

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

RECÉM-NASCIDO DE MÃE ADOLESCENTE
- ASPECTOS CLÍNICOS -

EVANDRO LUZ MAIER *
MARCOS SCHNEIDER NUNES *

* Doutorandos do Curso de Medicina

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO 1989.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Nelson Grisard,
pela orientação e apoio.

ÍNDICE

01 - Sumário.....	5
02 - Introdução.....	7
03 - Casuística e Métodos.....	11
04 - Resultados:	
4.1 - Levantamento dos procedimentos obstétricos....	17
4.2 - Características gerais da amostra:	
4.2.1 - Idade materna.....	17
4.2.2 - Estado civil.....	19
4.2.3 - Procedência.....	21
4.2.4 - Cor.....	21
4.2.5 - Paridade e gestações.....	23
4.3 - Assistência pré-natal.....	23
4.4 - Agravos perinatais e gestoses.....	25
4.5 - Condições de parto:	
4.5.1 - Apresentação.....	25
4.5.2 - Tempo de rotura de membranas ovulares.	27
4.5.3 - Aspecto do líquido amniótico.....	27
4.5.4 - Tipo de parto.....	27
4.6 - Índice de Apgar do primeiro minuto.....	27
4.7 - Antropometria do recém-nascido	
4.7.1 - Peso.....	29
4.7.2 - Comprimento.....	29
4.7.3 - Perímetro cefálico.....	29
4.8 - Morbidade neonatal:	
4.8.1 - Frequência das enfermidades.....	33
4.8.2 - Relação com tipo de parto e apresen- tação.....	35
4.8.3 - Relação com tempo de rotura de mem- branas ovulares.....	37
4.8.4 - Relação com aspecto do líquido amni- ótico.....	37
4.8.5 - Relação com maturidade.....	39
4.8.6 - Relação com agravos perinatais e ges- toses.....	39
4.9 - Mortalidade.....	41

05 - Discussão	43
06 - Conclusões	53
07 - Bibliografia	55

SUMÁRIO

Foram analisados 252 recém-nascidos de 250 mães adolescentes que receberam atendimento obstétrico na Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis, durante o período de maio a agosto de 1989.

Através de pesquisa em prontuários, retrospectivamente, procuraram-se variáveis maternas como idade, estado civil, procedência, paridade, pré-natal, gestoses e agravos perinatais (fumo, álcool e drogas), tipo de parto, apresentação, aspecto do líquido amniótico e tempo de rotura de membranas ovulares. Para avaliar o recém-nascido foram utilizados os parâmetros: Apgar do primeiro minuto, antropometria do recém-nascido, morbidade neonatal prevalente e mortalidade.

INTRODUÇÃO

A adolescência pode ser definida como período que se estende da terceira infância até a idade adulta, marcado por uma série de mudanças corporais e psicológicas e por intensos processos conflituosos e persistentes esforços de auto afirmação.(5)

O Relatório sobre Gestaçao na Adolescência, revisado e aprovado pelo Conselho de Saúde da Criança e do Adolescente da Academia Americana de Pediatria (AAP), refere que o termo adolescência deve ser usado com cautela na descrição das rápidas mudanças biopsico e cognitivas, que transcorrem durante os "teen years", que se iniciam ao completar os treze anos, estendendo-se até a véspera do vigésimo aniversário.(2)

Estudos da AAP demonstraram uma "epidemia" de gestantes adolescentes se desenvolvendo. As explicações são, inicialmente, atribuídas à deficiente educação sexual e à promiscuidade. O Comitê para Adolescência da AAP analisou dados epidemiológicos e informações clínicas para avaliar a extensão do "fenômeno" e suas implicações e conseqüências para os recém-nascidos e suas mães.(2)

Os problemas referentes à gestação na adolescência não podem ser avaliados sem uma retrospectiva histórica do desenvolvimento do comportamento sexual desse período da vida.(2)

Uma revisão da literatura indica que um significativo aumento na incidência de relacionamento sexual entre adolescentes solteiros (as) vem ocorrendo desde os anos 60 e envolvendo todos os segmentos da sociedade norte-americana.(2)

De acordo com estudos realizados por Zelnik e cols. e Vener e cols., o adolescente não é realmente promíscuo pois geralmente relaciona-se somente com um parceiro e o mantém por longo tempo.(2)

O que ocorre é que, na maioria das vezes, o uso de métodos contraceptivos é errático e impróprio. (8) Somente

algumas poucas adolescentes acreditam que são muito jovens para a maternidade; outras referem que o anticoncepcional "destrói a espontaneidade do ato sexual".(2)

Devido ao ínfimo uso de contraceptivos, as taxas de fertilidade para adolescentes norte-americanas são elevadas.

