

Michelly Esteves
Ribeiro¹

Sandra Cristina Pillon²

Clícia Valim Côrtes
Gradim³

Gravidez em adolescentes: análise da macrorregião do sul/sudoeste de Minas Gerais, Brasil

Pregnancy in adolescents: analysis of the south/southwest macroregion of Minas Gerais, Brazil

> RESUMO

Objetivo: O estudo teve como objetivo avaliar as características relacionadas à gestação e tipo de parto em adolescentes. **Métodos:** Trata-se de um estudo do tipo transversal, com amostra de 11617 adolescentes da macrorregião sul/sudoeste de Minas Gerais que compreende 154 municípios avaliados entre 2000 a 2013 por meio do Sistema de Declarações de Nascidos Vivos do DATASUS. Foram avaliadas as seguintes variáveis: dados sociodemográficos, obstétricos (duração da gestação, número de consultas de pré-natal, tipo de parto e gestação) e neonatais (peso ao nascer, Apgar no 1º e 5º minuto após o nascimento e anomalias). **Resultados:** Entre os adolescentes analisados verificou-se predominância de idade entre 17-19 anos (62,9%) e 48,1% tinha baixa escolaridade. As adolescentes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal (62,2%); gestação foi entre 37 e 41 (88,4%), gravidez não gemelar (99,2%), sem anomalias (84,5) e predominância de parto vaginal (51%). Verificou-se que ter Ensino Médio (OR = 1,7) e Superior (OR = 1,9), não realizar consultas de pré-natal (OR = 2,0) e a presença de algum tipo de má-formação (OR = 2,1), influenciou em quase duas vezes na razão de chance de ter filhos por cesariana. **Conclusão:** Os dados apontam para a importância de incrementar estratégias educativas durante as consultas de pré-natal promovendo orientações às adolescentes em relação ao tipo de parto e gestação, considerando a alta vulnerabilidade dos agravos gestacionais e perinatais; com ações humanizadas voltadas a valorização do parto vaginal.

> PALAVRAS-CHAVE

Adolescente, gravidez na adolescência, gravidez, parto.

> ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the characteristics related to gestation and type of delivery in adolescents. **Methods:** This is a cross-sectional study with a sample of 11617 adolescents from the southwest macroregion of Minas Gerais, comprising 154 municipalities evaluated between 2000 and 2013 through the DATASUS Live Births System. The following variables were evaluated: demographic data, obstetric data (duration of gestation, number of prenatal consultations, type of delivery and gestation) and neonatal (birth weight, Apgar at 1 and 5 minutes after birth and abnormalities). **Results:** Among the analyzed adolescents the prevalence age was between 17-19 years (62.9%) and 48.1% had low schooling. The adolescents performed seven or more prenatal consultations (62.2%); gestation was between 37 and 41 (88.4%), non-twin pregnancies (99.2%), with no anomalies (84.5) and predominance of vaginal delivery (51%). It was verified that

¹Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG). Enfermeira da Atenção Primária à Saúde. Graduação em Enfermagem pela UNIFAL/MG. Alfenas, MG, Brasil.

²Doutorado em Ciências da Saúde no Programa Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³Pós-Doutorado pelo departamento de Enfermagem psiquiátrica e ciências humanas da Universidade de São Paulo, Brasil. Doutorado em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP/USP). Professor Titular de Graduação e Pós-Graduação na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG). Alfenas, MG, Brasil.

Michelly Esteves Ribeiro (michellyer@hotmail.com) - Universidade Federal de Alfenas - Rua Afonso Arinos, 430, Alfenas/MG, Brasil. CEP: 37175-000.

Submetido em 08/01/2018 - Aprovado em 01/04/2018

had secondary education (OR = 1.7) and superior (OR = 1.9), did not perform prenatal consultations (OR = 2.0) and the presence of some type of malformation (OR = 2.1), influenced almost two times the odds ratio of having children by cesarean section. **Conclusion:** The data point to the importance of increasing educational strategies during prenatal consultations by providing guidance to adolescents regarding the type of delivery and gestation, considering the high vulnerability of gestational and perinatal diseases; with humanized actions aimed at valuing vaginal delivery.

➤ KEY WORDS

Adolescent, pregnancy in adolescence, pregnancy, parturition.

