

## **GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E FATORES DE RISCO ENTRE FILHOS DE MULHERES NAS FAIXAS ETÁRIAS DE 10 A 14 E 15 A 19 ANOS EM JUIZ DE FORA, MG.**

Teenage pregnancy and risk factors among children of mothers in the 10 to 14 and 15 to 19 age groups in Juiz de Fora, MG

Terezinha de Jesus Nascimento Martins da Costa\*  
Maria Luiza Heilborn\*\*

\*assistente social, mestre em saúde coletiva, servidora do Departamento de Epidemiologia, da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental de Juiz de Fora, Minas Gerais. Endereço: Rua Halfeld nº 1400, 3º andar. Paineiras. CEP: 36.016.000, Juiz de Fora - MG E-mail: [tereca@uai.com.br](mailto:tereca@uai.com.br)

\*\*doutora em Antropologia e Professora Adjunta do Instituto de Medicina Social (PPGSC/UERJ) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, RJ. Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 – 6º andar – bl. D. Maracanã. CEP: 20559-900, Rio de Janeiro - RJ E-mail: [heilborn@ims.uerj.br](mailto:heilborn@ims.uerj.br)

### **RESUMO**

A adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde, engloba a faixa etária de 10 a 19 anos de idade. Partindo da noção de risco adotada pela saúde pública e a amplitude desse grupo etário, o artigo considera relevante uma diferenciação da adolescência em dois segmentos de idade, para uma análise mais ampla do fenômeno gravidez na adolescência. Para tanto, parte do banco de dados dos Sistemas de Informação sobre os Nascidos Vivos (SINASC) e de Mortalidade (SIM) para construir três indicadores epidemiológicos: coeficiente de mortalidade perinatal, índice de baixo peso ao nascer e índice de prematuridade, em filhos de mulheres residentes em Juiz de Fora (MG). Estes índices são construídos segundo três faixas etárias das mães: de 10 a 14 anos, de 15 a 19 anos e acima de 19 anos. Os achados do estudo revelam a necessidade de um demarcador na “gravidez na adolescência”, considerando o maior risco desses indicadores identificado nas crianças de mães na faixa de 10 a 14 anos, quando comparado com o de mulheres entre 15 e 19 anos.

**Palavras chave:** Gravidez na Adolescência; Epidemiologia; Fatores de Risco.

### **ABSTRACT**

#### **ABSTRACT**

According to WHO, the period of adolescence encompasses the ages between 10 and 19. Taking into account the notion of risk as adopted by public health, as well as the size of this age group, for this article we found it appropriate to divide the period of adolescence into two basic age groups, in order to carry out a more in-depth analysis of the issue of teenage pregnancy. To this end, we began with the database of the Live Birth Information Service (SINASC) and the Mortality Information System (SIM), which allowed us to create three

epidemiologic rates: coefficient of prenatal mortality, low weight at birth rates and prematurity rates among children of women who reside in Juiz de Fora. These rates were calculated according to three maternal age groups: from 10 to 14, from 15 to 19 and above 19. The results of this study indicate the need for a “teenage” marker, considering that the risk of these indicators was more widely witnessed among children whose mothers were in the 10 to 14 age group, as compared to the 15 – 19 age group.

**Key words:** Pregnancy in Adolescence; Epidemiology; Risk Factors.

## 1 Introdução

A adolescência surge como objeto privilegiado de estudos nas últimas décadas, que enfatizam a emergência de novos valores e comportamentos na área da sexualidade e da vida reprodutiva. Órgãos governamentais voltados à saúde, educação, igreja e mídia disputam espaço e autoridade para falar sobre o adolescente. Nesse contexto, um tema tem sido especialmente debatido – a gravidez na adolescência – sendo destacado como um evento precoce, sobretudo na área da saúde pública, com implicações nas questões relativas à saúde da mulher grávida. A gravidez na adolescência é também problematizada por sua interferência no processo educacional, na qualificação e inserção no mercado de trabalho da jovem, em razão das implicações que produziria em termos do perfil sócio-econômico desse grupo específico.

Os fatores que levam à gestação nos anos iniciais da vida reprodutiva são de natureza objetiva ou subjetiva, sendo os mais elencados: o desconhecimento dos métodos contraceptivos, a dificuldade de acesso do adolescente a tais métodos, a dificuldade das garotas em negociar o uso do preservativo, ingenuidade, violência, submissão, desejo de estabelecer uma relação mais estável com o parceiro, forte desejo pela maternidade, com expectativas de mudança de *status* social e de obtenção de autonomia permanecendo, ainda nos dias de hoje, a valorização social da mulher por meio da maternidade, e outros (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004).