(2) Estes índices não diminuem para garotas menores de quinze anos, ao contrário, vêm aumentando. (9)

Dados do Centro Nacional de Estatísticas para a Saúde dos Estados Unidos da América referem uma diminuição do índice de nascimentos entre adultas jovens e mais maduras em relação às gestantes adolescentes. (2)

Para avaliar a incidência de recém-nascidos de mães adolescentes, em nosso meio, os fatores de risco ou de agravo destas gestações e sua relação com as variáveis clínicas do recém-nascido, bem como com as ocorrências de morbidade e mortalidade, foi realizado este estudo retrospectivo de recém-nascido de mãe adolescente.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram levantados, em etapa preliminar, todos os atendimentos obstétricos ocorridos durante os meses de maio a agosto de 1989, tendo por base os livros de registros da Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis. Por atendimento obstétrico entendam-se partos normais ou cirúrgicos, curetagens e trabalhos de parto prematuros.

Em segunda etapa, pela data de nascimento constante nas fichas de internação, foram separados dois grandes grupos, a saber, ADOLESCENTES, de treze anos a vinte anos, exclusive; e NÃO ADOLESCENTES, as maiores de vinte anos, inclusive.

Dentre as adolescentes, num total de 250 gestantes, agora em pesquisa nos prontuários, foram levantados os dados, como se segue:

1 - Idade materna: pela data de nascimento relacionada à data na qual ocorreu o atendimento.

2 - Estado civil: foram consideradas as categorias solteira, solteira com coabitação, casada e viúva.

3 - Raça: avaliadas conforme as três etnias básicas: branca, preta e amarela.

4 - Procedência: separadas em três grupos assim definidos, oriundos de Florianópolis, da Grande Florianópolis (São José, Palhoça e Biguaçu) e fora da Grande Florianópolis para os domiciliados em outras localidades.

5 - Assistência pré-natal: a partir de respostas afirmativas ou negativas, conforme consta na ficha obstétrica.

6 - Ocorrência de gestoses, a saber: diabetes melitus, toxemia, eclâmpsia, infecção, hiperemese gravídica e outros agravos perinatais, como fumo, álcool, drogas e incompatibilidade Rh. Foram consideradas fumantes as usuárias de 6 ou mais de 6 cigarros/dia durante a gestação. Na tipagem Rh foram anotados somente os sorotipos das mães se o resultado era positivo (+), e, de ambos, mãe e recém-nascido, se o resultado materno fosse negativo (-).

7 - Paridade: pelo número de gestas e paras constante na ficha clínica. Consideraram-se as primíparas primigestas como G-I P-I e assim sucessivamente; saliente-se que há a ocorrência de denominações, como, por exemplo, G-II P-I, indicando o primeiro recém-nascido de uma gestante com um aborto anterior.

8 - Tempo de rotura de membranas ovulares: contado em horas, conforme consta na ficha clínica do parto. Foram separados, por este critério, em três grupos: menos de 6 horas, 6 ou mais de 6 horas e "sem dados", quando não constava a informação.

9 - Tipo de parto: vaginal, cesariana e instrumental, se utilizado fórcepe.

10 - Apresentação: cefálica, pélvica e córmica.

11 - Aspecto do líquido amniótico: claro, claro e fétido, meconial e hemorrágico.

12 - Índice de Apgar: referente ao primeiro minuto. Agrupados em: menor que 7, maior ou igual a 7 e "sem dado" quando não constava na ficha.

13 - Idade gestacional: pela data da última menstruação (DUM) e pelo método de Capurro somático; a avaliação da maturidade foi feita pelo gráfico de Lubchenco.

14 - Antropometria do recém-nascido: foram considerados peso ao nascimento expresso em gramas, comprimento em centímetros e perímetro cefálico em centímetros. Foram calculadas médias e erro padrão de média. A amplitude, o menor e o maior dados encontrados, foram escritos entre parênteses.

15 - Morbidade neonatal: ocorrência de anóxia, aspiração, icterícia, convulsões, tocotraumatismos, infecção, distúrbios metabólicos, síndrome de desconforto respiratório (SDR) leve, moderada e grave, membrana hialina e outras enfermidades, como Ortolani positivo (+), hipotermia, fratura de clavícula e hérnia diafragmática.

16 - Mortalidade neonatal e materna: geral e depurada, com a retirada do cômputo dos recém-nascidos com idade gestacional menor que 28 semanas e/ou peso ao nascimento igual ou menor que 1.000 gramas.

Foram levantados dados referentes a 252 recém-nascidos de 250 mães adolescentes. Os dados foram dispostos em tabelas e quadros explicativos, expressos em valores absolutos e percentuais, conforme os parâmetros estabelecidos acima.

