

Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão

Characteristics of adolescent pregnancy, Brazil

Vanda Maria Ferreira Simões^a, Antônio Augusto Moura da Silva^b, Heloisa Bettiol^c, Fernando Lamy-Filho^d, Sueli Rosina Tonial^b e Elba Gomide Mochel^e

^aHospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil.

^bDepartamento de Saúde Pública da UFMA. São Luís, MA, Brasil. ^cDepartamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ^dDepartamento de Medicina III da UFMA. São Luís, MA, Brasil. ^eDepartamento de Enfermagem da UFMA. São Luís, MA, Brasil

Descritores

Gravidez na adolescência. Coeficiente de fecundidade. Recém-nascido de baixo peso. Prematuro. Cuidado pré-natal. Comportamento do adolescente. Serviços de saúde materna. Qualidade dos cuidados de saúde. Fatores socioeconômicos. Parto. Mortalidade infantil. Fatores de risco. Tabagismo.

Resumo

Objetivo

Identificar as principais características socioeconômicas, demográficas, antropométricas e comportamentais, bem como os resultados perinatais da gravidez na adolescência. Conhecer os tipos de serviços de saúde utilizados pelas gestantes adolescentes.

Métodos

A amostra de 2.429 partos de mulheres residentes em São Luís, MA, abrangeu 94% dos nascimentos hospitalares. As mulheres foram separadas em seis grupos de idade para melhor avaliação do comportamento das variáveis entre os dois grupos de adolescentes (abaixo de 18 anos; 18 a 19 anos) e entre as adolescentes e as demais mulheres. O teste do qui-quadrado foi utilizado para a comparação de proporções e a razão de prevalências foi empregada como medida de efeito.

Resultados

Das 2.429 mulheres, 714 eram adolescentes (29,4%). Seu coeficiente específico de fecundidade, 72,2 por mil, foi mais elevado que em outras regiões do País. As adolescentes apresentaram piores condições socioeconômicas e reprodutivas que as demais mulheres, maior proporção de pré-natal inadequado (39,2%) e muitas não tinham companheiro (34,5%). Por outro lado, tiveram menor proporção de parto cesáreo (23,0%) e de fumantes (3,5%).

Conclusões

Apesar da situação socioeconômica igualmente desfavorável, as adolescentes de 18 a 19 anos apresentaram resultados perinatais semelhantes às mulheres de 25 a 29 anos. Já as menores de 18 anos tiveram maiores proporções de filhos com baixo peso ao nascer, prematuros e com maior risco de mortalidade infantil. Isto sugere que a imaturidade biológica possa estar associada a maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil.

Keywords

Pregnancy in adolescence. Pregnancy rate. Infant, low birth weight. Infant, prematur. Prenatal care. Adolescent behavior. Maternal health services. Quality of health care. Socioeconomic factors. Parturition. Infant mortality. Risk factors. Smoking.

Abstract

Objective

To identify the main socioeconomic, demographic, anthropometric and behavioral characteristics, and pregnancy outcomes of adolescent pregnancy and to assess health services used by pregnant adolescents.

Methods

Data were collected from a cross-section of 2,429 deliveries by women residing in the

Correspondência para/ Correspondence to:

Antônio Augusto Moura da Silva
Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 155 Centro
65070-020 São Luís, MA, Brasil
E-mail: aasilva@elo.com.br

Baseado na dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal do Maranhão, em 2001.
Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Processo n. 523474/96-2).
Recebido em 10/10/2001. Reapresentado em 17/7/2002. Aprovado em 6/5/2003.

municipality of São Luís, Brazil, of which 94% were hospital births. Women were categorized into six age groups. The two groups of teenagers (under 18 and 18-19 years) were compared to four groups of older women. Comparison was also made between the two teenage groups. The chi-square test was used to compare proportions and prevalence ratio was used as an effect measure.

Results

Of 2,429 women, 714 (29.4%) were adolescents. Their specific fertility coefficient was higher than in other regions of the country. Adolescents showed lower socioeconomic and reproductive conditions than older women and a higher proportion of inadequate prenatal care. The majority had no partner. They had the lowest percentages of caesarean section and smokers.