➤ INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ considera a adolescência como uma etapa do ciclo vital que abrange a faixa etária entre 10 aos 19 anos, que no entanto, para o Estatuto da Criança e Adolescência (ECA)², compreende dos 12 aos 18 anos. Esse período caracteriza-se por uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, marcada por transformações físicas, psicossociais e na forma de relacionamento social do indivíduo³.

A ocorrência da gravidez nesse período constitui um fenômeno de repercussão mundial, cujo significado diverge nas diferentes culturas e contextos, representando um desafio para as políticas públicas, visto que a gravidez nos extremos da vida reprodutiva pode acarretar implicações psicossociais, econômicas e obstétricas que comprometem a saúde materna e do neonato⁴.

Desde a década de 1970, observa-se no Brasil uma redução gradativa do índice de fecundidade geral e específica em todas as faixas etárias da mulher, passando de 5,8 para 1,8 filhos por mulher em 2010. Esses índices podem variar de acordo com as diferenças regionais e grau de escolaridade, todavia existe uma relação entre menor grau de escolaridade e maior taxa de fecundidade⁵.

O Sudeste do Brasil, região mais populosa do país, concentra a maior ocorrência de gravidez na adolescência, com cerca de 40% de nascimentos, predominantemente no estado de São Paulo⁶. No Estado de Minas Gerais 0,6% dos recém-nascidos vivos em 2010 eram filhos de mães com idade entre 10 a 14 anos e 16,2%

na faixa de 15 a 19 anos⁵. Em 2013, os índices se mantiveram estáveis nas idades entre 10 a 14 anos, com um decréscimo na faixa etária entre 15 a 19 anos, perfazendo 15,7% dos nascimentos⁶. Dessa forma, percebe-se que na região Sudeste, os índices de gravidez na adolescência se equiparam aos do restante do Brasil (17,7%)⁶.

Nesse contexto, é fundamental que os setores de saúde conheçam os índices de sua região e os utilizem para planejar suas ações de controle de natalidade entre adolescentes, bem como as ações para a distribuição de renda, de mercado de trabalho e de desenvolvimento do município. Diante do exposto, este estudo tem por objetivo avaliar as características sociodemográficas, obstétricas e neonatais relacionadas ao tipo de parto em adolescentes de uma microrregião do sudoeste de Minas Gerais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, comparativo, analítico e transversal, baseado em dados secundários. As informações sociodemográficas, obstétricas e neonatais das adolescentes foram obtidas de documentos oficiais governamentais, referentes a uma microrregião composta por 154 municípios do Sudeste do Brasil, no período de 2000 a 2013. Os dados foram coletados do registro das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Para os critérios de elegibilidade, foram selecionados os cadastros de gestantes com ida-

des entre 10 a 19 anos, primíparas e que tiveram seus filhos por qualquer tipo de parto nos anos de 2000 a 2013. As adolescentes com idade maior que 19 anos e que não fossem primíparas foram excluídas da análise.

Nos registros da DNV haviam 30545 (100%) cadastros de gestantes primíparas no período analisado, envolvendo todas as faixas etárias e tipos de parto. Desse total, selecionaram-se 11617 (38%) cadastros de gestantes que atendiam aos critérios de inclusão, as quais compõem a presente amostra. Na presente amostra, as adolescentes foram classificadas de acordo com a faixa etária, sendo (a) pré-púbere ou adolescente precoce com idades entre 10 a 16 anos e (b) como púbere ou adolescente tardia entre 17 a 19 anos⁷. Os dados foram organizados de acordo as informações obtidas nos registros da DNV, como características sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade), obstétricas (duração da gestação, número de consultas de pré-natal, tipo de parto e de gestação) e neonatais (peso ao nascer, índice do Apgar no 1º e 5º minuto após o nascimento e má-formação).

Para a análise do material, elaborou-se um banco de dados no *Statistical Program of Social Science* (SPSS) versão 17 for Windows⁸. Realizou-se a análise exploratória por meio de médias, frequência e porcentagem dos dados. A variável dependente (binária) foi o tipo de parto (vaginal ou cesáreo) e as covariáveis predictoras foram idade, estado civil, escolaridade, duração da gestação, número de consultas de pré-natal, presença de má-formação, bem como foram avaliadas diferenças entre as médias do peso e do índice do Apgar no 1º e 5º minuto após o nascimento e o tipo de parto. Empregou-se, ainda, a análise de regressão logística (*Odds Ratio* – OR), o que permitiu estimar a magnitude da associação de cada característica de forma independente. Nesta etapa, foram considerados valores significativos as variáveis com $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) sobre o nº 1092303/15 e o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido dispensado por se tratar de análise de banco de dados.

