidade de acesso à métodos contraceptivos e de interrupção da gravidez.

O grande percentual de gestantes adolescentes situou-se na faixa etária dos 16 anos de idade, conferindo com o trabalho de outros autores sobre o assunto.

A grande maioria das gestantes adolescentes frequentaram algum tipo de serviço de pré-natal, divergindo dos dados de literatura. Isto deve-se principalmente, por ter a cidade de Blumenau coeficientes de saúde melhores do que a maioria das demais cidades, resultado de uma infra-estrutura razoável de ambulatórios, postos de saúde e consultórios de ginecologia e obstetrícia, proporcionando espaço para realização de exames pré-natais. Outro fator que influenciou neste índice, foi o alto número de gestantes adolescentes casadas, pois sabe-se que em trabalhos anteriormente publicados onde predominavam gestantes solteiras, o índice de pré-natal foi bem menor, devido em parte, ao temor de assumir publicamente a gestação, pela pressão social e principalmente familiar, aliado ao sentimento de culpa que contribuem para que escondam a sua gravidez. Consequentemente, as adolescentes ficam sem assistência pré-natal ou a procuram tardiamente. Com isto não recebem apoio emocional, e os cuidados higieno-dietéticos necessários.

A totalidade das gestantes adolescentes estudadas foram primigestas.

Não ocorreu, no grupo de adolescentes, maior incidência de apresentações anômalas, resultado este, que se contrapõem a alguns trabalhos, que relatam uma maior incidência de apresentações pélvicas.

O índice de partos normais com episiotomia e cesareanas não divergiram dos encontrados no nosso grupo controle, enquanto que a indicação do uso de fórcepe foi maior nas adolescentes por possuir o serviço médico do hospital onde realizamos este estudo, certos obstetras que tem como norma o uso de fórcepe / de alívio em primigestas.

O índice de natimortalidade no grupo de gestantes adolescentes ficou prejudicado pelos motivos expostos na discussão, tornando assim questionável o seu valor. O índice de natimortalidade no grupo controle e no grupo geral estão dentro dos níveis considerados satisfatórios pela Organização Mundial de Saúde.

A análise de nossos estudos realizados com as adolescentes, demonstraram que a gravidez e o parto nestas jovens não evidenciaram um número de complicações maiores do que aquelas observadas para as gestantes do grupo controle. Os resultados comparativos entre peso de nascimento, "Score de Apgar", insuficiência ponderal e idade gestacional foram similares nos dois grupos estudados, conforme demonstram as tabelas apresentadas anteriormente neste estudo.

Deste modo, podemos concluir que as adolescentes não apresentaram incapacidade biológica, ou melhor, imaturidade fisiológica quanto a aptidão para o desempenho reprodutivo. Deve-se atentar sempre para o sistema bio-psicossocial, que atua decisivamente sobre as variantes somáticas.

Assim, compartilhamos com Hutchins et al¹⁰ quando este afirma que o resultado da gravidez na adolescente parece refletir primariamente as características sócio-econômicas da população de onde ela se deriva e somente secundariamente qualquer risco baseado na idade materna, suspeitando-se ademais, que tal

fato reflete mais o impacto da pobreza do que de da idade. Vemos então, que a gestação da adolescente transcende à medicina e / portanto, as soluções para os seus problemas devem ser buscadas como um todo junto a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. APGAR, V.:.A proposal for a new method of evolution of the newborn infant. *Anasth. Analg.* 1953. 32:260.
2. VALENTE, C.A. e cols. Assistência pré e perinatal à mães adolescente. *J Bras Ginecol*, 83:229, 1977.
3. YOUNGS, D.D., NIEBYL, J.R.; BLAKE, D.A.; SHIPP, D.A.; STANLEY, J.; KING, T.M.-Experience with an adolescent pregnancy program. *Obstet. Gynecol.*, 50:212-216, 1977.
4. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. 1976-1977.
5. MATHIAS e cols.-Estudo comparativo entre primigesta adolescente e primigesta dos 18 aos 25 anos. *J Bras Ginecol*, 91:89, 1981.
6. CLÍNICAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS;- Complicaciones del embarazo en adolescentes., p. 1243-1249. Vol.4, 1978.
7. PEIXOTO, S.-Pré-natal, ed. Manole, 1979.
8. RESENDE, J.- Obstetrícia, ed. Guanab.Koogan, 3ª ed., 1974.
9. PITTALUGA, T.M. & VARGAS, R.A.J.-La gestante joven. *Obstet Ginecol Venezuela*, 30:217, 1970.
10. HUTCHINS, Jr. F.L.; KENDALL, N. & RUBINO, J.-Experience with teenage pregnancy. *Obtet. Gynecol.*; 54:1-5, 1979.
11. TOURINHO, R.C.; BASTOS, C.A.; MOREIRA, J.A.-Ginecologia da infância e adolescência . 24:195-206, 2ª ed., 1980.
12. KREUTNER, K.K.A.; HOLLINGSWORTH, R.D.-Adolescent obstétrics & gynecology. 4:67-77, Year book medical publishers, inc., 1978.

TCC
UFSC
TO
0316

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0316

Autor: Pereira, Eduardo F

Título: Gestão na adolescência..



972815087

Ac. 254446

Ex.1 UFSC BSCCSM

TO 319