Conclusions

Despite their equally unfavorable socioeconomic situation, 18-19 year-old adolescents had pregnancy outcomes comparable to the age group 25-29, whereas those under 18 had the highest proportions of low birth weight, preterm birth, and infant mortality rate. This suggests that biologic immaturity may be associated with adverse pregnancy outcomes.

INTRODUÇÃO

O aumento da gravidez na adolescência em países em desenvolvimento tem despertado o interesse de pesquisadores e profissionais de saúde, tendo em vista a associação desse evento com pobreza e baixa escolaridade e piores resultados perinatais.^{1,3,13} No Brasil, contrariamente ao declínio da fecundidade total observado desde a década de 1960, a taxa específica de fecundidade no grupo de mulheres entre 15 e 19 anos aumentou de 75 para 87 filhos por mil mulheres, de 1965 a 1991. O aumento foi mais evidente nas áreas urbanas, onde a fecundidade passou de 54 para 80 por mil.¹² As taxas variam de acordo com a região, sendo mais elevadas nos Estados mais pobres.^{2,5,7,15} A taxa específica de fecundidade de adolescentes de 15 a 19 anos, em 1997, foi de 85,3 nascidos vivos por mil mulheres em idade fértil. O Maranhão está entre os Estados com maiores taxas de fecundidade total (125,3 por mil em 1997), taxa só superada pela de alguns Estados da região Norte (Amapá, Acre, Roraima e Tocantins) e pela de Alagoas, representando quase o dobro das taxas encontradas nos Estados do Sul e Sudeste.* Embora a taxa de fecundidade total do País tenha se reduzido, as taxas específicas de fecundidade das adolescentes são muito altas, sobremaneira nas regiões menos desenvolvidas do País.¹²

Em muitos países desenvolvidos, o percentual de mulheres abaixo de 20 anos dentre o total de partos é mais baixo que no Brasil. Na Suécia, por exemplo, menos de 3% dos nascimentos são de mulheres adolescentes.¹¹ Nesses países, este percentual tem decrescido nos últimos anos. Na França, o índice de mulheres grávidas abaixo de 20 anos diminuiu de 6%, em

1981, para 2,4%, em 1995.⁴ Nos EUA, as taxas também estão em declínio. Em 1998, 12,5% de todos os nascimentos foram de mulheres abaixo de 20 anos.¹⁶ No Brasil, entretanto, as taxas de gravidez na adolescência estão em ascensão nos últimos anos. Dados de 1994 mostram que os nascidos vivos de mulheres abaixo de 20 anos foram 20,8% do total.¹⁰ Em 1998, os índices subiram para 23,6%.** Em Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, houve aumento importante da proporção de mães adolescentes, de 14,1%, em 1978-79, para 17,5%, em 1994.¹³ Outras pesquisas no País confirmaram essa tendência.^{5,7}

A literatura tem demonstrado que as adolescentes grávidas são mais pobres, de mais baixa escolaridade, têm menor atenção durante o pré-natal, filhos com maiores taxas de baixo peso ao nascer e de mortalidades neonatal e infantil.^{1,13} Ekwo & Moawad³ (2000) identificaram que o peso dos bebês de mães adolescentes é menor que os de mães mais velhas. Já Mariotoni & Barros Filho⁸ (1998), em estudo realizado em Campinas, SP, concluíram que a gravidez na adolescência não representou risco para a ocorrência de baixo peso ao nascer na população estudada, quando outros fatores foram controlados. Outros estudos também não encontraram associação entre gravidez em idade jovem e baixo peso ao nascer¹⁴ ou prematuridade.⁴

O presente estudo foi realizado em município da região Nordeste, onde se observam taxas elevadas de gravidez na adolescência. Os objetivos foram: estimar o percentual de partos de adolescentes em relação ao total de partos e as taxas global e específicas de fecundidade por idade; verificar se houve diferenças nas características socioeconômicas, demográficas

*Ministério da Saúde. Datasus. Taxa específica de fecundidade 1997 [on-line]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd98/a05-97.htm> [2001 mar 14].