RESULTADOS

A Tabela I refere os dados preliminares de todos os atendimentos obstétricos ocorridos na Maternidade Carmela Dutra de maio a agosto de 1989.

Tabela I - Recém-nascido de mãe adolescente

IDADE MATERNA E PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

	ADOLESCENTE		NÃO ADOLESC.		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PARTOS NORMAIS	193	64,5	994	54,8	1.187	56,2
CESARIANAS	57	19,1	533	29,4	590	27,9
CURETAGENS	37	12,4	273	15,1	310	14,7
T. P. P. *	12	4,0	12	0,7	24	1,2
TOTAL	299	100,0	1.812	100,0	2.111	100,0

*Trabalhos de parto prematuros

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

Para determinar as características gerais da amostra foram avaliadas as variáveis: idade materna, estado civil, procedência, cor e paridade. Na Tabela II encontram-se os dados referentes à distribuição por faixa etária; na Tabela III, quanto ao estado civil; na Tabela IV, quanto à procedência; na Tabela V, quando à cor da pele e na Tabela VI, quanto à paridade.

Tabela II - Recém-nascido de mãe adolescente

DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA

IDADE*	N	%
14	5	2,0
15	16	6,3
16	41	16,3
17	60	23,8
18	69	27,6
19	59	23,4
TOTAL	250	100,0

*Não houve mães com treze anos.

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

Tabela III - Recém-nascido de mãe adolescente

IDADE MATERNA E ESTADO CIVIL

IDADE	N	SOLTEIRA		SOLTEIRA C*		CASADA		VIÚVA	
		N	%	N	%	N	%	N	%
14	5	3	60,0	2	40,0	-	-	-	-
15	16	9	56,3	7	43,7	-	-	-	-
16	41	16	39,0	12	29,3	13	31,7	-	-
17	60	26	43,3	14	23,3	20	33,4	-	-
18	69	23	33,3	10	14,5	35	50,8	1	1,4
19	59	18	30,5	12	20,3	29	49,2	-	-
TOTAL	250	95	38,0	57	22,8	97	38,8	1	0,4

*Mãe solteira com coabitação.

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

Tabela IV - Recém-nascido de mãe adolescente

IDADE MATERNA E PROCEDÊNCIA

IDADE	N	FPOLIS		GRANDE FPOLIS*		FORA G. FPOLIS	
		N	%	N	%	N	%
14	5	5	100,0	-	-	-	-
15	16	13	81,2	3	18,8	-	-
16	41	27	65,9	14	34,1	-	-
17	60	34	56,7	25	41,7	1	1,6
18	69	43	62,3	21	30,4	5	7,3
19	59	37	62,7	19	32,2	3	5,1
TOTAL	250	159	63,6	82	32,8	9	3,6

*São José, Palhoça e Biguaçu

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

Tabela V - Recém-nascido de mãe adolescente

IDADE MATERNA E COR DA PELE

IDADE	N	BRANCA		PRETA	
		N	%	N	%
14	5	5	100,0	-	-
15	16	14	87,5	2	12,5
16	41	38	92,7	3	7,3
17*	60	58	96,8	1	1,6
18	69	65	94,2	4	5,8
19*	59	55	93,2	2	3,4
TOTAL	250*	235	94,0	12	4,8

*Houve 3 casos sem informação sobre cor da pele, sendo, 1 de 17 anos e 2 de 19 anos.

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

Tabela VI - Recém-nascido de mãe adolescente

PARIDADE E GESTAÇÕES

GESTA*	PARA*	I	II	III	IV
	I	75,2	-	-	-
II	4,8	13,2	-	-	-
III	-	2,4	1,6	-	-
IV	-	0,4	0,4	0,4	0,4

*N = 250 (100,0%)

**Houve 4 casos (1,6%) sem informação

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

A assistência pré-natal relacionada à faixa etária está demonstrada na Tabela VII.

Tabela VII - Recém-nascido de mãe adolescente

IDADE MATERNA E ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

IDADE	N	SIM		NÃO	
		N	%	N	%
14	5	3	60,0	2	40,0
15*	16	12	75,0	2	12,5
16	41	33	80,5	8	19,5
17*	60	51	85,0	6	10,0
18*	69	55	78,6	10	14,3
19*	59	54	91,5	3	5,1
TOTAL	250*	208	83,2	31	12,4

*Houve 11 casos (4,4%) sem informação, sendo 2 de 15 anos, 3 de 17 anos, 4 de 18 anos e 2 de 19 anos.

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

Os agravos perinatais e as gestoses foram enumerados, por ordem de freqüência, na Tabela VIII.