RESULTADOS

Dos 11617 registros de adolescentes que tiveram filhos entre 2000 a 2013, 51,7% foram por parto vaginal e 44,2%, por cesariana (Tabela 1). As adolescentes caracterizaram-se predominantemente por serem solteiras, primíparas, com idades entre 10 a 19 anos, possuírem o Ensino Médio e se autodeclararem da raça branca. Houve predomínio de parto por via cesariana em adolescentes na faixa etária entre 17 e 19 anos (67,2%) e que tinham ensino médio (57,5%) e eram solteiras, enquanto que o parto vaginal ocorreu entre as adolescentes entre 10 a 16 anos (37,1%), solteiras (57,4%) e de cor branca (80,9%), com diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

Com relação as informações neonatais e obstétricas das adolescentes, a análise mostrou que a duração gestacional das adolescentes foi entre 37 a 41 semanas, que estas realizaram sete ou mais consultas no pré-natal, e tiveram gestação única de recém-nascidos sem anomalias (Tabela 2). Observa-se ainda, diferenças nas características entre as adolescentes com parto cesariana com predominância de 37 a 41 semanas de gestação, que realizaram mais que sete consultas de pré-natal e sem anomalias no recém-nascido. Enquanto que as adolescentes que realizaram parto via vaginal, a diferença destacou-se apenas no recém-nascido não gemelar.

Na análise de regressão logística, verificou-se que as variáveis predictoras significativas para a não ocorrência de parto vaginal em adolescentes foram a escolaridade ($p = 0,000$), a raça ($p = 0,015$), a presença de má-formação ($p = 0,001$), o número de consultas no pré-natal ($p = 0,000$), o tipo de gravidez ($p = 0,000$) e as semanas de gestação ($p = 0,000$).

Dessa forma, notou-se que ter Ensino Médio (OR = 1,7) e Superior (OR = 1,9), não realizar

consultas de pré-natal (OR = 2,0), ter algum tipo de má-formação (OR = 2,1), e ter filhos por cesariana aumentaram em quase duas vezes em relação ao parto vaginal.

Nas adolescentes de raça parda (OR = 0,272 ou 72,8%) que realizaram menos de sete

consultas pré-natal (OR = 0,845 ou 15,5%), sem gravidez múltipla (OR = 0,157 ou 84,3%), que estavam entre 23 a 27 (OR = 0,345 ou 65,5%) e 37 a 41 (OR 0,417 ou 52,9%) semanas de gestação, as chances de parto vaginal diminuíram em relação a ter filhos por parto operatório.

Tabela 1. Características sociodemográficas e tipos de parto de gestantes adolescentes de uma microrregião do Sudeste do Brasil, 2000 a 2013. (n = 11617).

Variável		Análise Bivariada						Análise multivariada
		Tipo de parto						
		Total		Vaginal		Cesariana		
		N	%	N	%	N	%	
		11617	100	6002	51,7	5604	44,2	
Idade ^{b*}	10–16 anos	4066	35	2227	37,1	1838	32,8	n/s
	17–19 anos	7551	65	3775	62,9	3766	67,2	
Estado civil ^a	Solteira	6841	59,2	3636	60,8	3205	57,4	n/s
	Casada/ União consensual	4421	38,2	2187	36,6	2234	40,1	n/s
	Viúva	14	0,1	6	0,1	8	0,1	n/s
	Separada/ Divorciada	13	0,1	6	0,1	7	0,1	n/s
	Ignorado	273	2,4	146	2,4	127	2,4	n/s
	Nenhum	34	0,3	26	0,4	8	0,1	n/s
Escolaridade ^{a*}	Ensino Fundamental	5114	44,3	2869	48,1	2245	40,3	n/s
	Ensino Médio	5878	50,9	2842	47,6	3036	54,5	1,8 (1,042–3,000)
	Ensino Superior	435	3,8	187	3,1	248	4,8	1,9 (1,112–3,449)
	Ignorado	82	0,7	50	0,8	32	0,6	n/s
Cor de pele/ raça ^{a*}	Branca	9408	82,4	4796	80,9	4612	80,4	n/s
	Preta	398	3,5	213	3,6	185	3,4	n/s
	Amarela	18	0,2	14	0,2	4	0,1	n/s
	Parda	1590	13,9	901	15,2	689	12,5	0,272(0,091–0,815)
	Indígena	6	0,1	3	0,1	3	0,1	n/s

Fonte: Os autores.