**Ministério da Saúde. Datasus. Nascidos vivos segundo região de residência e idade da mãe, 1988. Disponível em <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> [2001 16 mar].

cas, antropométricas e comportamentais, serviços de saúde utilizados e resultados perinatais (taxa de baixo peso ao nascer, prematuridade, percentual de recém-nascidos pequenos para idade gestacional e mortalidade infantil) entre as adolescentes e as demais mulheres; e verificar se houve diferenças entre as adolescentes com menos de 18 anos e as adolescentes com 18 e 19 anos em relação a estas mesmas características.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no Município de São Luís, capital do Estado do Maranhão, localizado na região Nordeste do Brasil, que possuía 801.896 habitantes em 1997. Trata-se de um estudo, predominantemente transversal, tendo também um componente longitudinal para a pesquisa da mortalidade infantil. Foi estudada amostra de 2.429 (12%) dos 20.092 nascimentos ocorridos na cidade em um ano. Os dados foram coletados no período de março de 1997 a fevereiro de 1998, envolvendo 10 maternidades e hospitais do Município, que prestam assistência ao parto e ao recém-nascido, sejam de caráter público (Sistema Único de Saúde – SUS), conveniado e/ou privado. Nas unidades estudadas ocorrem a maioria (98%) dos partos hospitalares do Município. A fração amostral abrangeu 94% dos nascimentos hospitalares ocorridos em um ano, de mulheres residentes, nativivos de parto único.¹⁵ Os nascimentos hospitalares representaram, em 1996, cerca de 96,3% (IC 95% - 94,1-98,6%) de todos os nascimentos, o que garante a representatividade da amostragem hospitalar dos nascimentos.¹⁵ A amostragem foi estratificada por maternidade, com partilha proporcional ao número de partos em cada unidade. A partir da listagem dos nascimentos em cada serviço, realizou-se amostragem sistemática com intervalo de amostragem sete.

O tamanho amostral foi estimado em 2.145 nascimentos para a estimativa de uma proporção, considerando-se 2% de precisão relativa, erro tipo I de 5%, para uma prevalência máxima de 50%. Para a comparação de proporções, considerando-se erro tipo I de 5%, poder do estudo de 80%, prevalência de 50% e diferença mínima a ser detectada entre proporções de 4%, o tamanho amostral estimado foi de 2.499 nascimentos.¹⁵

Trabalhou-se com as mulheres residentes no município de São Luís (n=2.541), as quais foram separadas em seis grupos de idade: abaixo de 18 anos, 18 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29, 30 a 34 e 35 e mais. Do total da amostra, foram excluídos os partos múltiplos (n=50), natimortos (n=48) e os dados ignorados em relação a outras variáveis estudadas (n=14). O uni-

verso estudado foi então de 2.429 mulheres, representando 5,8% de perdas. Trabalhou-se com a estimativa pontual de cada uma das variáveis e aplicou-se o teste do qui-quadrado, para verificar as diferenças em relação aos fatores socioeconômicos, demográficos, reprodutivos, comportamentais, de assistência médica e resultado perinatal, segundo a idade materna. Foram realizados dois testes do qui-quadrado para comparar proporções: um com todas as categorias de idade materna e outro contrastando as adolescentes abaixo de 18 anos com as de 18 a 19 anos. Para estimativa do risco de resultados perinatais foi usada a razão de prevalências. O nível de significância utilizado foi de 0,05. Associação marginalmente significativa foi considerada quando o valor de P esteve entre 0,10 e 0,05.

Os coeficientes geral e específicos de fecundidade por idade foram calculados dividindo-se o número de nascidos vivos pelo número de mulheres de 13 a 49 anos residentes no Município. Como a amostra abrangeu um sétimo de 88% dos partos da cidade, foi feita estimativa do número de nascidos vivos multiplicando-se o número de nascimentos em cada faixa etária por sete. Em seguida, o valor obtido foi multiplicado por 100 e dividido por 88. Os dados do denominador utilizados (total de mulheres residentes) foram os da contagem populacional de 1996, do IBGE, devido à ausência de dados de população residente em São Luís, em 1997, por sexo e faixa etária. Fez-se, portanto, um cálculo aproximado, considerando-se que não houve mudança importante no total de mulheres residentes nos dois anos referidos.

As variáveis coletadas foram: escolaridade materna, trabalho materno, situação conjugal, ocupação do chefe de família, renda familiar (a renda de cada membro da família que trabalha, em separado, foi somada e depois transformada de reais para salários-mínimos); idade da mãe, idade do pai, paridade, tipo de parto, fumo materno durante a gravidez; adequação do uso da assistência pré-natal, categoria de assistência pré-natal (SUS, convênio ou particular); altura da mãe; prematuridade; baixo peso ao nascer; mortalidade infantil e recém-nascido pequeno para idade gestacional. A ocorrência de óbitos infantis foi identificada nos cinco cartórios de registro civil, nos hospitais e nos arquivos do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde.