Tabela VIII - Recém-nascido de mãe adolescente

AGRAVOS PERINATAIS E GESTOSES

	N	%*
Fumo	34	13,6
Infecção	27	10,8
Incompatibilidade Rh	26	10,4
Hiperemese gravídica	24	9,6
Toxemia	12	4,8
Eclâmpsia	2	0,8
Drogas**	2	0,8
HAS***	2	0,8
DPP****	2	0,8
Placenta prévia	1	0,4

*N = 250 (100,0%).

**Cocaína de uso endovenoso (1), maconha (1).

***Hipertensão arterial sistêmica

****Descolamento prematuro de placenta

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

Das condições de parto, foram avaliadas: apresentação, tempo de rotura de membranas ovulares, aspecto do líquido amniótico e tipo de parto.

A apresentação que predominou foi a cefálica com 88,5% (223 casos), a pélvica ocorreu em 4,0% (10 casos) e a córmica em 1,2% (3 casos).

A relação da apresentação cefálica sobre a pélvica

(C/P) foi de 22,3 : 1. Em 16 casos (6,3%) ignorou-se o tipo de apresentação.

O tempo médio de rotura de membranas ovulares foi de 2,902 horas com uma amplitude de 1 a 24 horas entre 216 pacientes. Houve 34 prontuários (13,6%) sem esta informação.

O líquido amniótico foi de aspecto claro em 196 casos (77,8%), meconial em 32 (12,7%) e hemorrágico em apenas 1 (0,4%). Dentre os de aspecto claro houve 4 com odor fétido, constituindo 1,6% do total e 2,0% dos líquidos claros.

Os índices de Apgar do primeiro minuto estão demonstrados na Tabela IX.

Tabela IX - Recém-nascido de mãe adolescente

ÍNDICE DE APGAR DO PRIMEIRO MINUTO

IDADE	N	APGAR < 7		APGAR ≥ 7	
		N	%	N	%
14	6	2	33,3	4	66,7
15*	16	3	18,7	11	68,7
16	41	2	4,9	39	95,1
17*	60	4	6,7	54	90,0
18*	70	2	2,9	66	94,3
19*	59	2	3,4	55	93,2
TOTAL	252*	15	5,9	229	90,9

*Houve 8 casos (3,2%) sem informação, sendo, 2 de 15 anos, 2 de 17 anos, 2 de 18 anos e 2 de 19 anos.

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

Na antropometria do recém-nascido foram avaliados o peso, o comprimento e o perímetro cefálico. Estes resultados estão resumidos no Quadro I.

Quadro I - Recém-nascido de mãe adolescente

ANTROPOMETRIA DO RECÉM-NASCIDO
RESUMO

	MÉDIA	±	ERRO PADRÃO DE MÉDIA
	(amplitude)		
PESO	3.173	±	545 g (910 a 4.640 g)
COMPRIMENTO	48,2	±	3,0 cm (42 a 56,5 cm)
PERÍMETRO CEFÁLICO	33,9	±	1,7 cm (26 a 38,5 cm)

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

A relação da antropometria do recém-nascido com a idade materna está determinada na Tabela X.

Tabela X - Recém-nascido de mãe adolescente

ANTROPOMETRIA DO RECÉM-NASCIDO
DISTRIBUIÇÃO POR IDADE MATERNA

IDADE	N	PESO *	COMPRIMENTO *	PERÍMETRO CEFÁLICO *
14	6	3.003 (2.000 a 3.980 g)	46,2 (42,0 a 50,0 cm)	34,0 (32,0 a 35,0 cm)
15	16	3.173 (2.630 a 3.750 g)	48,8 (46,0 a 54,0 cm)	34,2 (31,5 a 37,0 cm)
16	41	3.159 (2.320 a 4.020 g)	48,8 (44,0 a 53,0 cm)	34,5 (32,0 a 37,0 cm)
17	60	3.068 (910 a 4.000 g)	48,3 (42,0 a 53,0 cm)	34,3 (30,5 a 37,0 cm)
18	70	3.243 (1.000 a 4.170 g)	48,7 (44,0 a 54,0 cm)	34,5 (26,0 a 38,5 cm)
19	59	3.226 (2.300 a 4.640 g)	48,7 (40,5 a 56,5 cm)	34,7 (31,0 a 38,0 cm)

* Média \pm Erro padrão de Média. Entre parênteses, a amplitude.

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

No estudo da morbidade neonatal foram constatados 59 recém-nascidos doentes, que apresentaram as enfermidades listadas na Tabela XI, segundo sua frequência.