Legenda: ^aTeste Qui-quadrado. ^bTeste Exato de Fisher. *(valor de p < 0,05). n/s = não significativo.

Tabela 2. Modelo final da Regressão Logística por tipo de parto, informações neonatais e obstétricas de gestantes adolescentes de uma microrregião do Sudeste do Brasil, 2000 a 2013. (n= 11617).

		Total		Análise bivariada				Análise multivariada
				Tipos de Parto				
		Vaginal		Cesariana		Odds Ratio (IC 95%)		
		N	%	N	%		N	%
11617	100	6002	51,6	5604	48,4			
Duração da gestação (semanas) ^{aa}	≤ 22	11	0,1	9	0,2	2	0,0	3,4(1,058–11,214)
	23–27	65	0,6	57	1,0	8	0,1	0,345(0,109–0,975)
	28–31	112	1,0	66	1,1	46	0,8	n/s
	32–36	891	7,7	499	8,3	392	7,0	n/s
	37–41	10337	89,5	5288	88,4	5049	90,6	0,471(0,251–0,691)
	≥ 42	113	1,0	43	0,7	70	1,3	n/s
	Ignorado	25	0,2	20	0,3	5	0,1	n/s
Número de consultas ^{ab}	Nenhuma	79	0,7	52	0,9	27	0,5	2,1 (1,216–3,391)
	1 – 3	542	4,7	382	6,4	160	2,9	n/s
	4 – 6	2905	25,1	1804	30,1	1101	19,7	n/s
	≥ 7	8008	69,1	3728	62,2	4280	76,5	0,845 (0,727–0,983)
	Ignorada	57	0,5	20	0,5	28	0,5	n/s
Gemelar ^{bb}	Sim	129	1,1	24	0,4	105	1,9	0,157(0,093–0,264)
	Não	1145	98,9	5978	99,6	5497	98,1	n/s
Anomalia ^{ab}	Sim	85	0,8	30	0,6	55	1,1	2,1(1,343–3,469)
	Não	8808	85,4	4404	84,5	4404	86,3	n/s
	Ignorado	1423	13,8	780	15,0	643	12,6	n/s

Fonte: Os autores

Legenda: ^aTeste Qui-quadrado. ^bTeste Exato de Fisher. *(valor de p < 0,05). n/s = não significativo.

Ao realizar a comparação das médias (Independente T-test) das variáveis como idade materna, Apgar de um e cinco minutos e peso do recém-nascido, verificou-se que a média de idade das adolescentes que realizaram parto cesariano foi maior (Média M = 17,1, Desvio padrão Dp = 1,7) quando comparadas com as de adolescentes que tiveram parto vaginal (M = 17,6, Dp = 1,7), com diferenças estatisticamente significantes (95% IC [-0,286 – -0,170], t = -7,737; p > 0,0001).

Quanto a média do índice APGAR de um minuto após o nascimento, não houve diferença

entre as médias dos que nasceram por parto vaginal (M = 8,27, Dp = 1,45), e por cesariana (M = 8,29, Dp = 1,285), sem diferenças estatisticamente significativas (95% IC [-0,065 – -0,029] t = ,758; p = 0,449). No entanto, a média do índice APGAR de cinco minutos após o nascimento por parto cesariana (M = 9,48, Dp = 0,890), foi maior quando comparada à de recém-nascidos (RN) que nasceram por parto vaginal (M = 9,44, Dp = 1,064), com diferenças estatisticamente significativas (95% IC [- ,073 – -0,005] t = -2,276; p = 0,023).

Em relação ao peso, a média foi maior entre os RN que nasceram por cesariana (M = 3,144, Dp = 505 g), quando comparados aos que nasceram por parto vaginal (M = 3,004, Dp = 526 g), com diferenças estaticamente significativas (95% IC [-147,6 – -112,5] t = 14,529; p = 0,000).