A literatura sobre o fenômeno da gravidez na adolescência ressalta a redução das taxas de fecundidade geral, a despeito do aumento ou estabilização dessas mesmas taxas entre as mulheres mais jovens. Embora tal debate extrapole as fronteiras nacionais conforme Le Van (1998), Luker (1996), Hernandez (1998) e Stern e Garcia (1999) é no contexto brasileiro que discutimos esse dado como um dos elementos propulsores de uma

maior visibilidade da gravidez adolescente em nosso país. (SOUZA, 1998; CAMARANO, 1998; MELO, 1996; CARNEIRO, 1998; HEILBORN et al., 2002)

Contrariando os padrões culturais prescritos para a adolescência contemporânea, apesar das diferenças regionais e sociais, uma acentuada queda da taxa de fecundidade tem sido verificada em todo o Brasil nas últimas décadas, alcançando uma redução de 57% entre os anos de 1970 e 2000 (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL - BENFAM, 1997). Em 1970, a média de filhos por mulher brasileira era de 5,8 filhos, passando para 2,3 em 2000, resultando em uma redução de 3,5 filhos por mulher. Estima-se que em 2005 chegue a 1,9 (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004). A maior queda registrada nestes 30 anos foi na região Norte: de 8,2 para 3,2 filhos por mulher. Em 2000, as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste atingiram níveis próximos ao da reposição populacional: 2,1 filhos por mulher. (BRASIL, 2004)

Entretanto, a análise do fenômeno por grupos etários de mulheres no período reprodutivo demonstra que as taxas específicas de fecundidade diminuíram acentuadamente, especialmente a partir dos 30 anos de idade, apontando quedas acima de 70% entre 1970 e 2000.

Em 2000, do total de adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos, 0,43% tinha filhos e 17% delas mais de um filho. O peso relativo desta faixa etária sobre a taxa de fecundidade passou de 0,24%, em 1991, para 0,57% em 2000. No período de 1996 a 2000 houve um acréscimo de 1,8% no percentual de partos nesta mesma faixa etária. Em 2000, na faixa de 15 a 19 anos, 15% das jovens já tinham filho. Quanto às taxas de fecundidade na população adolescente, verifica-se que há uma tendência crescente nos dois grupos etários considerados (10-14 e 15-19 anos). Tal comportamento apresenta-se mais marcante entre jovens de baixa renda. Em 1996, enquanto as adolescentes de menor renda apresentavam uma fecundidade de 128 por 1000 mulheres, as jovens dos segmentos de renda mais elevada apresentavam uma fecundidade de 13 por 1000 mulheres. No entanto, a participação das garotas de classe média entre as grávidas cresceu 34%, já refletindo na rede de saúde particular (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004).

Esses dados revelam um rejuvenescimento do padrão de fecundidade brasileiro: as mulheres estão tendo filhos em idades mais precoces. Minas Gerais segue o mesmo padrão encontrado em todo o Brasil e a distribuição relativa da fecundidade revela que, se em

1970, as mulheres de 15 a 19 anos correspondiam 4,7% do total, em 1999 esse grupo significava 16,8% das mulheres. (ALBUQUERQUE, 2001)

A tendência de aumento da fecundidade das mulheres brasileiras mais jovens, na contramão das de outras faixas etárias, configura-se na expressão concreta da gravidez na adolescência e influencia de forma relevante no seu entendimento como um problema social (REIS, 1993) Esta constatação contém várias implicações e tem em si um conteúdo perverso, em termos de resposta social para a questão da gravidez na adolescência, sendo tal índice menor com o aumento da escolaridade e renda das jovens. No Brasil, em 1996, a proporção de mulheres de 15 anos que já tinham iniciado a sua vida reprodutiva chegava a 55%, entre as que não tinham nenhuma escolaridade, enquanto que entre as que tinham de 5 a 8 anos de estudos e as que tinham de 9 a 11 anos de estudos estes índices eram respectivamente de 19% e menos de 10% (BEMFAM, 1997).

Oliveira (1998) elenca seis complicações possíveis para a saúde da mãe e do bebê, em uma gravidez na adolescência: imaturidade anátomo-fisiológica (levando à maior incidência de baixo peso ao nascer e prematuridade); toxemia gravídica (principalmente na primeira gestação, podendo causar pré-eclâmpsia e eclâmpsia); problemas no parto (prematureo ou demorado); infecções urogenitais; anemia (por a gestante estar em fase de crescimento) e retardo do desenvolvimento uterino. Para a autora, essa “rede de causalidade” poderia ser minimizada, caso as adolescentes procurassem assistência pré-natal, o que só acontece (quando ocorre) tardiamente, quando a jovem não pode mais esconder a gestação. McAuliffe e Correia (1999) concordam com Oliveira (1998), considerando que, por vezes, a mãe adolescente não atingiu um *amadurecimento* suficiente para assumir esse papel, o que pode ser demonstrando pelo maior índice de mortalidade infantil entre seus filhos.

Ao analisar as publicações do Ministério da Saúde e de órgãos internacionais como a OMS e a Organização Pan Americana de Saúde - OPAS, Katz (1999) salienta a presença de um discurso demarcador de um “padrão tipificado” da adolescente que engravida e se torna mãe. Tais publicações partem do pressuposto de que as adolescentes são um grupo homogêneo, “*passível de ser normatizado através de prescrições e de que as normatizações levam a uma normalização das condutas desviantes*” (KATZ, 1999, p.16).

Nesses documentos, são freqüentemente utilizados termos como “prevenção”, “epidemia” e “risco” para mencionar o evento, indicando uma associação estreita entre gravidez na adolescência e patologia.