Tabela XI - Recém-nascido de mãe adolescente

MORBIDADE NEONATAL

DOENÇA	N	%*	% TOTAL RN**
ANÓXIA	25	42,3	9,9
TOCOTRAUMATISMO	22	37,2	8,7
SDR LEVE	13	22,0	5,1
INFECÇÃO***	10	16,9	4,0
SDR GRAVE	8	13,5	3,2
ASPIRAÇÃO****	8	13,5	3,2
SDR MODERADA	7	11,9	2,8
DISTÚRBIOS METABÓLICOS	5	8,5	2,0
CONVULSÃO	1	1,7	0,4
OUTROS*****	8	13,5	3,2

*N = 59 (100,0%)

**N = 252 (100,0%)

***Inclui: sífilis congênita (1) e HIV + (2)

****Inclui: S.A.L.A. (1) e S.A.L.A.M. (7)

*****Inclui: Ortolani + (4), hipotermia (1), fratura de clavícula (1), icterícia (1), hérnia diafragmática (1).

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/ AGO 1989

A avaliação da morbidade neonatal em relação ao tipo de parto e à apresentação estão na Tabela XII. Em seqüência, estão as relações de morbidade com o tempo de rotura das membranas ovulares (Tabela XIII), com o aspecto do líquido amniótico (Tabela XIV), com a maturidade (Tabela XV) e com os agravos perinatais (Tabela XVI).

Tabela XII - Recém-nascido de mãe adolescente

RELAÇÃO DA APRESENTAÇÃO E DO TIPO DE PARTO
COM A MORBIDADE NEONATAL

APRESENTAÇÃO		PARTO			RN SADIO		RN DOENTE	
TIPO	N	TIPO	N	%	N	%	N	%
CEFÁLICA	223	VAGINAL	183	82,1	151	82,5	32	17,5
		CESÁREA	40	17,9	26	65,0	14	35,0
PÉLVICA	10	VAGINAL	3	30,0	-	-	3	100,0
		CESÁREA	7	70,0	7	100,0	-	-
CÓRMICA	3	CESÁREA	3	100,0	2	66,7	1	33,3
TOTAL	252*	VAGINAL	193	76,6	153	79,3	40	20,7
		CESÁREA	59	23,4	40	67,8	19	32,2

* Houve 16 casos (6,4%) sem informação sobre o tipo de apresentação.

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

Tabela XIII - Recém-nascido de mãe adolescente

RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE ROTURA DE MEMBRANAS
OVULARES E A MORBIDADE NEONATAL

TEMPO DE R. M. O.* HORAS	RN SADIO		RN DOENTE			
	N	%	N	%		
< 6 hs	182	72,2	149	81,9	33	18,1
≥ 6 hs	34	13,5	21	61,8	13	38,2

*Em 36 casos (14,3%) não constava esta informação.
FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

Tabela XIV - Recém-nascido de mãe adolescente

RELAÇÃO ENTRE O ASPECTO DO LÍQUIDO
AMNIÓTICO E A MORBIDADE NEONATAL

LÍQUIDO AMNIÓTICO* ASPECTO	RN SADIO		RN DOENTE			
	N	%	N	%		
CLARO	192	76,2	156	81,3	36	18,7
MECONIAL	32	12,7	20	62,5	12	37,5
CLARO E FÉTIDO	4	1,6	-	-	4	100,0

*Houve 1 caso de líquido amniótico hemorrágico com óbito fetal. Em 21 prontuários não constava esta informação.
FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

Tabela XV - Recém-nascido de mãe adolescente

RELAÇÃO ENTRE MATURIDADE E MORBIDADE
NEONATAL

MATURIDADE*	RN SADIO		RN DOENTE			
	N	%	N	%		
PIG	21	8,3	14	66,7	7	33,3
AIG	201	79,8	158	78,8	43	21,4
GIG	20	7,9	18	90,0	2	10,0

*Houve 10 casos (4,0%) sem esta informação.

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

Tabela XVI - Recém-nascido de mãe adolescente

RELAÇÃO DE AGRAVOS PERINATAIS E GESTOSES
COM MORBIDADE NEONATAL

AGRAVOS E GESTOSES	RN SADIO		RN DOENTE			
	N	%*	N	%		
FUMO	34	13,6	27	79,4	7	20,6
INFECCÃO	27	10,8	21	77,8	6	22,2
INCOMPATIBILIDADE Rh	26	10,4	22	84,6	4	15,4
HIPEREMESE GRAVÍDICA	24	9,6	18	75,0	6	25,0
TOXEMIA	12	4,8	7	58,3	5	41,7
ECLÂMPSIA	2	0,8	-	-	2	100,0
DROGAS	2	0,8	1**	50,0	1***	50,0
HAS****	2	0,8	2	100,0	-	-
DPP*****	2	0,8	-	-	2	100,0
PLACENTA PRÉVIA	1	0,4	1	100,0	-	-

* N = 250 (100,0%)

** Uso de maconha

*** Uso de cocaína endovenosa

**** Hipertensão arterial sistêmica

***** Descolamento prematuro de placenta

FONTE: SAME/MCD - Florianópolis - MAI/AGO 1989

Quanto à mortalidade, houve um total de 6 óbitos neonatais, correspondendo a 2,4% do total.