DISCUSSÃO

Considerando a população da amostra em relação ao total existente, observa-se que 38% dos partos foram de adolescentes com idade entre 10 a 19 anos. Foram observadas as condições sociodemográficas, que além da idade, há predominância de solteiras, níveis de escolaridade compatível com a idade e atendimento de pré-natal satisfatório, mas o que não impede a vulnerabilidade das adolescentes, visto que o número de meninas com menos de 16 anos que já foram mãe foi de 35%.

Interessante notar que 32,8% das adolescentes com idade entre 10 e 16 anos e 67,2% com idade entre 17 e 19 anos realizaram parto cesariano (Tabela 1). No Brasil há estimativas do crescente número desse tipo de parto, o que tem sido um grande desafio a ser enfrentado pela área de saúde materna e infantil. A proporção de cesarianas cresceu de 38% em 2000 para 52% em 2010^{10,11}. No entanto, há de ser considerado que fatores não clínicos também influenciam fortemente o processo de tomada de decisão sobre o tipo de parto. Em comparação, evidências apontam uma tendência de decréscimo nas taxas de gravidez na adolescência em países desenvolvidos⁴.

A literatura ainda é escassa a respeito da gravidez na adolescência e principalmente em relação aos tipos de parto e gestação. Estudos realizados nas décadas de 1980 e 1990 mostraram resultados que sugeriam um maior risco de parto cirúrgico nesse grupo, em especial nas idades mais precoces, atribuído, possivelmente, aos aspectos relacionados à imaturidade ginecológica e aos problemas anatômicos relaciona-

dos ao mecanismo de parto, o que determinaria maior ocorrência de desproporção céfalo-pélvica^{4,9}. No entanto, na presente amostra observou-se predominância de parto via vaginal (51,7%) (Tabela 1).

Na presente amostra, 48,4% foram submetidas a cesariana, o que é um índice bem acima dos estabelecidos pela OMS¹. A meta desse órgão propõe que 10 a 15% de partos sejam operatórios, mediante a indicação médica e considerando o risco a morbimortalidade essa faixa etária¹.

Um estudo realizado em Campinas relata que o parto vaginal foi maior (63,8%) que as cesarianas em adolescentes menores de 20 anos, onde sua frequência foi maior do que nas mulheres adultas (45%)²⁻⁴. Dessa forma, evidencia-se que no grupo de adolescentes realizam-se menos partos cesarianos, como também foi demonstrado em outros estudos^{12,13}.

A política de incentivo para a diminuição dos partos cirúrgicos do Sistema Único de Saúde visa minimizar e otimizar a recuperação das mães, além de diminuir a taxa de nascimentos de RN de baixo peso^{12,14}. Todavia, no presente estudo, a média de peso dos RN entre as adolescentes foi de 3,004 kg, com índices mínimos de baixo peso.

Há evidências sobre os riscos maternos e infantis de morbimortalidade decorrentes da cesariana quando comparados aos do parto normal. Mesmo quando a cesariana é eletiva, esse risco é substancialmente maior quando comparados aos do parto normal¹⁰.

A gravidez na adolescência é um fenômeno comum em todo o mundo e tem sido amplamente associada à baixa escolaridade, a falta de apoio dos parceiros, início tardio do pré-natal, baixo peso ao nascer e prematuridade¹⁵. Entretanto, neste estudo, o baixo peso, prematuridade e baixa escolaridade não foram identificados (Tabela 2).

Um outro estudo realizado em Minas Gerais evidenciou uma associação significativa entre gravidez na adolescência e indicadores

socioeconômicos baixos em municípios de pequena população e alta porcentagem de famílias beneficiadas por programas sociais do governo¹⁵. Entretanto, a região em estudo tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) alto, o que talvez seja um fator que explique os dados encontrados¹⁶.

Verificou-se, no presente estudo, que quanto menor o tempo de estudo, maiores são as chances da realização do parto vaginal e à medida que se acumulam anos escolares, o parto prevalente é o cesáreo. De acordo com a análise estatística realizada, as adolescentes com ensino fundamental tiveram maior número de partos vaginais (48,1%) em relação às com o ensino médio e superior (54,8% e 4,8%), respectivamente (Tabela 1).