Com Katz (1999) chamamos atenção para os pressupostos que sustentam esses documentos, dentre os quais o que considera que a gravidez na adolescência é sempre indesejada e não-planejada, resultando de desinformação da jovem sobre métodos contraceptivos. A família é tida como elemento importante da gravidez nessa etapa da vida e, com freqüência, é responsabilizada pela falha na transmissão de valores morais. Como conseqüências dessas gestações, além dos riscos de morbimortalidade materna e infantil, são também considerados os impactos negativos da maternidade para a escolarização e posterior inserção da adolescente no mercado de trabalho. Ressaltamos, seguindo Katz (1999), que esses documentos excluem aspectos de suma importância para a compreensão do fenômeno em sua complexidade, o que implica uma inadequação das políticas governamentais e uma tendência a uma abordagem estigmatizante do evento.

Há uma vasta literatura na área de saúde pública e de clínica médica que aponta a idade da mãe como fator de risco para a saúde dos seus filhos. No entanto, há divergências entre os diversos autores. Mathias citado por Monteiro (1998), por exemplo, sustenta que as adolescentes, em qualquer idade, no momento da gestação, atingem maturidade biológica e igual desempenho obstétrico das demais gestantes. Para este autor, o baixo nível socioeconômico da gestante e o não-acompanhamento pré-natal seriam os fatores responsáveis por uma pior evolução das “gestações precoces”, se comparadas com as “não precoces”. Já Stern e Garcia (1999) afirmam haver riscos na gravidez precoce nos casos em que a gestação ocorre antes da maturidade ginecológica (dois anos após a menarca). Outros estudos enfatizam a maior probabilidade das mães adolescentes gerarem filhos com baixo peso ao nascer (nascidos com menos de 2,5 kg), prematuros (nascidos antes de completar 37 semanas de gestação) ou que venham a falecer no período perinatal (natimorto ou morte nos primeiros sete dias de vida). (BENFAM, 1997; CAMARANO, 1998; MONTEIRO, 1998; CARNEIRO, 1999; REES, 1997; ISLAS; ALLENDE, 2000).

No entanto, apenas parte da produção sobre o tema enfatiza a importância de diferenciação entre gravidez em adolescentes na faixa de 10 a 14 anos e o grupo de 15 a 19 anos (SOUZA, 1998; HEILBORN, 1998; RIBEIRO et al., 2000; HERNANDEZ, 2001).

Para Stern e Garcia (1999) é apenas entre as mulheres menores de 15 anos, e não entre todas as adolescentes, que a idade da mãe é fator de risco importante. Nas gestações de mulheres entre os 15 e 19 anos, desde que em condições adequadas de saúde, nutrição e atenção pré-natal, os riscos à saúde são quase inexistentes, não se distinguindo do das mães não-adolescentes. (STERN; GARCIA, 1999; RIBEIRO et al. 2000).

Estudo sobre avaliação do nível de risco para mortalidade em menores de um ano, em residentes nos Estados Unidos (REES et al., 1997) evidencia que a mortalidade infantil, sobretudo a que ocorre no período neonatal, é nitidamente superior em crianças de mães adolescentes, relativamente às de mães adultas, sendo tanto maior quanto menor é a idade materna.

Carneiro e Matos (1999) salientam que complicações maternas, repercutindo sobre a saúde do filho, são mais frequentes nas gestações de adolescentes mais jovens. Entre os problemas mais comuns dessas gestantes, os autores destacam a pré-eclâmpsia, anemia, hemorragias, infecções, e nos bebês a prematuridade e baixo peso ao nascer, elevando as taxas de mortalidade perinatal. Para Camarano (1998), independentemente do nível socioeconômico das mulheres, a idade da mãe nas extremidades do período fértil é um fator de risco para mortalidade infantil. Salienta, no entanto, que estatísticas para a grande São Paulo são indicativas de que essa situação é particularmente crítica para as crianças nascidas de jovens com menos de 15 anos. Em 1984, a taxa de mortalidade infantil dos filhos dessas adolescentes era 68% mais elevada do que a de filhos de mães de 20 a 24 anos, enquanto, em relação a esse mesmo grupo, nas crianças nascidas de jovens entre 15 e 19 anos, essa taxa era 42,5% mais alta. Ainda segundo Camarano (1998), além de maior mortalidade infantil, a gravidez em menores de 16 anos implica maior mortalidade materna. Para esta autora, trata-se de uma “gravidez de risco”. (CAMARANO, 1998)

A OMS sustenta que as adolescentes têm uma probabilidade muito maior de anemia na gravidez, partos prematuros, bebês de baixo peso, por desenvolvimento fetal insuficiente e desenvolvimento de doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). Tal agravo, se não tratado adequadamente, pode conduzir à morte, sendo o risco mais elevado de morte materna entre as jovens menores de 20 anos. Entre as meninas de 10 a 14 anos, o risco de morte materna é cinco vezes maior, quando comparado com o das jovens de 15 a 19 anos (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD-OMS, 1998). No