DISCUSSÃO

De um total de 2.111 atendimentos obstétricos ocorridos no período de maio a agosto de 1989, na Maternidade Carmela Dutra, 299 (14,2%) eram de adolescentes. O número de nascimentos de mães adolescentes em relação ao total de recém-nascidos (1.777) também foi de 14,2% (250 casos).

Com relação à distribuição etária das mães, com exceção dos 5 casos (2,0%) de mães com 14 anos, as porcentagens de ocorrência nas demais faixas etárias correspondem aos achados na revisão de literatura. (2,18)

Na avaliação do estado civil, ao somar-se o número de mães solteiras (38,0%) ao de solteiras que mantêm coabitação (22,4%), observa-se que 60,8% do total mantêm situação conjugal irregular.

Outro item a ser notado é um aumento no percentual de casadas nas mães maiores de 18 anos, inclusive, revelando que a idade para o matrimônio está se elevando. (2)

O estudo da procedência mostra que a Maternidade Carmela Dutra atendeu, em sua grande maioria, 96,4%, mães oriundas de Florianópolis e da Grande Florianópolis. Esses percentuais podem ser alterados durante a temporada de férias de verão e/ou no período letivo da universidade.

Na avaliação da etnia, constatou-se que 94,0% (237 casos) são de cor branca e 4,8% (12 casos), preta. A população de cor preta está estimada em 6,5% do total, revelando que não há sinais de maior incidência entre a população de cor de gestação na adolescência, como relata a literatura. (7, 18)

Quanto à paridade, confirmou-se o fato, já esperado, que 75,2% (188 casos) eram primigestas e primíparas, seguidas, de longe, pelas duíparas com 13,2% (32 casos). (18)

Na avaliação da assistência pré-natal, pode-se observar que 83,2% (208 casos) das pacientes respondeu afirmativamente à indagação sobre o comparecimento às consultas de pré-natal. Esse percentual revela que a presença à assistência pré-natal para gestantes adolescentes não difere da assiduidade das não adolescentes, de acordo com a literatura. (1,12,18)

Definiu-se, então, o perfil da mãe adolescente: tem idade entre 17 e 19 anos; solteira se menor de 18 anos e casada se com 18 ou mais; procedente de Florianópolis ou da Grande Florianópolis; de cor branca; primípara; primigesta e que fez pré-natal.

Na análise das gestoses e dos agravos perinatais, observa-se que ocorreu uma taxa de mães fumantes de 13,6%, índice este mais baixo que o de adolescentes e que o de não adolescentes, conforme a literatura. (11,18)

A toxemia, que é considerada uma das duas maiores complicações que se esperam da gestante adolescente, apresentou uma taxa de ocorrência de apenas 4,8% (12 casos). A incidência de eclâmpsia, com sua tríade clássica: edema, hipertensão e proteinúria, foi ainda menor com 0,8% (2 casos), mostrando que essas não devem ser consideradas, pelo menos a princípio, como pontos principais de risco na gestante adolescente. Observação importante deve ser notada sobre a ocorrência de dois casos de uso de drogas psicoativas, a saber: um caso de cocaína de uso endovenoso e um caso de fumante de maconha. (2,18)

Quanto às condições de parto, observou-se que a apresentação cefálica predominou (88,5%), determinando uma relação cefálica/pélvica de 22,3 : 1. O tipo de parto que mais ocorreu foi o vaginal com 193 casos (76,6%). O tempo de rotura das membranas ovulares foi menor que 6 horas em 182 casos (72,2%). O aspecto claro predominou na avaliação do líquido amniótico com 77,8% dos casos.

Utilizando-se dos resultados obtidos das condições de parto, definiu-se o perfil do trabalho de parto da gestante adolescente: a apresentação é cefálica, o tempo de rotura das membranas ovulares é menor que 6 horas, o líquido amniótico tem aspecto claro e o parto é vaginal.

No estudo das condições de nascimento, o Índice de Apgar do primeiro minuto foi menor que 7 em apenas 15 recém-nascidos (5,9%). Zuckerman e cols. encontraram com Apgar menor que 5, em adolescentes a taxa de 10,8% e em não adolescentes a taxa de 9,3%. (18)

O peso médio ao nascimento foi de 3.173 g, o comprimento de 48,2 cm e o perímetro cefálico de 33,9 cm, que, se comparados à literatura, não exprimem diferença significativa e discordam da proposição da literatura que refere como segunda maior complicação da gestação na adolescência o baixo peso ao nascimento. (1,2,4,10,18)

Avaliando-se a ocorrência de morbidade neonatal, observou-se que a anóxia foi a complicação mais freqüente, acometendo 25 recém-nascidos (42,3% dos 59 que apresentaram algum problema), seguida de tocotraumatismo com 22 casos (37,2%) e síndrome de desconforto respiratório (SDR) leve com 13 (22,0%).