A literatura mostra forte correlação entre baixo nível de educação e a tendência para a maternidade na adolescência, a reincidência de gravidez e a associação com a vulnerabilidade social, além de ser um fator expositivo para a gravidez não planejada¹⁷. Entretanto, observa-se que o índice de escolaridade da população estudada foi de oito anos ou mais, sendo que 50,9% tinham o ensino médio. Como consequência, a relação entre educação e gravidez precoce contribui para a manutenção das precárias condições de vida e pobreza, uma vez que adolescentes grávidas tendem a abandonar a escola. A maternidade na adolescência é muitas vezes percebidas como uma alternativa para o sucesso pessoal e familiar, gerando a ideia de que não há mais necessidade dos estudos, o que dificulta o retorno à escola^{17,18}.

No presente estudo, 76,5% das adolescentes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal tiveram o parto cirúrgico (Tabela 2), número de consultas este que corrobora ao preconizado pelo Ministério da Saúde e aos resultados de outros estudos^{19,20}. Entretanto, o número de consultas realizadas por gestantes é controverso, pois, em outros estudos, foram descritos a realização de quatro a seis consultas^{13,14}. Há de se pensar que o número reduzido de consultas pode estar relacionado com a ocultação da gravidez, ou pelo desinteresse e/ou pela falta de

informação sobre sua importância, tanto para a mãe quanto para o feto.

Os achados deste estudo corroboram aos de outros estudos quanto à associação da cesariana com melhores condições de vida em primíparas adolescentes, tais como nível de escolaridade adequado, posse de plano de saúde, menor risco obstétrico, maior renda e realização de mais consultas de pré-natal^{10,13}.

Um estudo realizado em um município de São Paulo identificou o perfil de adolescentes atendidas em maternidades do sistema público e privado. Verificou que as usuárias do sistema público realizaram um menor número de consultas de pré-natal, possuíam menor escolaridade, maior primiparidade e o parto normal foi mais frequente. No entanto, no privado, foi maior o número de atendimento de pré-natal, a escolaridade, a primiparidade e a realização de cesariana¹⁰. No entanto, o SINASC não permite separar o tipo de serviço utilizado pelas usuárias, dado esse que talvez fosse importante ter no banco de dados.

Em relação ao tipo de parto, os benefícios da assistência pré-natal neste estudo nos levam ao questionamento da qualidade da assistência prestada, uma vez que o maior número de consultas expôs a adolescente à maior chance de ter a cesariana como via de parto. Talvez mulheres que têm mais consultas com profissionais médicos tenham sido aconselhadas sobre o parto cesário ser a melhor opção, segundo a visão desse profissional, especialmente quando o parto é assistido por ele⁷.

Em relação à duração da gestação, percebe-se que acontece o parto normal quanto mais prematura é a gravidez e, à medida que a gestação avança, maiores são as chances de ocorrer a cesariana. Com base nos dados do estudo, 90,6% das gravidezes a termo nas adolescentes aconteceram por cesariana, dado semelhante a outros estudos¹³. Quanto ao tipo de gestação, a gravidez do tipo única nas adolescentes aconteceu pelo parto normal em 99,6% dos casos analisados, e quando foi do tipo múltipla ocorreu via cesariana (1,9%).

Em relação às anomalias congênitas, tanto na presença quanto na ausência das anomalias utilizaram a via cesariana para o parto, com 1,1% e 86,3%, respectivamente. Notou-se grande quantidade de subnotificações e dados ignorados desta variável no banco do SINASC. Os profissionais responsáveis pelo preenchimento da ficha DNV devem ser treinados para o seu preenchimento, pois por meio dele se pode observar anomalias genéticas e regionais que podem contribuir com estudos futuros.

A média do índice de APGAR de um minuto após o nascimento se manteve estável quando comparada ao tipo de parto vaginal (8,27) e cesáreo (8,29), da mesma forma o índice de cinco minutos após o nascimento do parto normal (9,44) e cirúrgico (9,48), dados semelhantes quando comparados a outros estudos²⁰.

Em relação à média do peso dos recém-nascidos ao nascer, no estudo não houve diferenças significativas entre aqueles que nasceram de parto vaginal ou cesáreo, que foram 3,004 Kg e 3,144 Kg, respectivamente. Entretanto, estudos relacionam a gravidez na adolescência com recém-nascido de baixo peso, principalmente na faixa etária dos 10 aos 16 anos, com precária assistência de pré-natal, fato não encontrado neste estudo^{4,14,20}.