Brasil, o Ministério da Saúde reitera essa visão. Em manual técnico destinado aos profissionais sobre Pré-natal e Puerpério tal órgão reconhece como fator de risco para gestação somente as adolescentes com idade menor que 15 anos (BRASIL, 2005). Em outro material destinado aos profissionais de saúde, a gravidez nas adolescentes menores de 15 anos é veiculada como especialmente preocupante. Segundo este órgão, esse grupo possui uma probabilidade de cinco a sete vezes maior de morte durante a gravidez e no parto, em relação às jovens de 20 a 24 anos, por apresentarem frequentemente a pélvis demasiado estreita para a passagem do bebê (CARNEIRO, 1999; BRASIL, 1999). Melo (1996) reforça esse argumento, assinalando que, nessa faixa etária, aumentam as chances de hipertensão, eclampsia, formação incompleta do aparelho reprodutivo e problemas de nutrição.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 afirma que a idade da mãe ao ter o primeiro filho é uma variável a ser considerada nos níveis de mortalidade infantil, sendo maiores as possibilidades de morte de crianças nascidas de mães com idade inferior a 18 anos ou superior a 34 anos. No entanto, a importância da variável “*idade da mãe inferior a 18 anos*” para esse indicador mostrou-se bem menor que outras variáveis, como “*intervalo entre os nascimentos inferior a 24 meses*” e “*ordem do nascimento maior que três filhos*” (BENFAM, 1997, p. 101-102).

Em levantamento realizado em novembro de 2001 no site da BIREME/OPAS/OMS - Centro latino-americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde - Biblioteca Virtual em saúde (<http://www.bireme.br>), foram identificados, entre jornais e revistas de ginecologia e obstetrícia de diversos países, 18 resumos de estudos sobre os riscos da gravidez precoce para a saúde da mulher e de seus filhos. Embora adotem subdivisões diferenciadas das faixas etárias que compreendem o grupo “mães adolescentes”, estes estudos efetuam comparações entre segmentos etários, avaliando diferenças no interior desse grupo. Dentre eles, nove sustentam que, quanto menor a idade dessas jovens, maiores são os riscos para sua saúde e de seus filhos. Salientam problemas como doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), anemia, infecção urinária e toxemia gravídica para as mulheres, e mortalidade perinatal, baixo peso ao nascer e prematuridade para os bebês. Dos demais, cinco concluem que não se justifica considerar a idade precoce da mãe como fator de risco de morbimortalidade materna e infantil, sendo o desempenho obstétrico

das gestantes adolescentes, qualquer que seja a idade, igual ao de outras mulheres. A maior parte dos resumos considera que a evolução pouco favorável dessas gestações resulta de precárias condições socioeconômicas e controle insuficiente de pré-natal. Os outros quatro relativizam os achados: por exemplo, enquanto um considera a idade mais precoce da gestante como fator de risco para DHEG, mas não para baixo peso ao nascer, outro ressalta a faixa etária como risco para prematuridade e não para o desempenho obstétrico da gestante.

Contudo, é necessário enfatizar que a mortalidade infantil tem sido referida como o principal prejuízo da gravidez na adolescência. Apesar dos avanços nos diagnósticos pré-natais, a prematuridade e o baixo peso ao nascer permanecem como os principais fatores de morbimortalidade infantil (GAMA et al, 2001).

Estudos sobre os coeficientes de mortalidade perinatal e de mortalidade materna são freqüentemente utilizados na saúde pública para avaliação da qualidade de atenção obstétrica e pediátrica oferecidas (HORTA et al, 1996). Estes estudos assinalam a importância de fatores de risco materno na determinação da mortalidade perinatal e sua associação estreita com o peso da criança ao nascer. O último, por sua vez, reflete as condições de saúde materna (antes e durante a gestação), variando com a condição sócio-econômica, peso, idade da mãe, paridade etc. (ICHIHARA, 1993).

A idade da mãe como fator isolado para a análise de indicadores materno-infantis é reducionista. Atribuir somente a essa variável os maiores índices de baixo peso, prematuridade e mortalidade perinatal dos recém-nascidos de mães adolescentes, quando comparados com os de mães não-adolescentes consiste, certamente, em uma análise simplista de um fenômeno mais complexo. Uma questão, entretanto, permeia até mesmo estudos mais críticos sobre a gravidez na adolescência: o destaque dado à diferenciação deste fenômeno, sobretudo quando o tema centra-se nos riscos de saúde para as mães adolescentes e seus filhos. Sob a ótica da saúde pública, há consenso sobre os maiores riscos quando as idades das adolescentes são menores, principalmente entre os 10 e 14 anos.

## **2. Procedimentos metodológicos**

Partindo da noção de risco adotada pela saúde pública e do conceito de adolescência elaborado pela OMS, que compreende uma ampla faixa etária, este artigo postula a importância de diferenciação da adolescência em dois segmentos etários, tendo em vista uma análise mais adequada da gravidez neste período da vida. Para tal, parte do banco de dados do Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de Juiz de Fora, para refletir sobre a incidência de três indicadores epidemiológicos: coeficiente de mortalidade perinatal, índice de baixo peso ao nascer (BPN) e índice de prematuridade. O primeiro, coeficiente de mortalidade perinatal, é definido pela CID – 10ª revisão (Organização Mundial de Saúde, 1994), sendo calculado pelo número de óbitos fetais que pesam, ao menos 500g, somado ao número de óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias) por 1000 nascimentos totais (nascimentos vivos mais óbitos fetais). O segundo índice refere-se às crianças nascidas vivas com menos de 2,5 kg, (BPN), enquanto o terceiro é definido pelo número de crianças nascidas vivas antes de completar 37 semanas de gestação. Os três indicadores epidemiológicos referem-se aos filhos de mulheres residentes em Juiz de Fora (MG). É analisado o período de 1996 a 2003 e os indicadores são construídos segundo três faixas etárias das mães: de 10 a 14 anos, de 15 a 19 anos e acima de 19 anos. Ressalta-se que, em Juiz de Fora (MG), desde a implantação do SINASC (agosto de 1994) não foi registrado qualquer parto com jovem de 10 ou 11 anos de idade e que a grande maioria das meninas (81%) contava com 14 anos à ocasião do parto.