A adequação do uso da assistência pré-natal foi classificada em adequada, intermediária e inadequada, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.⁹ O pré-natal foi considerado adequado quando iniciado até o quarto mês e realizado um mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, ou

menor número de consultas de acordo com a idade gestacional. O índice foi ajustado pela idade gestacional, tendo em vista que mães de crianças prematuras tendem a realizar menor número de consultas pré-natais.¹⁵

A idade gestacional foi calculada a partir da data da última menstruação referida pela mãe. O dia 15 foi imputado para todos os casos nos quais apenas o dia da última menstruação era ignorado. Os casos de peso incompatível com a data da última menstruação referida, que estivessem acima do percentil 99 da curva inglesa, foram recodificados como ignorados.¹⁵ O mesmo procedimento foi empregado para os casos com idade gestacional improvável (menos de 20 ou mais de 50 semanas). Finalmente, um processo de imputação foi realizado para todos os casos com dados ignorados ou recodificados como ignorados em um modelo de regressão incluindo peso ao nascer, paridade e renda familiar. Para se evitar a possibilida-

de de viés na variável escolaridade materna, ou seja, as mulheres abaixo de 18 anos teriam menos anos de escola exatamente por serem mais novas, optou-se por considerar apenas duas categorias: zero a quatro anos e cinco ou mais de escolaridade.

A classificação de peso por idade gestacional foi baseada na curva de Williams.¹⁵ Crianças abaixo do percentil 10 foram classificadas como pequenas para a idade gestacional.

RESULTADOS

Dos 2.429 partos estudados, 319 (13,1%) foram de mulheres com idade abaixo de 18 anos, 395 (16,3%) com 18 e 19 anos, totalizando 714 mulheres com menos de 20 anos (29,4%) (Tabela 1). Coeficientes específicos de fecundidade elevados foram encontrados no grupo de adolescentes de 18 e 19 anos e nas mulheres de 20 a 24 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Idade materna e coeficientes geral e específicos de fecundidade por idade, São Luís, MA, 1997/1998.

Idade da mãe	N	%	Nascidos vivos estimados	População residente (1996)	Coeficiente de fecundidade (por mil)	IC 95%*
13 a 17	319	13,1	2.538	56.963	44,6	42,9-46,3
18 a 19	395	16,3	3.142	21.761	144,4	139,7-149,1
20 a 24	939	38,7	7.469	47.707	156,6	153,3-159,9
25 a 29	476	19,6	3.786	39.563	95,7	92,8-98,6
30 a 34	199	8,2	1.583	33.569	47,2	44,9-49,5
35 a 49	101	4,2	803	64.031	12,5	11,7-13,4
Total	2.429	100,0	19.321	263.594	73,3	72,3-74,3

*Intervalo de confiança de 95%

Tabela 2 - Características socioeconômicas e demográficas de acordo com a faixa etária das mães (%), São Luís, MA, 1997/1998.

Indicadores	Idade materna						P (gl)*	P (gl)**
	<18	18-19	20-24	25-29	30-34	≥35		
Escolaridade materna							0,075 (5)	0,109 (1)
0 a 4	22,3	17,5	14,8	17,4	18,6	18,8		
5+	77,7	82,5	85,2	82,6	81,4	17,2		
Renda familiar							<0,001 (12)	0,979 (3)
Até 1	19,8	20,8	17,4	11,3	11,6	12,9		
+1 a 3	39,8	38,7	35,2	32,8	25,6	19,8		
+3	32,3	31,9	40,0	52,3	57,8	64,4		
Ignorada	8,2	8,6	7,4	3,6	5,0	3,0		
Situação conjugal							<0,001 (10)	0,085 (2)
Casada	14,1	19,8	27,4	39,0	50,3	36,6		
Mora junto	48,3	48,4	48,9	43,9	38,2	48,5		
Sem companheiro	37,6	31,9	23,8	17,0	11,6	14,9		
Ocupação do chefe de família							<0,001 (12)	0,010 (3)
Não manual	12,5	13,4	19,0	25,4	35,7	36,6		
Manual especializada	43,3	45,3	46,7	46,9	41,21	37,6		
Manual não qualificada	37,0	39,2	31,7	26,7	21,6	25,7		
Ignorada	7,2	2,0	2,7	1,0	1,5	0,0		
Trabalho materno							<0,001 (5)	0,073 (1)
Sim	7,8	11,9	22,6	33,6	50,3	61,4		
Não	92,2	88,1	77,4	66,4	49,8	38,6		
Idade do pai							<0,001 (12)	<0,001 (3)
<20	31,7	15,2	4,8	0,8	0,0	0,0		
20-34	63,0	75,7	82,8	76,7	60,8	30,7		
35+	2,8	7,3	8,8	20,6	37,7	67,3		
Ignorada	2,5	1,8	3,6	1,9	1,5	2,0		
Total de mulheres	319	395	939	476	199	101		