➤ CONCLUSÃO

Há de considerar que o SINASC é um instrumento que oferece dados para os profissionais

de saúde e especialistas avaliar, modificar, propor estratégias para atender melhor à população e proporcionar subsídios para a formulação de estratégias de promoção, prevenção, intervenção e políticas públicas para preparar os adolescentes em relação a saúde sexual e reprodutiva.

O estudo permitiu conhecer os dados da macrorregião onde verificou-se que as adolescentes que tiveram seus filhos nessa região são predominantemente solteiras, receberam assistência pré-natal com sete ou mais consultas e autodeclararam brancas; o peso dos recém-nascidos foi adequado, assim como o APGAR de um e cinco minutos. Observou-se também que o parto vaginal foi predominante nas jovens até 16 anos com menor grau de escolaridade, e que o aumento da idade e a raça interferiram no tipo de parto. A utilização de bases nacionais de dados, como o SINASC, permite conhecer o perfil desse fenômeno, considerando a multiplicidade de fatores que podem interferir no processo de evolução gestacional e parto, assim como saúde da gestante e o resultado neonatal, os quais podem proporcionar subsídios para a formulação de estratégias de prevenção e intervenção e políticas públicas em relação a saúde sexual e reprodutiva.

No entanto, mesmo tendo um índice de parto normal de 51,6%, o índice de cesariana ainda é considerado elevado, porém, o índice de gravidez nessa macrorregião vem diminuindo ao longo dos anos e apresenta ênfase na adolescente tardia.

➤ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/ RHR/15.02).
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, (DF), 1990.
3. Silva CAB. Gravidez na adolescência x políticas públicas: análise contextual. Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar 2012;7:15 – 20.
4. Santos NLAC Costa MCO, Amaral MTR, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AHV. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. Ciência & Saúde Coletiva 2014;19(3):719-726.

5. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 10 novembro de 2015.
 6. IBGE. Estatísticas do Registro Civil. Estat Reg Civ 2013;40:1- 212, 2013.
 7. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. *Pediatria básica: pediatria geral e neonatal*. São Paulo: Sarvier; 2004.
 8. SPSS 17.0 for Windows. Statistical Package for Social Science (SPSS). Release Version 17.0.1. Chicago (IL): SPSS Incorporation; 2008.
 9. Silva SK. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(5):2485-2493, 2011.
 10. Gama SGN et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad. Saúde Pública* 2014;30 (Sup):117-127.
 11. Domingues RMSM et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública* 2014;30 (Supl):101-116.
 12. Silva SK. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(5):2485-2493, 2011.
 13. Taveira AM, Santos LA, Araújo A. Perfil das adolescentes grávidas do município de São Gonçalo do Pará/ MG. *R Enferm Cent O Min* 2012; 2(3):326-336.
 14. Surita FGC, Suarez MBB, Siani S, Silva JLP. Fatores associados ao baixo peso ao nascimento entre adolescentes no Sudeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2011; 33(10):286-91.
 15. Roza DL, Martinez EZ. Spatial distribution of pregnancy in adolescence and associations with socioeconomic and social responsibility indicators: State of Minas Gerais, Southeast of Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2015; 37(8):366-73.
 16. IBGE. Índice de Desenvolvimento Humano - IDH. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=310620&idtema=118&search=minas-gerais%7Cbelo-horizonte%7Cmunicipal-human-development-index-mhdi-&lang=>. Acesso em 01 de dezembro de 2015.
 17. Manfredo VA, Cano MAT, Santos BMO. Reincidência de gravidez em adolescentes: retrato de uma realidade. *Rev APS* 2012; 15(2): 192-198.
 18. Jorge MG, Fonseca SC, Silva KS, Costa SF. Recurrent pregnancy in adolescents users of the Unified Health System. *Adolesc Saúde* 2014;11(3):22-31.
 19. Fernandes RMF, Meincke SMK, Thumé E, Soares MC, Collet N, Carraro TE. Características do pré-natal de adolescentes em capitais das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Texto Contexto Enferm* 2015; 24(1): 80-6.
 20. Perez Neto MI, Segre CA. Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas. *Einstein* 2012;10(3):271-7.
-