### **3. Resultados**

#### **3.1 Sobre a maternidade em adolescentes de Juiz de Fora**

Segundo os dados do Sinasc/JF, desde 1994, ocasião em que foi implantado tal sistema no município, notam-se pequenas oscilações nos percentuais anuais de mães adolescentes, variando de 15,5% em 1994 a 16,1% em 2003, indicando, na década, uma tendência à estabilização destes índices. Em 1999, o Brasil possuía 23% de mães menores de 20 anos de idade (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004). A proporção de mães menores de 15 anos também se manteve estável em Juiz de Fora nesse período, correspondendo em média, nos 10 anos, a 3% do total dos nascimentos vivos em mulheres com menos de 20 anos.

Cabe ressaltar que o uso do SINASC para o conhecimento da magnitude da gravidez na adolescência em uma localidade é limitado, visto que nele estão computadas apenas as gestações que evoluíram para partos com conceptos vivos. Assim, tal sistema exclui uma parcela significativa das gestações ocorridas nessa etapa da vida que terminaram em abortos e, também, as que evoluíram para o nascimento de conceptos mortos, em menor número. Através do SIM é possível resgatar parte da informação sobre as mães adolescentes que tiveram filhos natimortos. O número de abortos é, no entanto, bem mais complexo de ser aferido. A ilegalidade do aborto no Brasil, para a grande maioria das situações, e a dificuldade e burocracia de acesso a esse procedimento, nos casos previstos em lei, tornam impossível mensurar o fenômeno. A legislação brasileira inclui o país entre as nações que apresentam maiores restrições à interrupção voluntária da gravidez. A legislação restritiva não impede, no entanto, que o aborto seja amplamente praticado pelas mulheres de todas as classes sociais e nas mais diversas condições. No Brasil, o número de adolescentes que passam pelo SUS, por complicações por aborto, cresce a cada ano. Em 1999, as garotas entre 10 e 14 anos foram responsáveis por 2.820 internações, tendo o aborto como causa (2,4% a mais do que em 1998). As adolescentes entre 15 e 19 anos foram responsáveis por 48.560, 1,3% a mais do que em 1998 (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004). Os dados disponibilizados pelo DATASUS, Ministério da Saúde, permitem, no entanto, conhecer o número de internações por aborto no Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, os casos de aborto que não geraram internações e aqueles que geraram internações em hospitais com outros tipos de convênios não são aí computados. Pesquisa realizada pelo Instituto Alan Guttmacher, em conjunto com pesquisadores brasileiros, propõe que se admita como método estimativo do número de abortos induzidos o cálculo de cinco abortos “ocultos” para cada hospitalização por esse procedimento (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994).

A taxa de fecundidade geral do município passou de 61,8 por 1000, em 1994, para 41,6 por 1000, em 2003. A relação entre o número de nascidos vivos e as mulheres no período fértil foi, em 2003, 32,6% menor que a de 1994, resultado da queda da fecundidade durante esse período em Juiz de Fora. Esse declínio vem sendo observado em todo o país e no estado de Minas Gerais. A taxa de fecundidade geral é tradicionalmente medida pela relação entre o número de nascidos vivos e o de mulheres de 15 a 49 anos, em determinada

área e período, multiplicado por 1000 (BARBOSA, 1999). Neste estudo, para o cálculo das taxas foram incluídas no denominador as mulheres na faixa de 10 a 14 anos, em geral excluídas do conceito de mulheres em idade fértil.

### **3.2 Mortalidade perinatal, baixo peso ao nascer e prematuridade**

O coeficiente de mortalidade perinatal acumulado no período de oito anos, em Juiz de Fora (MG), é bastante diferenciado, quando analisado por faixa etária da mãe. Observa-se que este evento é bem superior entre os filhos de meninas na faixa de 10 a 14 anos (de 51,9 por 1000), quando comparado com os outros dois grupos etários, correspondendo respectivamente 23,9 e 20,9 por mil entre filhos de mulheres na faixa de 15 a 19 anos e de 20 anos e mais (Tabela 3).

O percentual de baixo peso ao nascer (crianças nascidas vivas com menos de 2,5 kg) serve como preditor de sobrevivência infantil, uma vez que, quanto menor o peso ao nascer, maior é a probabilidade de morte precoce. Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão, geralmente, associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno infantil. Sua incidência é reconhecidamente influenciada por uma série de fatores, como idade gestacional, atenção ao pré-natal e características maternas como idade da mãe, condição de saúde, nutrição, nível socioeconômico etc (McAULIFFE; CORREIA, 1999; HORTA et al., 1996; BARBOSA, 1999). Por isso, tem sido tomado como um indicador sensível não somente na área da saúde, mas também de desenvolvimento global, pois reflete a complexa interação de fatores sociais, econômicos, demográficos e de atenção à saúde (BARROS et al., 1985).

O Brasil apresenta variações regionais importantes, como reflexo da distribuição desigual de renda e educação materna. Nos países desenvolvidos são encontrados valores em torno de 5% a 6%. Convenções internacionais estabelecem que esta proporção não deve ultrapassar os 10% (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE-RIPSA, 2002; BRASIL, 2004).

Assim, o BPN é um indicador cada vez mais valorizado na avaliação das condições de saúde e nutrição da população materno-infantil, sendo considerado pela OMS como o fator isolado mais importante relativo à sobrevivência infantil. Estima-se que, no Brasil, o BPN atinja 10% dos recém-natos, embora existam importantes variações

regionais, de acordo com o nível de renda e educação materna (McAULIFFE; CORREIA, 1999).

Estudando os fatores de risco para o baixo peso ao nascer em Salvador (ICHIHARA, 1993) encontrou associação estatisticamente significativa entre este e a prematuridade, o pequeno intervalo entre as gestações, as idades maternas extremas (mães jovens ou idosas), a hipertensão, o fumo durante a gravidez etc.

Gama et al (2001) assinalam, em estudo realizado no Rio de Janeiro, no período de 1996 e 1998, o efeito expressivo da faixa etária precoce da mãe no baixo peso de seus filhos, ao nascerem, mesmo quando controlado por algumas variáveis que expressam o nível socioeconômico das adolescentes. Para tal afirmação, as autoras utilizam-se de dados disponíveis no SINASC: o grau de instrução da parturiente e o tipo de maternidade (pública ou privada) em que a mãe se internou para parir.

Em Juiz de Fora, o BPN tem-se mantido relativamente estável nos últimos anos, em torno de 11%. Nos anos de 1996 a 2003, quando analisado por idade da mãe, esse indicador, acumulado para este período apresenta uma significativa variação entre os três segmentos etários. Neste período, a incidência é visivelmente maior entre as crianças nascidas de mães menores de 15 anos, atingindo 17,8% dos nascidos vivos. Entre filhos de mulheres na faixa de 15 a 19 anos e de 20 anos e mais, os valores são, respectivamente, de 12,9% e de 10,7%. (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa de Peso ao Nascer acumulado para o período de 1996 a 2003 por faixa etária da mãe em Juiz de Fora (M.G.)

Peso ao nascer	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 anos e mais
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
<b>Menos de 2,5 kg</b>	56 (17,8)	1269 (12,9)	5191 (10,7)
<b>2,5 kg e mais</b>	258 (82,2)	8545 (87,1)	43148 (89,3)
<b>Total</b>	314 (100,0)	9814 (100,0)	48339 (100,0)

Nota: Totais podem variar devido a valores ignorados. Fonte: SINASC/JF

O percentual de BPN de crianças nascidas de mães de 15 a 19 anos foi mais próximo do encontrado para mães maiores de 19 anos. Este resultado fala a favor da tese de que, sobretudo nas gestações de menores de 15 anos, há maior risco, em termos biomédicos, para a saúde futura dos bebês.

Em Juiz de Fora, o índice de prematuridade mantém a mesma tendência do BPN, sendo maior entre os bebês cujas mães contavam com 10 a 14 anos. Para este grupo etário, do total de nascidos vivos na série histórica estudada, 14,6% nasceram prematuros, ao passo que, entre os filhos de adolescentes de 15 a 19 anos, a proporção foi de 8,4%, resultado mais próximo ao encontrado para as crianças das mulheres não-adolescentes, de 7,1% (Tabela 2).

**Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa da idade gestacional acumulado para o período de 1996 a 2003 por faixa etária da mãe em Juiz de Fora (M.G.)**

<b>Idade gestacional</b>	<b>10 a 14 anos Nº (%)</b>	<b>15 a 19 anos Nº (%)</b>	<b>20 anos e mais Nº (%)</b>
<b>Menos de 37 semanas.</b>	46 (14,6)	820 (8,4)	3416 (7,1)
<b>37 semanas e mais</b>	268 (85,4)	8912 (91,6)	44439 (92,9)
<b>Total</b>	314 (100,0)	9732 (100,0)	47855 (100,0)

Nota: Totais podem variar devido a valores ignorados

Fonte: SINASC/JF

Ao relacionar os resultados de BPN e prematuridade, observa-se que, apesar do primeiro indicador apresentar o mesmo comportamento que o segundo, seus índices são superiores aos de prematuridade, para as três faixas de idade (Tabela 2). Este resultado sugere que uma importante parcela das crianças nascidas com peso inferior a 2,5 kg não é prematura, mas é pequena para a idade gestacional. Estima-se que a incidência de baixo peso ao nascer, que ultrapassa os 10% do total de nascimentos vivos (valor encontrado na maior parte dos países em desenvolvimento), seja constituída, principalmente, por crianças com retardo do crescimento intra-uterino e não por crianças prematuras (ICHIHARA, 1993).