*Valor de P referente a todos os grupos de idade. gl=graus de liberdade.

**Valor de P comparando-se os dois grupos de adolescentes (<18 e 18 e 19 anos).

As adolescentes com idade abaixo de 18 anos e de 18 e 19 anos tiveram menor renda familiar. Em maiores proporções, viviam sem companheiro ou em união consensual, eram provenientes de famílias cujos chefes tinham em maior percentual ocupações manuais não qualificadas, apresentaram as menores proporções de trabalho materno e as maiores proporções de filhos com pais também adolescentes. As adolescentes e as mulheres mais velhas (≥ 35 anos) tiveram as maiores proporções de baixa escolaridade, mas a diferença foi marginalmente significativa ($P=0,075$) (Tabela 2).

As mães adolescentes tiveram as menores proporções de parto cesárea, atendimento privado ao parto e de fumantes. Entre as adolescentes, observaram-se os maiores percentuais de mães primíparas e com utilização de assistência pré-natal inadequada. Não foram observadas diferenças na altura segundo a idade materna (Tabela 3).

As maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer, recém-nascidos pequenos para a idade gestacional e mortalidade infantil foram observadas no

grupo de adolescentes com menos de 18 anos. As adolescentes de 18 e 19 anos apresentaram também maior percentual de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional do que as mães mais velhas. Entretanto, as taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil neste grupo foram inferiores às taxas de algumas faixas etárias mais velhas (Tabela 4).

As adolescentes com menos de 18 anos tenderam a ser semelhantes àquelas de 18 e 19 anos em relação às variáveis socioeconômicas. Entretanto, as adolescentes mais jovens, com menos de 18 anos, tenderam a ter filhos com pais adolescentes em maior proporção, tiveram menor taxa de parto cesáreo e maior proporção de primíparas (Tabela 3). Apesar da situação socioeconômica semelhante, as taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e a mortalidade infantil foram superiores no grupo de adolescentes mais jovens, menores de 18 anos, do que no grupo de adolescentes de 18 e 19 anos (Tabela 4).

Comparadas àquelas com 25 a 29 anos, observou-se risco 2,85 vezes maior de baixo peso ao nascer no

Tabela 3 - Características reprodutivas, comportamentais, antropométricas e de assistência médica de acordo com a faixa etária das mães (%), São Luís, MA, 1997/1998.

Indicadores	Idade materna						P (gl)*	P (gl)**
	<18	18-19	20-24	25-29	30-34	≥ 35		
Tipo de parto								
Vaginal	79,9	74,7	70,3	56,7	42,2	45,5	<0,001 (5)	0,010 (1)
Cesárea	20,0	25,3	29,7	43,3	57,8	54,5		
Paridade								
1	86,2	62,0	44,8	35,9	26,1	18,8	<0,001 (10)	<0,001 (2)
2 a 4	13,8	37,7	54,0	56,9	58,8	54,5		
5+	0,0	0,3	1,2	7,1	15,0	26,8		
Adequação do uso do pré-natal								
Adequado	42,0	44,8	48,9	59,5	64,3	68,3	<0,001 (10)	0,365 (2)
Intermediário	19,4	15,4	15,5	13,5	11,1	8,9		
Inadequado	38,6	39,8	35,1	27,1	24,6	22,8		
Categoria de assistência pré-natal								
Privada	1,9	3,0	8,5	17,2	28,6	30,7	<0,001 (5)	0,327 (1)
Pública	98,1	97,0	91,5	82,8	71,4	69,3		
Fumo materno								
Sim	3,1	3,8	5,8	6,7	8,5	14,9	<0,001 (5)	0,632 (1)
Não	96,9	96,2	94,3	93,3	91,5	85,2		
Altura da mãe								
150+	73,7	77,0	76,9	79,2	78,9	75,3	0,842 (10)	0,527 (2)
<150	16,3	13,4	14,7	13,5	14,1	13,9		
Ignorada	10,0	9,6	8,4	7,4	7,0	10,9		
Total de mulheres	319	395	939	476	199	101		

*Valor de P referente a todos os grupos de idade. gl=graus de liberdade.

**Valor de P comparando-se os dois grupos de adolescentes (<18 e 18 e 19 anos).

Tabela 4 - Prematuridade, baixo peso ao nascer, pequeno para idade gestacional e mortalidade infantil de acordo com a faixa etária das mães (%), São Luís, MA, 1997/1998.

Indicadores	Idade materna						P*	P**
	<18	18-19	20-24	25-29	30-34	≥ 35		
Prematuridade	22,9	9,9	11,7	10,9	11,1	10,9	<0,001	<0,001
Baixo peso ao nascer	13,2	6,3	8,2	4,6	6,0	6,9	<0,001	0,002
Pequeno para idade gestacional	19,4	16,5	14,0	11,6	11,1	10,9	0,015	0,301
Mortalidade infantil	5,3	1,0	3,3	1,3	2,5	1,0	<0,002	0,001
Total de mulheres	319	395	939	476	199	101		

*Valor de P referente a todos os grupos de idade - qui-quadrado com 5 graus de liberdade.

**Valor de P comparando-se os dois grupos de adolescentes (<18 e 18 e 19 anos) - qui-quadrado com 1 grau de liberdade.

Tabela 5 - Associação entre gravidez na adolescência e indicadores perinatais. São Luís, MA, 1997/1998.

Indicadores	Razão de Prevalências (IC 95%)
Baixo peso ao nascer	
<18	2,85 (1,73-4,68)***
18-19	1,37 (0,78-2,39)
Prematuridade	
<18	2,09 (1,51-2,90)***
18-19	0,90 (0,60-1,34)
Pequeno para a idade gestacional	
<18	1,68 (1,20-2,35)**
18-19	1,42 (1,02-1,99)*
Mortalidade infantil	
<18	4,23 (1,68-10,61)**
18-19	0,80 (0,23-2,83)

*P<0,05 **P<0,01 ***P<0,001

A categoria basal de referência para o cálculo da razão de prevalências foram as mulheres de 25 a 29 anos.

grupo de adolescentes muito jovens (com menos de 18 anos). Estas jovens também apresentaram risco aumentado de ter filhos prematuros (Razão de Prevalências (RP)=2,09) e pequenos para a idade gestacional (RP=1,68). Seus filhos tiveram um risco 4,23 vezes maior de mortalidade infantil. Adolescentes de 18 a 19 anos apresentaram maior risco de terem recém-nascidos pequenos para a idade gestacional. Entretanto, o grupo de 18 e 19 anos demonstrou o mesmo risco de ter filhos com baixo peso ao nascer e prematuros. O risco de mortalidade infantil no grupo de filhos de adolescentes de 18 e 19 anos também foi o mesmo em relação às mães mais velhas (Tabela 5).

DISCUSSÃO

A proporção de partos de mães adolescentes entre todos os partos foi muito elevada em São Luís: 29,4%. Esta proporção foi mais elevada do que nos Estados Unidos em 1998, 12,5%¹⁶, no Brasil como um todo em 1998, 23,6%,* e do que no Município de Ribeirão Preto em 1994, 17,5%.¹³ Estas taxas também foram bem mais elevadas do que as da França (2,4%)⁴ e da Suécia (menos de 3%).¹¹ As taxas específicas de fecundidade foram altas nas mulheres de 13 a 17 anos, residentes em São Luís (44,6 nascidos vivos por mil mulheres em idade fértil) e no grupo de 18 a 19 anos (144,4 por mil).

Observou-se que as características gerais das ado-

lescentes diferiram das mulheres mais velhas. As adolescentes tiveram menor renda familiar, maior percentual de pré-natal inadequado e de não casadas, enquanto a taxa de cesáreas foi inferior. Grande parte das mulheres de 18 a 19 anos (37,7%) e um número importante das abaixo de 18 anos (13,7%) já tinha de dois a quatro filhos. Quando se analisou a paridade, considerando-se o total das adolescentes, constatou-se que 8,3% delas já tinham dois ou mais filhos. A taxa de pais adolescentes foi elevada, pois 31,7% das mulheres abaixo de 18 anos tiveram seus filhos com homens abaixo de 20 anos. O estudo de Ribeirão Preto mostrou proporção de pais adolescentes bem menor, 4,7%.²

As mães do grupo de idade abaixo de 18 anos tiveram maiores taxas de resultados desfavoráveis da gravidez (maiores taxas de baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade infantil) que as adolescentes de 18 a 19 anos, apesar de não haver diferenças socioeconômicas entre estes dois grupos de adolescentes. Entretanto, observou-se maior percentual de primíparas entre as adolescentes muito jovens. Se ambas tiveram situação socioeconômica semelhante, as adolescentes mais jovens (menos de 18 anos) apresentaram piores resultados perinatais. Isto sugere que fatores biológicos ligados à imaturidade estejam associados às maiores taxas de baixo peso, prematuridade e mortalidade infantil observadas nesse grupo. Em estudo subsequente, com ajuste para fatores de confusão, esta possibilidade será explorada.

Os dados do estudo confirmam que a gravidez na adolescência está associada a resultados desfavoráveis para a gravidez e à sobrevivência de seus filhos apenas para as adolescentes menores de 18 anos, da mesma forma que o observado no estudo de Ribeirão Preto.⁶ As adolescentes de 18 e 19 anos apresentaram resultados semelhantes aos das mulheres acima de 20 anos. O alto índice de grávidas adolescentes no Município de São Luís e a alta taxa específica de fecundidade nessa faixa de idade indicam a necessidade de se viabilizar políticas adequadas de atendimento a essas mulheres que estão engravidando em condições de vida desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

1. Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Wen LY, Reis PM, Chiaratti TM et al. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. *Cad Saúde Pública* 1992;8:404-13.
2. Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Andrea M, Goldani MZ, Ribeiro ERO. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada. *Rev Saúde Pública* 1998;32:18-28.

3. Ekwo EE, Moawad A. Maternal age and preterm births in a black population. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:145-51.
4. Foix-L'Hélias L, Blondel B. Changes in risk factors of preterm delivery in France between 1981 and 1995. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:314-23.
5. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Pública* 2001;35:74-80.
6. Goldani, MZ, Bettiol H, Barbieri MA, Tomkins A. Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, Southeast Brazil, in 1978-79 and 1994. *Cad Saúde Pública* 2000;16:1041-7.
7. Mariotoni GGB, Barros Filho AA. Peso ao nascer e características maternas ao longo de 25 anos na maternidade de Campinas. *J Pediatr (Rio J)* 2000;76:55-64.
8. Mariotoni GGB, Barros Filho AA. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? *J Pediatr (Rio J)* 1998;74:107-13.
9. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal*. Brasília (DF); 1988.
10. Ministério da Saúde. Datasus. *Sinasc - Sistema de Informações de Nascidos Vivos 94-97. Dados de Declaração de Nascido Vivo*. [CD-ROM]. Brasília (DF); 1999.
11. Olausson PMO, Cnattingius S, Goldenberg RL. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. *Obstet Gynecol* 1997;89:451-7.
12. [OPAS] Organização Pan-Americana da Saúde. *A saúde no Brasil*. Brasília (DF); 1998.
13. Ribeiro ERO, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000;34:136-42.
14. Silva AAM, Barbieri MA, Gomes UA, Bettiol H. Trends in low birthweight: a comparison of two birth cohorts separated by a 15 year interval in Ribeirão Preto, Brazil. *Bull World Health Organ* 1998;76:73-84.
15. Silva AAM, Coimbra LC, Silva RA, Alves MTSSB, Lamy-Filho F, Lamy ZC et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2001;17:1413-23.
16. Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC, Mathews MS, Park MS. Births: final data for 1998. *Natl Vital Stat Rep* 2000;48:1-100.