A partir desses resultados, definiu-se o perfil do recém-nascido de mãe adolescente: o Índice de Apgar é maior que 7, têm peso, comprimento e perímetro cefálico semelhantes aos considerados normais e não apresentam morbidade.

Considerando-se o total de recém-nascidos, 9,9% apresentaram anóxia, 8,7%, tocotraumatismo e 5,1%, síndrome de desconforto respiratório (SDR) leve. No levantamento bibliográfico são descritas porcentagens de ocorrência de tocotraumatismo: 2,6% para adolescentes e 3,3% para não adolescentes. (10,18)

Deve-se, também, observar que dos oito casos de aspiração encontrados, sete (87,5%) referem-se à aspiração de líquido amniótico de aspecto meconial e apenas um de líquido claro.

Dentre dez casos com infecção, foram isolados um caso de sífilis congênita e dois com anti-HIV positivo, destes uma das mães utilizava cocaína endovenosa.

Dos 223 recém-nascidos que apresentavam apresentação cefálica, 177 (79,4%) eram saudáveis e 46 (20,6%) exibiram alguma morbidade. Dos 10 casos de apresentação pélvica, apenas 3 casos (30,0%) tiveram problemas. Dos 3 casos de cômica, apenas um (33,3%) apresentou morbidade.

Avaliando-se o tipo de parto em relação com a morbidade, notou-se que dos 193 partos vaginais, 40 (20,7%) originaram recém-nascidos doentes; dos 59 partos cirúrgicos, 19 (32,3%) dos recém-nascidos eram doentes, revelando maior morbidade nas cesarianas que nos partos vaginais.

Considerando-se as duas variáveis, a apresentação e o tipo de parto, em conjunto, observa-se que na apresentação cefálica, 35,0% das cesarianas trouxe morbidade contra apenas 17,5% dos partos vaginais. Na apresentação pélvica, ao contrário, 100,0% das cesarianas revelaram recém-nascidos saudáveis, ao passo que 100,0% dos partos vaginais trouxeram morbidade.

Na relação do tempo de rotura de membranas ovulares com a morbidade, obteve-se que 38,2% dos recém-nascidos com tempo maior que seis horas apresentaram morbidade. Dos 182 recém-nascidos com tempo menor que seis horas, 18,1% revelaram algum problema, reforçando a teoria que o número de horas de bolsa rota está diretamente ligado à morbidade neonatal.

(6)

Dos 192 casos que apresentavam líquido amniótico de aspecto claro, apenas 36 (18,7%) apresentaram doença; dos 32 de aspecto meconial, 12 (37,5%) eram doentes e dos 4 casos de aspecto claro mas odor fétido, todos estavam doentes. A incidência de morbidade é maior no líquido meconial, comprovando a revisão de literatura, e o odor fétido do líquido amniótico representa suspeição de mau prognóstico para o recém-nascido.

(4,6)

Na avaliação da maturidade pela curva de Lubchenco, determinou-se, em ordem de frequência, 79,8% de AIG (adequado para a idade gestacional), 8,3% de PIG (pequeno para a idade gestacional) e 7,9% de GIG (grande para a idade gestacional). Na relação com a morbidade, encontrou-se, também pela ordem de frequência, 33,3% dos PIG, 21,4% dos AIG e apenas 10,0% dos GIG, confirmando o referido na literatura que sugere maior tendência à morbidade aos prematuros. (3,7)

Comparou-se a Tabela VIII (agravos perinatais e gestoses) com a ocorrência ou não de morbidade, determinando a Tabela XVI, já apresentada, e que demonstra uma incidência de 20,6% de recém-nascidos doentes nas mães fumantes, de 22,2% nas portadoras de infecção na gestação e de 25,0% nas que apresentaram hiperemese, considerando-se essas como gestoses e agravos perinatais de médio risco. (18)

A toxemia apresentou 41,7% de recém-nascidos com problemas, o uso de drogas, 50,0%, a eclâmpsia e o descolamento prematuro de placenta, 100,0%. Como foi dito anterior-

mente, a toxemia e a eclâmpsia não são pontos principais de incidência das gestoses na mãe adolescente, embora, quando ocorrem, merecem toda a atenção possível para evitar maiores danos ao conceito por tratar-se de gestoses de alto risco em qualquer idade. O uso de drogas psicoativas tem a sua capacidade teratogênica, embora não definida, já comprovada. (3) O descolamento prematuro de placenta é um grave fator de risco para gestantes de qualquer faixa etária e geralmente apresenta morbidade. (6)

Pela análise dos dados encontrados, pode-se definir o perfil do recém-nascido doente de mãe adolescente: apresentou, associadas entre si ou não, anóxia, toco-traumatismo e síndrome de desconforto respiratório (SDR) leve; nasceu de cesariana se a apresentação era cefálica e de parto vaginal se era pélvica; o tempo de rotura de membranas ovulares foi maior ou igual a seis horas; o líquido amniótico era de aspecto meconial ou claro e fétido; foi classificado como PIG (pequeno para a idade gestacional) e como agravos perinatais e gestoses sua mãe apresentou, associadas entre si ou não, eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, uso de drogas e toxemia.