**Tabela 3 - Coeficiente de mortalidade perinatal (por 1000), percentual de baixo peso ao nascer, de prematuridade e risco relativo (RR) acumulado para o período de 1996 a 2003 por faixa etária da mãe em Juiz de Fora (MG)**

F. Etária	Mortalidade Perinatal		Baixo Peso ao Nascer		Prematuridade	
	COEF	RR	%	RR	%	RR
<b>10 a 14 anos</b>	51,9	2,48	17,8	1,66	14,6	2,05
<b>15 a 19 anos</b>	23,9	1,14	12,9	1,22	8,4	1,18
<b>20 anos e mais</b>	20,9	1,0	10,7	1,0	7,1	1,0

Fonte: SIM e SINASC/JF

A análise do risco relativo dos três indicadores – mortalidade perinatal, BPN e prematuridade – evidencia que há maior chance de morte dos filhos de mães adolescentes no período perinatal, com peso, ao nascer, inferior a 2,5 kg ou antes de completar 37 semanas de gestação, que dos filhos de mulheres adultas (20 anos e mais). Risco relativo “é a relação entre o coeficiente de incidência referente aos expostos a fatores de risco e o coeficiente de incidência referente aos não-expostos a esses mesmos fatores. O RR indica quantas vezes é mais freqüente o dano nos expostos (que têm o fator) que nos não-expostos” (BARBOSA, 1999, p.551). O fator de risco considerado neste estudo é ser filho de mãe adolescente.

A associação positiva observada quando comparados os grupos de filhos de mães adolescentes com os filhos de mães não-adolescentes é, portanto, muito diferenciada, quando avaliados esses resultados nos subgrupos que compõem a adolescência: faixa etária de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. Para os filhos de mulheres adolescentes com mais de 14 anos, o risco de falecimento no período perinatal ou de nascimento com baixo peso ou prematuro é respectivamente 14% (RR = 1,14; IC 95% = 1,00-1,31), 22% (RR = 1,22; IC 95% = 1,15-1,29) e 18% (RR = 1,18; IC 95% = 1,10-1,27) maior que o dos filhos de mães não-adolescentes. No entanto, para as crianças nascidas de mulheres menores de 15 anos, esses riscos são bem maiores. Para estes bebês, os valores dos três indicadores estudados são maiores do que nos filhos de mulheres com 20 anos ou mais. Como se observa na Tabela 3, para a mortalidade perinatal o risco relativo é de 2,48 (IC 95% = 1,56-3,96) e o da prematuridade é de 2,05 (IC 95% = 1,57-2,69), ou seja, pelo menos duas vezes (200%) maior que aquele encontrado para filho de mães não-adolescentes, e o de BPN é de 1,66

(IC 95% = 1,31-2,11). Para o cálculo do risco relativo e intervalo de confiança (IC a 95%) foi utilizado o STATCALC do programa Epi-info.

Pode-se afirmar, com base nos três indicadores estudados, que, conforme aponta parte da literatura sobre o tema, é entre os filhos de mulheres na faixa de 10 a 14 anos, e não entre todas as crianças de mães adolescentes que situam-se os maiores riscos à saúde de seus filhos.

#### **4. Considerações finais**

Salientamos os problemas em se tomar a idade da mãe, como um fator isolado, para avaliar um maior risco de morbimortalidade para as crianças nascidas de mães adolescentes. Os achados deste estudo são reveladores da necessidade de um demarcador mais adequado na chamada “gravidez na adolescência”. O maior risco de mortalidade perinatal, de BPN e prematuridade, identificado nas crianças de mães entre os 10 a 14 anos, quando comparado com o de mulheres entre 15 e 19 anos, sugere que é no primeiro subgrupo que incidem os maiores problemas de morbimortalidade infantil. No último, os resultados apresentam níveis bastante próximos aos dos filhos das mães não-adolescentes.

Esses resultados são ilustrativos das especificidades da gestação no grupo etário de 10 a 14 anos, no qual também foi observado um menor número de consultas de pré-natal dessas adolescentes, se comparado com o daquelas com mais de 14 anos. Tal perfil assinala que para além dos condicionantes da capacidade gestacional das meninas, as condições sociais atuam nesse cenário, uma vez que o acompanhamento médico decai em função da baixa procura aos serviços.

A faixa de meninas de 10 a 14 anos, ainda não pertencente ao foco das políticas públicas voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos, deve ser urgentemente inserida em programas de saúde sexual e reprodutiva, com projetos desenhados de acordo com as necessidades e as especificidades deste grupo etário.

A utilização de sistemas de informação como o SINASC e SIM para o conhecimento do fenômeno da gravidez na adolescência e seus desdobramentos demonstrou ser um procedimento útil na problematização deste evento, confirmando dados da literatura do campo da saúde pública.

## 5. Referências

- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto clandestino**: uma realidade latino-americana. Nova Iorque: The Alan Guttmacher Institute, 1994. 32p.
- ALBUQUERQUE, F.R.P.C. (frp@ibge.gov.br ). Mensagem pessoal. Mensagem recebida por: Maria Luiza Heilborn (heilborn@ims.uerj.br). Em 06 dez. 2001.
- BARBOSA, L.M.M. Glossário de Epidemiologia & Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 523-59.
- BARROS, F.C. et al. Mortalidade Perinatal e infantil em Pelotas, R.G.S.: nossas estatísticas são confiáveis? **Cadernos de Saúde Pública**, n. 3, p. 348-358, 1985.
- BATISTA FILHO, M. Saúde e nutrição. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 353-74.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação de Indicadores da Atenção Básica**. Anexo I. In: \_\_\_\_\_. Circular 312, Portaria nº 2.394 de 19 dez. 2003. Disponível em: <[http://www.fesehf.org.br/circulareshtml2003/circular\\_312.htm](http://www.fesehf.org.br/circulareshtml2003/circular_312.htm)>. Acesso em: 10 out. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da situação em Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira**: construindo uma agenda nacional. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas de Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério**. Atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005.
- CAMARANO, A.A. Fecundidade e anticoncepção na população de 15 a 19 anos. In: SEMINÁRIO GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, 1998, Rio de Janeiro. **Anais ...** Brasília: Ministério da Saúde/Family Health. Internacional/Associação Saúde Família, 1998. p.35-54.
- CARNEIRO, R.M.M. (Org.). **A adolescente grávida e os serviços de saúde no município**. Brasília: UNICEF/CONASEMS/OPAS/OMS, 1998.
- CARNEIRO, A.B.A.M.; MATOS, C.M.A.S. Gravidez aos 11 anos de idade. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 9, n.3, p.119-121, 1999.
- GAMA, S.G.N. et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n.1, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 03/nov/2001.

HEILBORN, M.L. et al. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n.17, p.13-45, jun.2002.

HEILBORN, M.L. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: SEMINÁRIO GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, 1998, Rio de Janeiro. **Anais ...** Brasília: Ministério da Saúde/Family Health. Internacional/Associação Saúde Família, 1998. p 23-32.

HERNÁNDEZ, E.G. Embarazo adolescente: aportaciones para la comprensión de un problema: el cotidiano. **Revista de la Realidad Mexicana Actual**, v. 88, p. 30-36, 1998.

HERNÁNDEZ, E.G. **La construcción del embarazo temprano como objeto de estudio para la ciencias sociales**. 2001. Projeto (Tese de Doutorado) - Centro de estudio sociológicos, El colegio de Mexico, México,DF, 2001.

HORTA, L.B. et al. Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, Supl. 1, p. 27-31, 1996.

ICHIHARA, M.I.T. **Avaliação da assistência à saúde do recém-nascido no município de Salvador**. 1993. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1993.

ISLAS, L.A.P.L.; ALLENDE, M.V. Entorno social, comportamiento sexual y reproductivo en la primera relación sexual de adolescents estudiantes de escuelas públicas y privadas. In: STERN, C.; ECHARRI, C.J. (Org.). **Salud Reproductiva y sociedad**: resultados de investigación. México, DF: El Colegio de Mexico, 2000. p.177-197.

KATZ, R. A. **Adolescentes e maternidade**: um destino, um problema, uma escolha? 1999. 149 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.

LE VAN, C. **Les grossesses a l'adolescence normes sociales, réalités vécues**. Paris: Éditions l'Harmattan,1998. (Collection Travail du Social)

LUKER, K. **Dubious conceptions**. The politics of teenage pregnancy. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.

McAULIFFE, J.F. CORREIA, LL. Saúde Materno-Infantil. In ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.375-403.

MELO, A.V. Gravidez na adolescência: uma nova tendência da transição da fecundidade no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996. **Anais...** Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais-ABEP, 1996. p.1.439-54.

MONTEIRO, D.L.M. Pré-natal da gestante adolescente. In: \_\_\_\_\_. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p. 58-74.

OLIVEIRA, M.W. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 19, n. 45, p.48 -70, jul. 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 03 nov. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: 10. revisão. Manual de instrução. São Paulo: EDUSP/OMS, Centro colaborador da OMS para classificação de doenças em português/Universidade de São Paulo, 1994. p. 01-168.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. **Higiene de la reproducción en la adolescencia**: estrategia de acción. Genebra: OMS/ FNUAP/ UNICEF, 1998.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Adolescentes, saúde sexual, saúde reprodutiva**: dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004. 38p.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE - RIPSAs. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**. Brasília: OPAS, 2002. 300p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=59>. Acesso em: out. 2005.

REES, J. M. et al. Peso de nascimento associado à taxa de mortalidade mais baixa: filhos de mães adolescentes e adultas. **Pediatrics** (Edição brasileira), v.1, n. 4, p. 261-268, 1997.

REIS, A.O.A. **O discurso da saúde pública sobre a adolescente**: avatares. 1993. 167 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1993.

RIBEIRO, E.R. et al. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em municípios do sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.2, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>> Acesso em: 03/nov/2001.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL - BEMFAM. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996**. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM; 1997.

SOUZA, M.M.C de. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: SEMINÁRIO GRAVIDEZ ADOLESCÊNCIA, 1998, Rio de Janeiro. **Anais ...** Brasília, Ministério da Saúde/Family Health Internacional/Associação Saúde Família, 1998. p. 74-91.

STERN C.; GARCÍA E. Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. Reflexiones. **Sexualidad, Salud y Reproducción**, n. 13, p.1-21, 1999.

Submissão: outubro de 2005  
Aprovação: fevereiro de 2006