Na análise da mortalidade neonatal, obteve-se uma porcentagem de 2,4% do total. Considerando-se como fora do cálculo de mortalidade, os recém-nascidos com idade gestacional menor que 28 semanas e/ou peso ao nascimento igual ou menor que 1.000 gramas, obteve-se uma taxa de mortalidade neonatal intrahospitalar depurada de 1,6%.

CONCLUSÕES

- 01 - A situação conjugal é legalmente irregular em 60,8% das mães.
- 02 - O percentual de mães solteiras diminui acima dos 18 anos de idade, inclusive.
- 03 - Confirmou-se a observação que a grande maioria das gestantes adolescentes era primípara e primigesta (75,2%).
- 04 - A freqüência à assistência pré-natal é satisfatória (83,2%), sendo esta semelhante à de mães não adolescentes.
- 05 - A toxemia ocorreu em apenas 4,8% dos casos e a eclâmpsia em 0,8%, determinando uma incidência menor que a de mães não adolescentes.
- 06 - Confirmou-se que a apresentação cefálica e o parto vaginal são predominantes e, pelo Índice de Apgar, observou-se um bom resultado para o parto na adolescência: apenas 5,9% com Apgar menor que 7.
- 07 - Está discordante o baixo peso ao nascimento descrito na literatura para mães adolescentes.
- 08 - A anóxia (9,9%), o tocotraumatismo (8,7%) e a síndrome de desconforto respiratório (SDR) leve (5,1%) foram as morbidades mais comumente encontradas. A taxa de tocotraumatismo é três vezes maior que a encontrada para adolescentes na literatura.
- 09 - Constatou-se que a cesariana levou ao dobro de morbidade que o parto vaginal quando a apresentação é cefálica.
- 10 - A aspiração do líquido amniótico meconial é sete vezes mais freqüente que a de líquido claro, traduzindo maior morbidade.

BIBLIOGRAFIA

1. Baldwin, W, Cain, V: The children of teenage parents. Fam Plann Perspect. 12: 34-43, 1980
2. Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics. Statement on teenage pregnancy. Pediatrics 63: 797-7, 1979
3. D'Angelo, L, Sokol, R: Prematurity: Recognizing patients at risk. Perinatal Care 2: 16, 1978
4. Duenhoelter, J, Facog, J, Jimenez, J M, et al: Pregnancy performance of patients under fifteen years of age. Obstet Gynecol 23: 49-52, 1975
5. Ferreira, Aurélio B H et al: Novo Dicionário de Língua Portuguesa, 2ª edição, Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira, 1986
6. Hardy, J B, Welcher, D, Gordon, J, et al: Long-range outcome of adolescent pregnancy. Clin Obstet Gynecol 21: 1215-1232, 1978
7. Kaltreider, D, Kohl, S: Epidemiology of preterm delivery. Clin Obstet Gynecol 23: 17-31, 1980
8. Kantner, J F, Zelnik M: Contraception and pregnancy: Experience of young unmarried women in the United States Fam Plann Prospect 5: 21, 1973
9. McAnarney, E R, Roghmann K J, Charney E, et al: Obstetric neonatal and psychosocial outcome of pregnant adolescents. Pediatrics 61: 199-205, 1978
10. Merritt, J, Lawrence, R, Naeye, R: The infants of adolescent mothers. Pediatr. Ann 9: 32-46, 1980
11. Meyer, M D, Tonascia, J A: Maternal smoking, pregnancy complications and perinatal mortality. Am J Obstet & Gynecol 128: 494-502, 1977
12. Perkins, R P, Facog, I, Nakashima, I, et al: Intensive care in adolescent pregnancy. Clin Obstet Gynecol 52: 179-188, 1978

13. Zuckerman, B, Alpert, J J, Dooling, E, et al: Neonatal outcome: Is adolescent pregnancy a risk fator? Pediatrics 71: 489-493, 1983

TCC
UFSC
PE
0337

N.Cham. TCC UFSC PE 0337
Autor: Maier, Evandro Luz
Titulo: Recém-nascido de mãe adolescente



972815765

Ac. 253944

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM