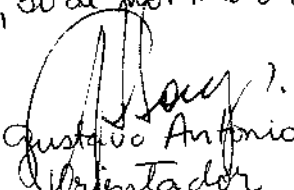


NELSON LOURENÇO MAIA FILHO

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp pelo médico Nelson Lourenço Maia Filho em 30 de novembro de 1989.
Campinas, 30 de novembro de 1989.


Prof. Dr. Gustavo Antônio de Souza
Orientador

COMPARAÇÃO ENTRE PRIMIPARAS

4. ADOLESCENTES PRECOSES, NÃO PRECOSES E ADULTAS

QUANTO A FATORES SOCIAIS E GESTACIONAIS.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre em Medicina.

Orientador: Dr. Gustavo Antônio de Souza.

CAMPINAS

1989

ESTE TRABALHO É DEDICADO

A Edna, minha esposa pelo carinho,
compreensão, apoio e incentivo em todas as
situações.

Aos meus filhos, Gustavo e Mariana, que são
a causa e a razão de tudo.

Aos meus pais, pelo amor, sacrifício e
disposição sempre presentes.

A minha avó Ana, que se estivesse entre nós,
certamente estaria feliz e orgulhosa.

Ao

Dr. Gustavo Antonio de Souza

Orientador, incentivador, mestre e amigo,
exemplo na maneira de transmitir ensinamentos
profissionais, de honestidade e de vida.
Mostrou-me novos caminhos e tomou-me pela
mão em horas de total escuridão.

A

Prof. Dra. Lenir Mathias

Minha querida Mestra.

Minha madrinha profissional.

Padrão de sabedoria e experiência, a
quem tento modestamente seguir os
passos.

AGRADECIMENTOS

- Ao Dr. João Luiz Pinto e Silva, coordenador do Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP, que me trouxe de volta a esta casa.
- Ao Prof. Dr. Anibal Faundes, professor titular de Obstetrícia, que apesar de não termos convivido intimamente, sempre demonstrou por mim confiança e amizade.
- Ao Dr. José Mendes Aldrighi, pelo apoio desinteressado, amizade e orientação técnica.
- A todos os demais docentes da Disciplina de Obstetrícia da FCM da UNICAMP, pelo carinho que sempre me dispensaram.
- Aos funcionários do Departamento de Tocoginecologia da FCM UNICAMP e do CAISM, pela amizade.
- As funcionárias da Assessoria Técnica do CAISM especialmente as Sras. Sueli Atibaia Chaves e Patricia Magalhães Coy, por unirem competência e calor humano.
- Aos funcionários da Pós-Graduação da FCM - UNICAMP, pela paciência e orientação.

Aos residentes e internos da Faculdade de Medicina de Jundiaí, que nos auxiliaram na execução deste trabalho.

As funcionárias da Maternidade do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo.

A Sra. Yeda Salles P. Sandoval, pela colaboração na revisão bibliográfica, sempre com incrível paciência e dedicação profissional.

A Srta. Adriana Barbosa Santos, pela importante colaboração na análise estatística.

A Bete e ao Baqi amigos que nos ajudaram a percorrer trechos tortuosos durante este trajeto.

As pacientes inscritas no trabalho.

I N D I C E

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. PROPOSIÇÃO.....	11
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	12
4. RESULTADOS.....	18
5. DISCUSSÃO.....	55
6. CONCLUSÕES.....	79
7. SUMÁRIO.....	82
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84

ANEXOS

OS ADULTOS ESTÃO PREOCUPADOS EM SATISFAZER
OS INTERESSES DOS JOVENS OU EM CONTROLAR A
CONDUTA DELES?

J. J. Rousseau.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A adolescência, importante fase evolutiva da vida, compreende o período de 10 a 19 anos e pode ser subdividida em dois grupos: de 10 a 14 e de 15 a 19 anos. Esta é a divisão clássica da Organização Mundial de Saúde, embora sejam aceitas outras, cujo extremo pode atingir 15, 16 e até 17 anos (Organización Mundial de la Salud, Informe Técnico nº 583, 1975).

Esta subdivisão entre as faixas etárias mais ou

menos precoces nas adolescentes estaria diretamente ligada à constituição física, hormonal e psíquica.

O comportamento e a personalidade das jovens neste período, sofrem ainda grandes variações causadas por influências tais como a social, econômica, educacional, cultural, geográfica e até racial.

A adolescência reflete um período transitório onde os indivíduos estão em intenso crescimento e desenvolvimento, sofrendo profundas transformações físicas, psicológicas e sociais. Novas relações são estabelecidas com êles próprios e com o meio que os cerca; nova imagem corporal e uma série de informações recém adquiridas necessitam ser compreendidas para atingir o equilíbrio e um adequado relacionamento com a família e com outros adolescentes.

A Organização das Nações Unidas (1980) estimou no mundo cerca de 939 milhões de adolescentes (10 a 19 anos), e projetou para o ano 2000 cifras acima de 1,1 bilhão (Takiuti, 1988).

Na América Latina em 1960 a população total de jovens (15 a 25 anos) era cerca de 39 milhões, em 1980 atingiu 73 estimando-se para mais de 100 milhões na virada do século (Takiuti, 1988).

No Brasil em 1980 cerca de um quarto da população apresentava idade entre 10 e 19 anos, ou seja, 26.287.325 adolescentes. Hoje o número supera os 28.500.000, sendo maior na região Sudeste, seguido pelo Nordeste, Sul, Centro-Oeste e finalmente o Norte (Anuário Estatístico do

Brasil, 1986).

No Estado de São Paulo em 1980, 21% da população situava-se na faixa etária dos 10 aos 19 anos o que compreendia 5.215.638 adolescentes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

De modo geral os adolescentes estão expostos a muitas complicações, uma vez que se encontram em uma fase especial de transformações biopsicossociais.

Particularmente, desperta-nos grande interesse a sexualidade nesses jovens e, principalmente as possíveis complicações decorrentes de uma gestação muitas vezes inesperada e ou indesejada.

Nesta fase da vida tem-se constatado início cada vez mais precoce da atividade sexual. Alarmantes são as desinformações sobre os métodos anticoncepcionais, e associado a isso, a preocupante insegurança psicológica e social. (Takiuti, 1988).

Aldrighi e cols. (1986) estudando abortamentos em adolescentes constataram que 77,2% delas tinham provocado o aborto, sendo 64,7% por colocação de sonda no colo do útero; relataram ainda que 45,4% das adolescentes utilizavam algum método anticoncepcional, sendo a pílula a mais usada (80%) e que somente 10% delas o faziam com orientação médica. Esses altos índices de abortos já haviam sido descritos por Widholm e cols. (1974) na Finlândia.

Pinto e Silva (1980) relatou que são múltiplas as razões para o uso inadequado de contraceptivos entre

adolescentes. Algumas duvidam de sua fecundidade, outras acreditam que são muito jovens para engravidar, outras ainda não associam o sexo com a gravidez, especialmente por seu caráter esporádico ou pouco frequente.

As Unidades de Assistência Primária do Programa de Saúde do Adolescente de São Paulo têm matriculado grande número de adolescentes grávidas para assistência pré-natal, com incidência variável entre 6% a 67% nos diferentes postos (Programa de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente - SUDS/SP, 1988).

A literatura relata como consequência da gravidez na adolescência maiores taxas de morbidade e mortalidade materno-fetal, elevada incidência de patologias como toxemia gravídica, anemia e partos prematuros, tornando obscuro o prognóstico delas e de seus conceptos, justificando seu acompanhamento como pacientes de alto risco (Battaglia, 1963).

Tradicionalmente os adolescentes têm sido vistos como um grupo populacional menos exposto ao risco de adoecer e de morrer, fato este que colocaria esses jovens numa porção privilegiada da população; entretanto, os baixos números de mortalidade não significam ausência de problemas de saúde. Dentre estes, incluem-se os ligados à reprodução que constantemente são relatados na literatura (Siqueira e Tanaka, 1986).

Assim, com o significativo aumento do número de gestações em adolescentes tem-se constatado paralela

elevação das complicações; por isso a Organização Mundial de Saúde caracteriza a gravidez na adolescência como um importante fator de risco.

Siqueira e Tanaka (1986) referem 750.727 óbitos ocorridos em 1980 no Brasil, sendo que 21.543 são de indivíduos entre 10 a 19 anos, ou seja 2,87% do total. Ressaltam ainda, que as complicações da gravidez, parto e puerpério, figuram entre as dez principais causas de morte entre os adolescentes; assim foram responsáveis por 4% dos óbitos de mulheres de 10 a 19 anos, sendo que na faixa de 15 a 19 anos corresponderam a 6,14% do total (6ª principal causa de morte).

Apesar destas evidências, muitas dúvidas existem quanto as causas primárias das complicações; assim questiona-se se elas decorrem de possíveis alterações físicas e funcionais das adolescentes ou de fatores sócio-econômicos ou ainda de deficiências no sistema básico de atendimento dessas jovens.

A literatura informa de maneira uniforme que não há aumento significativo do risco materno-fetal para as grávidas adolescentes e, que a denominação de gestantes de "alto risco" deva ser revisada e alterada, pelo menos do ponto de vista biológico e obstétrico (Sismondi e cols. 1983).

Há, entretanto, posições que consideram que na mulher jovem, o desenvolvimento orgânico e, em especial, o esquelético incompletos, tem sido implicados como fatores

negativos para uma boa evolução da gravidez e parto como sugerem Alvarez e cols. (1959) no Boletín de la Sociedad Chilena. Assim, a existência de pelve juvenil, geralmente estreita, é descrita como causa de desproporção céfalo-pélvica e o estresse emocional associado a uma imaturidade psíquica e agregado a problemas sociais pessoais e familiares pioram ainda mais a evolução da gestação.

No que tange à idade de instalação da menarca Hunt (1976) mostrou tendência ao seu aparecimento mais precoce a cada geração. Assim, sabe-se que na Europa e nos Estados Unidos da América do Norte a cada geração analisada tem-se evidenciado diminuição significativa, na idade média de instalação da menarca (Zacharias, 1970; Massé, 1975).

Em nosso meio a literatura aponta adolescentes com menarca variando entre 8 e 16 anos, com média de 12 anos e 2 meses (Colli, 1975). Pinto e Silva (1982) constatou que as parturientes adolescentes tiveram a primeira menstruação mais precocemente que as adultas que lhe serviram de controle.

Utian (1967) mostrou que há inúmeros estudos sobre a gravidez e parto nas adolescentes, porém, a grande maioria baseia-se em diferentes critérios quanto a idade, grupos raciais e quanto a diagnóstico das síndromes obstétricas; por isso sugeriu que fosse feito um estudo dirigido às primigrávidas adolescentes européias com a intenção de se avaliar um grupo mais homogêneo.

Clarke (1986) refere que em Nova York, em 1983,

40.000 adolescentes iniciaram uma gravidez, resultando em 14.000 nascimentos, 20.000 abortos e em 6.000 casos não se teve a informação da resolução; 66% por cento dos nascimentos ocorreram em áreas de alta concentração de população e de nível sócio-econômico mais baixo, 20% engravidaram no primeiro ato sexual e 50% nos primeiros seis meses de atividade; o autor mostrou ainda uma maior taxa de mortalidade materna entre as adolescentes grávidas de cor negra.

Mathias e cols.(1981) admitem que os distúrbios emocionais das adolescentes que engravidam seriam os responsáveis pela maioria das complicações detectadas, uma vez que em número significativo de vezes a gravidez é ocultada, muitas vezes cursa sem assistência pré-natal ou os serviços de apoio são procurados tardiamente como decorrência de vergonha, culpa, falta de apoio familiar ou do próprio companheiro e medo das pressões sociais.

A falta de apoio do companheiro foi causa de 76,4% dos abortos de adolescentes nos estudos de Aldrighi e cols.(1986), seguido de medo de rejeição familiar e baixa condição sócio-econômica.

Zackler e cols.(1969) apresentaram dados com cifras progressivas de gestações em adolescentes com idade inferior a 15 anos. Em 1945, nos Estados Unidos da América do Norte, ocorreram 3.573 nascimentos de mães com menos de 15 anos, ou 3,1 nascimentos por 10.000 nascidos vivos e em 1963 aumentou para 7.594, ou seja 18,5 nascimentos por 10.000

nascidos vivos. Mostrou ainda que essas taxas tem sido constantemente mais elevadas não só entre brancas como entre negras, embora mais frequentes entre estas últimas.

Correy (1984) por sua vez, observou que a idade biológica por si só não confere aumento do risco à gravidez; a alta proporção de primíparas no grupo de adolescentes associada a fatores de risco como estado civil inadequado (solteiras), baixo nível sócio-econômico e outros, poderiam ser as variantes definitivamente responsáveis pelas complicações quando comparado ao grupo controle de adultas.

Romero (1983) constatou menor tendência de risco nas adolescentes de 18 e 19 anos e explicou tal ocorrência, simplesmente pelo fato de que nesta faixa etária elas estariam biologicamente mais aptas para o desempenho da gravidez. Encontrou ainda diferenças estatisticamente significativas quando comparou gestantes menores de 16 anos com aquelas de 18 e 19 anos, no que se refere à necessidade de manobras obstétricas, desproporção céfalo-pélvica, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, além de variáveis sociais como estado civil, dias de permanência hospitalar e conhecimento sobre planejamento familiar; por estas razões, considerou de alto risco as adolescentes menores de 16 anos.

Davidson Jr. (1985) ao estudar comparativamente gestantes adolescentes e seus recém-nascidos com adultas de mais de 34 anos, mostrou que as últimas requerem maior custo operacional, alta tecnologia pré-natal tal como

aconselhamento genético, diagnóstico genético ante-natal, amniocenteses, ultrassonografias e monitorização eletrônica fetal.

Battaglia e cols. (1963) descreveram como grávidas muito jovens aquelas de 14 anos ou menos, tendo maiores taxas de riscos obstétrico e pediátrico constatados pelos altos índices de baixo peso, prematuridade e morbiletalidade, quando comparadas com as de mais de 20 anos.

Pinto e Silva (1982) descreveu que as adolescentes até 19 anos tinham características biológicas compatíveis para um desempenho obstétrico satisfatório, pouco diferente das apresentadas por mulheres compreendidas na faixa de 20 a 29 anos de idade; relata ainda, que muitos dos resultados obstétricos atribuídos à condição de adolescentes, devem-se à coincidência da adolescência e nuliparidade.

Mathias (1980) concluiu ser absolutamente indispensável a qualquer país com variações sócio-econômicas em sua população e com número crescente de adolescentes grávidas que se estimule programas de serviços médicos, sociais e educativos para estas gestantes, com o intuito de melhorar o prognóstico materno e fetal.

Em outros estudos, Mathias e cols. (1985) constataram que a idade materna pode ou não ser um fator de risco se a adolescente for melhor informada e procurar assistência pré-natal adequada, onde seriam auxiliadas nos aspectos sócio-psicológicos, além de terem a atenção de obstetras

ligados à sua problemática.

Valente e cols. (1977) em nosso meio e Mc Anarney (1978*) sugeriram que serviços de pré-natal que atendessem a mães adolescentes deveriam contar com equipes especializadas multidisciplinares, ou seja obstetra pré-natalista, pediatra, psicólogo e ou psiquiatra, assistente social e enfermeira obstétrica.

Spellacy e cols. (1978) relataram que muitos estudos tem sido feitos sobre a performance reprodutiva das adolescentes; para eles o aumento do risco estaria mais ligado a idade reprodutiva do que a cronológica. Assim, conceituam idade reprodutiva como o tempo decorrido entre a menarca e a concepção e se ela for menor que dois anos consideraram o risco de significativamente elevado.

Pela diversidade de informações encontradas na literatura pertinente e, ainda pela importância do problema, uma vez que a grande maioria da nossa população encontra-se com idade inferior a 20 anos, interessou-nos estudar as primíparas adolescentes quanto a alguns fatores sociais e gestacionais.

PROPOSIÇÃO

2. PROPOSIÇÃO

O presente trabalho se propõe a estudar comparativamente primigrávidas adolescentes em diferentes faixas etárias e compará-las a um grupo de adultas quanto aos seguintes parâmetros: cor, estado civil, escolaridade, ocupação, idade de instalação da menarca, início da atividade sexual, tabagismo, pré-natal, duração da gestação e patologias da gestação.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1.- Casuística:

Estudaram-se 629 pacientes divididas em dois grupos: o grupo de estudo constituiu-se de 545 mulheres adolescentes e o outro denominado de grupo controle incluiu 84 pacientes adultas.

Selecionaram-se para o grupo de estudo, primigestas com idade de 12 até 19 anos, que procuraram o Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, na época Hospital-Escola da

Faculdade de Medicina de Jundiaí, no período compreendido entre 1977 e 1984. Estas adolescentes foram separadas em dois subgrupos e denominadas precoces as de 12 até 15 anos e de não precoces as de 16 a 19 anos de idade.

Procurou-se trabalhar somente com primigrávidas para tornar mais uniforme a nossa amostragem, já que as outras variáveis assemelhavam-se (condições sociais, econômicas, culturais, educacionais, e de habitação).

Das pacientes do grupo de estudo algumas fizeram o pré natal no Ambulatório de Adolescentes, do Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Jundiaí e receberam desde o início, sob nossa orientação, as recomendações propostas no Serviço; as restantes que não fizeram pré natal ou aquelas que o fizeram em outros serviços passaram a participar da nossa casuística, desde o momento que internaram no Setor de Obstetrícia, pois a partir de então, a conduta e a rotina seguidas eram as mesmas preconizadas pelo Setor de Adolescentes da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

O grupo controle era constituído de 84 primigrávidas escolhidas aleatoriamente, com idade oscilando entre 20 a 25 anos e que internaram no Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

Eram habitantes de regiões semelhantes às das adolescentes, pertenciam ao mesmo grupo social, vivendo portanto os mesmos problemas e dificuldades sócio-econômicas, porém eram consideradas cronologicamente adultas.

Neste grupo bem como no de adolescentes, a maior parte daquelas que fizeram pré natal estiveram sob a orientação do Serviço e as demais a partir do primeiro contato com o Setor de Obstetricia do Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Jundiaí, passaram a seguir a mesma conduta e rotina preconizada no Serviço.

3.2.- Métodos:

3.2.1. Coleta de Dados:

Utilizaram-se os prontuários de pacientes que ingressaram no Serviço de Obstetricia do Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Jundiaí, em trabalho de parto; a ficha obstétrica da disciplina (Anexo 11) foi preenchida da forma mais completa possível, incluindo-se os dados pessoais, antecedentes gerais e obstétricos, partograma, evolução do parto, puerpério e condições do recém nascido.

O preenchimento da ficha foi feito por alunos de graduação (quinto e sexto anos) e por residentes de primeiro e segundo anos, segundo normas pré estabelecidas pelo Serviço.

Os dados obtidos na ficha obstétrica, após verificação de sua consistência foram transcritos para uma ficha pré-codificada utilizada pelo "Estudo Nacional

Prospectivo Sobre Adolescente Grávida" (ENFAG) (anexo 12) para posteriormente se computarem os resultados. A ficha descrita acima inclui 60 variáveis das quais foram selecionadas dez para o nosso estudo a saber:

. Cor - as pacientes foram divididas de acordo com a cor em brancas, negras, pardas e amarelas (estas representadas apenas por uma paciente que por esse motivo foi excluída da análise estatística).

. Estado civil - dividiu-se as pacientes em casadas, solteiras e amasiadas (aquelas que habitavam com o parceiro, apesar de não terem situação conjugal regular); estes casos também pelo escasso número não entraram no tratamento estatístico.

. Escolaridade - foram divididas em analfabetas (aquelas que nunca frequentaram qualquer sala de aula, mesmo que por pouco tempo), com primeiro grau (as que cursaram parcial ou totalmente o primeiro grau) e com segundo grau (as que chegaram até o nível de segundo grau).

. Ocupação - a atividade ocupacional considerada foi a referida na época da gestação. Identificaram-se as que tinham atividades só em casa (prezadas domésticas), as empregadas domésticas, as estudantes, aquelas sem ocupação e as rotuladas como "outras profissões" (costureiras, operárias, escriturárias, etc) que foram agrupadas juntas por representarem números pequenos.

. Idade de instalação da menarca - procurou-se estudar entre as adolescentes dentro de cada faixa etária a idade de

instalação da menarca e posteriormente dividi-las em dois grupos: até onze anos e com mais de onze anos.

. Início da atividade sexual - foram constituídos dois grupos, o primeiro cujo início da atividade sexual era referido há menos de um ano e o segundo de pacientes com mais de um ano de vida sexual.

. Tabagismo - considerou-se tabagista toda gestante com o hábito de fumar pelo menos um cigarro por dia; desta forma as pacientes foram divididas simplesmente em tabagistas (S) e não tabagistas (N).

. Pré-Natal - convencionou-se assinalar "sim" àquelas pacientes que frequentaram algum serviço de pré-natal e fizeram pelo menos cinco consultas e, "não" às que não frequentaram qualquer serviço ou o fizeram de maneira inadequada. Considerou-se inadequado o pré-natal quando a paciente foi menos de cinco consultas durante toda a gestação.

. Duração da gestação - optou-se por uma divisão diferente da literatura, uma vez que o Serviço de Neonatologia à época do estudo conceituava os recém nascidos com menos de 34 semanas de "praticamente inviáveis"; por isso decidiu-se dividir o tempo de gestação em até 34 semanas, entre 35 e 37 semanas e, finalmente entre 38 e 42 semanas. Essa duração foi contada pela idade da amenorréia.

. Patologias da gestação - incluíram-se nesta variável as patologias específicas da gestação bem como aquelas associadas à gestação; algumas foram estudadas conjuntamente

e, outras pela maior frequência de aparecimento foram estudadas em separado.

3.2.2.- Método Estatístico:

Para a análise dos resultados utilizou-se o teste do Qui-quadrado (Everitt, 1977; Fienberg, 1977) calculando-se a probabilidade de significância (p) para um nível de rejeição da hipótese de nulidade em 5% ($\alpha = 0,05$); isto significa que valores de p inferiores a 0,05 indicam significância.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Nossos resultados serão apresentados sob as formas descritiva, de tabelas e gráficos especificamente para cada variável estudada.

01) Cor:

Em relação a esta variável, nossa casuística revelou em sua grande maioria adolescentes brancas (64,3%), seguida pelas pardas (25,0%) e, finalmente pelas negras (10,7%); houve apenas um caso de cor amarela que correspondeu a 0,3%. Entre as gestantes adultas, a distribuição obtida foi de 75%

de brancas, 14% pardas, 11% negras não havendo nenhuma de cor amarela (Tabela e Gráfico 1).

Quando se comparou o grupo de adolescentes com o de adultas em relação a cor, não se constatou diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$); o resultado foi o mesmo ao se comparar os grupos de adolescentes precoces com as não precoces (Tabela e Gráfico 1).

Entretanto, ao se comparar as adolescentes precoces com as pacientes adultas nota-se que a proporção daquelas em cada classe de cor difere das pacientes adultas, sendo a diferença maior e estatisticamente significativa entre as brancas, $\chi^2 = 6,34$, G.L. = 2 com $p < 0,05$ (Tabela e Gráfico 1).

Ao se analisar as adolescentes não precoces com as adultas constata-se que não há diferença estatisticamente significativa (Tabela e Gráfico 1).

Os resultados individualizados por idade encontram-se no Anexo 01.

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA COR DAS GESTANTES
DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO

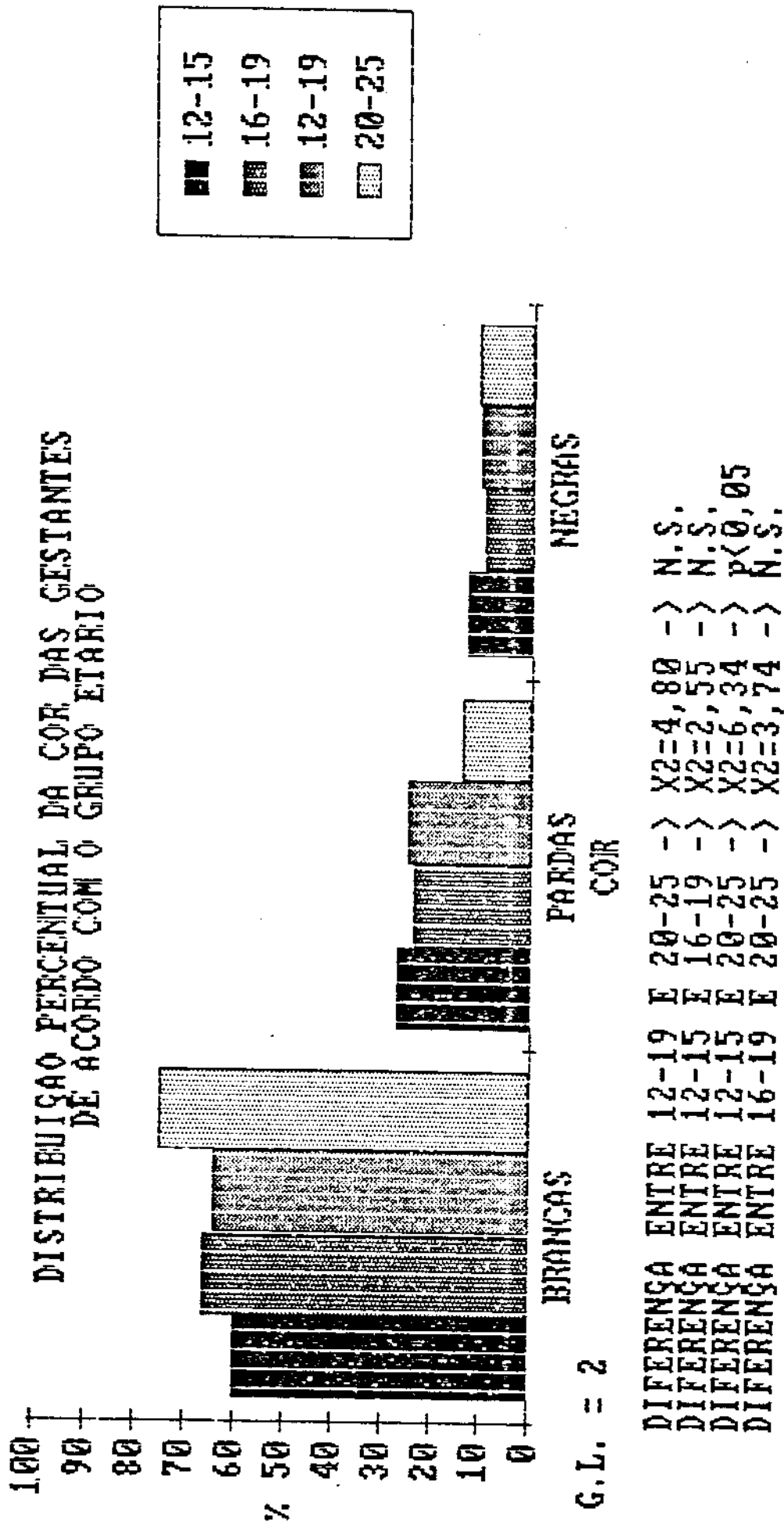
COR	GRUPO ETÁRIO			
	12 - 15	16 - 19	12 - 19	20 - 25
BRANCA	59,8	66,4	64,3	75
PARDA	27,2	24,0	25,0	14
NEGRA	13,0	9,6	10,7	11
N	(169)	(375)	(544)	(84)

GL = 2

Diferença entre 12 - 19 e 20 - 25 \rightarrow $X^2 = 4,80$ N.S.
 Diferença entre 12 - 15 e 16 - 19 \rightarrow $X^2 = 2,55$ N.S.
 Diferença entre 12 - 15 e 20 - 25 \rightarrow $X^2 = 6,34$ $p < 0,05$
 Diferença entre 16 - 19 e 20 - 25 \rightarrow $X^2 = 3,74$ N.S.

GRAFICO 1

DISTRIBUICAO PERCENTUAL DA COR DAS GESTANTES DE ACORDO COM O GRUPO ETARIO



02) Estado Civil:

Quanto a esta variável, a Tabela e o Gráfico 2 denotam que 60,9% das adolescentes eram solteiras e 39,1% casadas. Entre as solteiras percebe-se nitidamente um percentual muito maior quanto menor a idade da adolescente; exatamente o inverso ocorreu no grupo das casadas, ou seja, a porcentagem delas aumentava com a idade. Quanto as amasiadas (1,5%) resolveu-se não incluir no estudo em decorrência do seu pequeno número.

Comparando-se as adolescentes com as gestantes adultas, percebe-se uma clara inversão de resultados ou seja 62% de casadas contra 38% de solteiras (Tabela e Gráfico 2).

Em nosso grupo de estudo bem como no controle não houveram pacientes desquitadas ou divorciadas.

Ao se comparar o grupo de adolescentes com o de adultas verifica-se diferença estatisticamente significativa com proporções maiores de adolescentes solteiras e de adultas casadas, $\chi^2 = 15,48$ com $p < 0,001$ (Tabela e Gráfico 2). A diferença também estatisticamente significativa foi notada entre as adolescentes, sendo as precoces na sua maioria solteiras, $\chi^2 = 61,30$ com $p < 0,001$ (Tabela e Gráfico 2). Este fato permite concluir que houve uma influência do grupo de adolescentes precoces quando se comparou as adolescentes com as adultas.

Quando o grupo de adolescentes precoces é comparado com o de pacientes adultas a significância mantém-se com predomínio de solteiras entre as primeiras, $\chi^2 = 59,34$ com

$p < 0,001$ (Tabela e Gráfico 2). Na comparação das adolescentes não precoces com as pacientes adultas não se tem evidências para afirmar que existam diferenças estatisticamente significantes, pois $\chi^2 = 3,80$ com $p = 0,051$ e qualquer afirmação sobre este teste fica um pouco duvidosa; entretanto, observando-se as proporções parece não haver diferença significativa entre os dois grupos analisados (Tabela e Gráfico 2).

Os resultados individualizados por idade encontram-se no Anexo 02.

TABELA 2

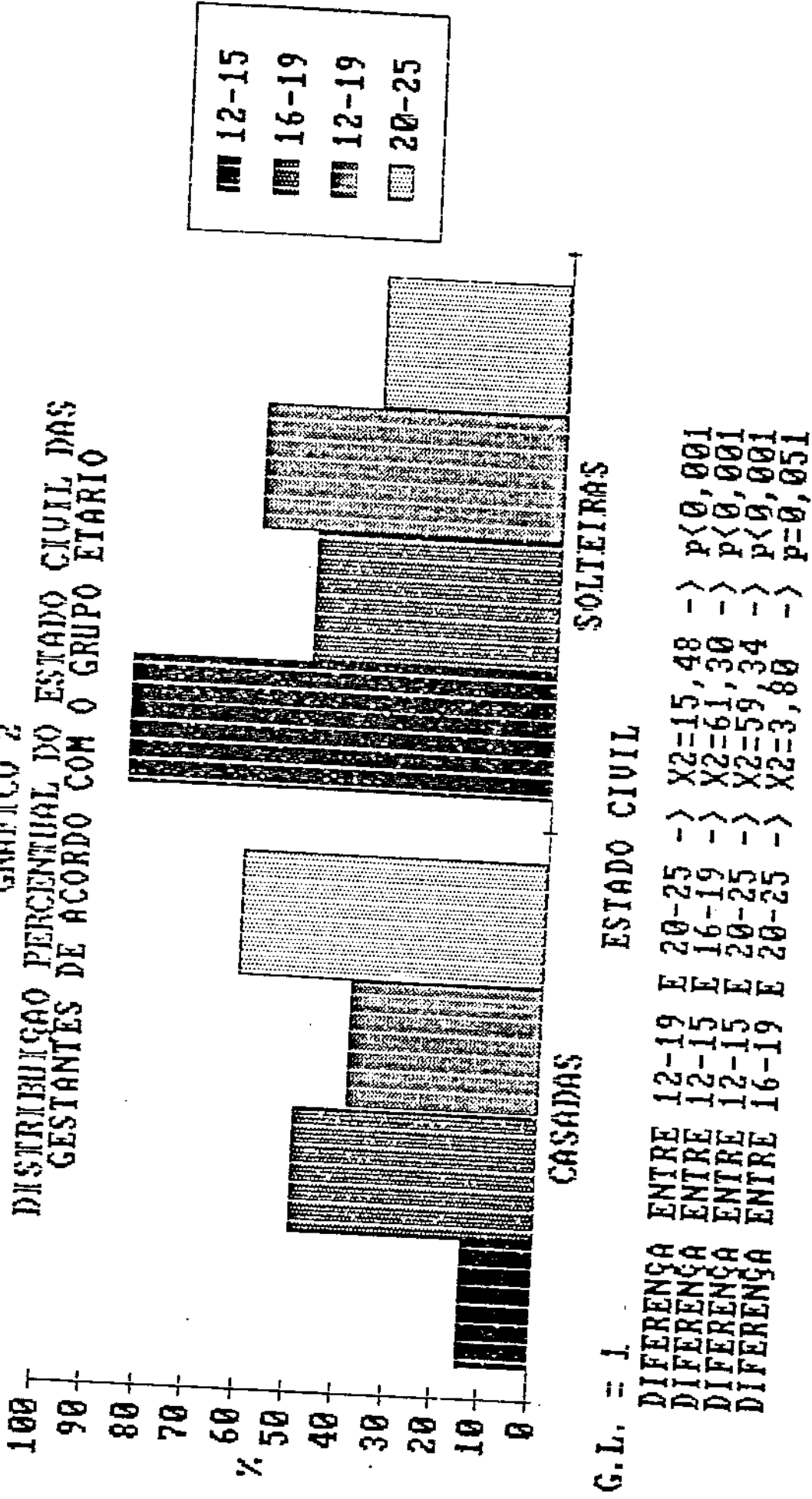
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO ESTADO CIVIL DAS GESTANTES
DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO

ESTADO CIVIL	GRUPO ETÁRIO			
	12 - 15	16 - 19	12 - 19	20 - 25
CASADAS	14,5	50,1	39,1	62
SOLTEIRAS	85,5	49,9	60,9	38
N	(166)	(371)	(537)	(84)

GL = 1

Diferença entre 12-19 e 20-25 \rightarrow $X^2 = 15,48$ $p < 0,001$
 Diferença entre 12-15 e 16-19 \rightarrow $X^2 = 61,30$ $p < 0,001$
 Diferença entre 12-15 e 20-25 \rightarrow $X^2 = 59,34$ $p < 0,001$
 Diferença entre 16-19 e 20-25 \rightarrow $X^2 = 3,80$ $p = 0,051$

GRAFICO 2
DISTRIBUICAO PERCENTUAL DO ESTADO CIVIL DAS
GESTANTES DE ACORDO COM O GRUPO ETARIO



03) Escolaridade:

A variável escolaridade foi estudada somente entre as adolescentes precoces e as não precoces; em relação a esta variável nossos resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significantes entre elas, a grande maioria, 91,5% cursou total ou parcialmente o primário, 7,5% eram analfabetas e apenas 0,9% haviam frequentado parcialmente o curso secundário.

Observa-se nos dois grupos de adolescentes estudados, pouca variabilidade de resultados apresentando o qui-quadrado com $\chi^2 = 2,27$ para dois graus de liberdade o que demonstra a não significância.

Apesar da não significância estatística de nossos resultados, percebe-se ao analisar os grupos individualmente que as cifras de analfabetismo são muito maiores quanto mais jovens forem as grávidas; assim constatou-se 25% para as de 12 e 13 anos, 10,2% para as de 14 anos e, apenas 1,7% para as adolescentes de 19 anos (Anexo 03).

Os resultados - individualizados por idade encontram-se no Anexo 03.

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA ESCOLARIDADE
DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO

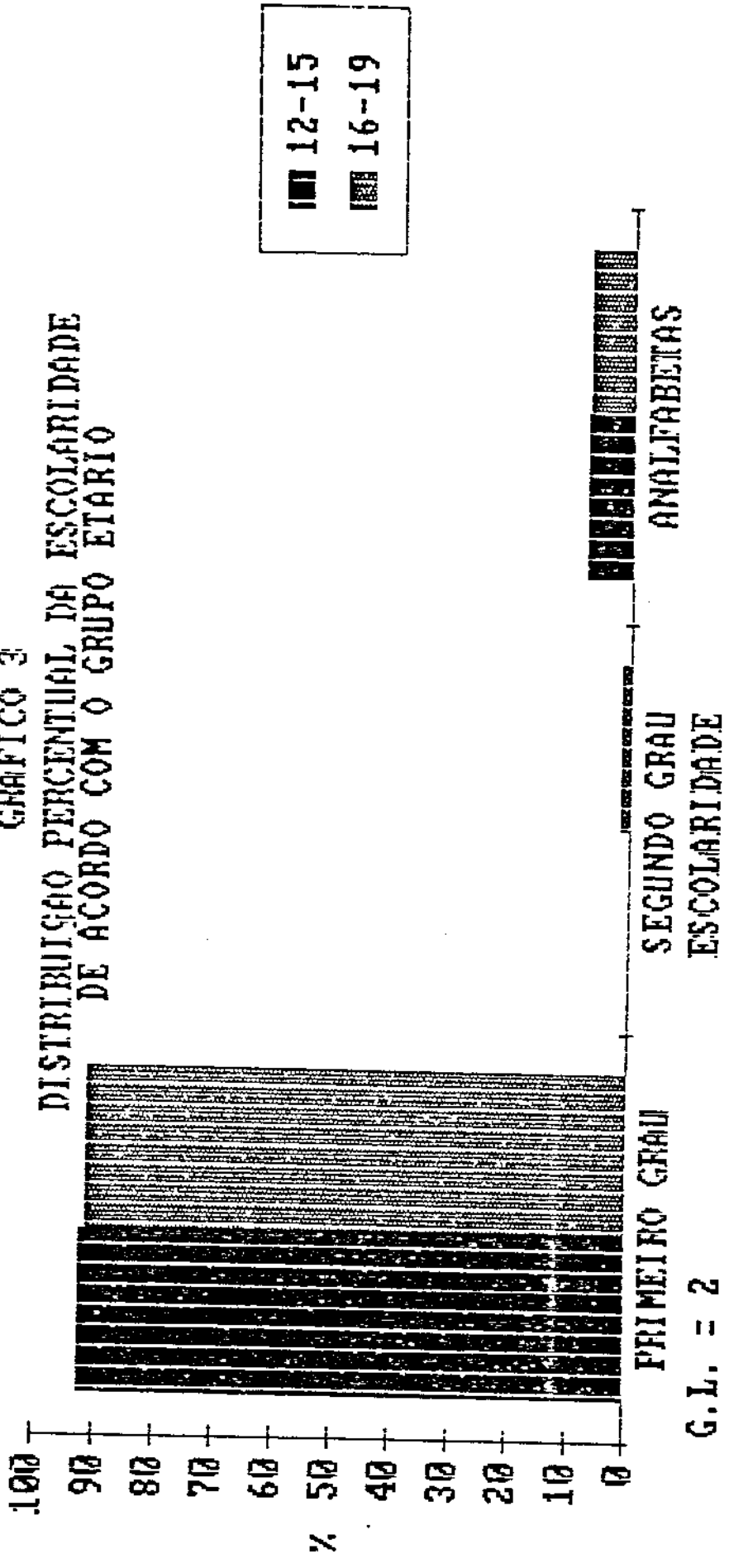
ESCOLARIDADE	GRUPO ETÁRIO	
	12 - 15	16 - 19
PRIMEIRO GRAU	92,3	91,2
SEGUNDO GRAU	-	1,3
ANALFABETAS	7,7	7,5
N	(169)	(376)

GL = 2

$\chi^2 = 2,27$

$p = 0,321$ N.S.

GRAFICO 3
DISTRIBUICAO PERCENTUAL DA ESCOLARIDADE
DE ACORDO COM O GRUPO ETARIO



G.L. = 2

$\chi^2=2,27 \rightarrow p = 0,321 \rightarrow$ N.S.

04) Ocupação:

Quanto a ocupação constata-se através da Tabela e Gráfico 4 que a maioria das adolescentes (67,0%) se dedicavam às prendas domésticas enquanto que as adultas dividiam-se entre essa atividade (48%) e a de empregadas domésticas (44%). Entre as adolescentes mais precoces percebeu-se um grande número de jovens que trabalhavam só em casa (66,7% nas de 12 e 13 anos; 84,6% nas de 14 e 75,5% nas de 15 anos) diferindo das demais adolescentes, em torno de 62,5%, bem como das do grupo controle com 48% (Anexo 04).

Com a evolução da idade observa-se diminuição do número de adolescentes dedicadas às prendas domésticas e sem ocupação e, elevação do número das empregadas domésticas, chegando-se a valores que se assemelham aos das adultas (Anexo 04). Quanto ao número de estudantes não houve diferenças estatisticamente significantes entre as adolescentes com 1,1% e as adultas também com 1% (Tabela e Gráfico 4). Quanto às "outras ocupações", em função do pequeno número de cada uma, todas foram agrupadas em um só bloco.

Do ponto de vista estatístico a análise da variável ocupação, quando vista de maneira global, tem validade questionável devido ao reduzido número de observações em algumas classes, não permitindo, portanto, concluir sobre os resultados. Contudo, pela observação das tabelas, pode-se detectar uma frequência maior de empregadas domésticas entre as adultas e de prendas domésticas nas adolescentes, o que

nos levou a considerar em separado esses dois itens e constatar resultados estatisticamente significantes com maior número de empregadas domésticas entre as adultas, com $\chi^2 = 28,21$ e $p < 0,001$ (Anexo 13) e ainda porcentagem maior de adolescentes com atividade de prendas domésticas $\chi^2 = 11,88$ com $p < 0,001$ (Anexo 14).

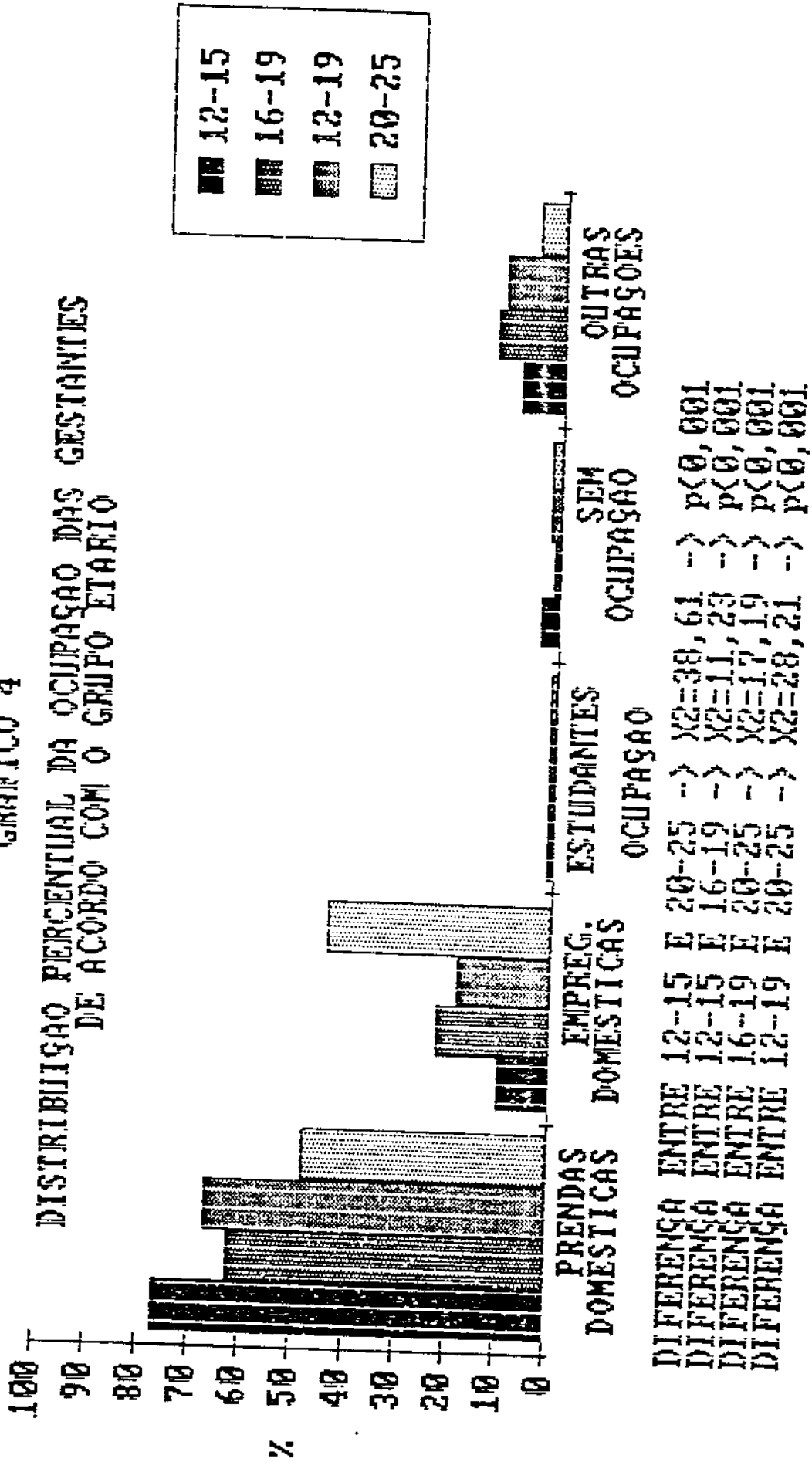
Pode-se observar ainda na Tabela e Gráfico 4 que as diversas comparações quanto a ocupação de empregada doméstica apresentaram-se com diferenças estatisticamente significantes mostrando tendência a aumentar com a evolução da idade.

Os resultados individualizados por idade encontram-se no Anexo 04.

TABELA 4
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA OCUPAÇÃO DAS GESTANTES
DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO

OCUPAÇÃO	GRUPO ETÁRIO			
	12-15	16-19	12-19	20-25
PRENDAS DOMÉSTICAS	76,9	62,5	67,0	48
EMPREGADAS DOMÉSTICAS	10,1 (1)	22,1 (2)	18,3 (3)	44
ESTUDANTES	1,2	1,1	1,1	1
SEM OCUPAÇÃO	3,5	1,3	2,0	2
OUTRAS OCUPAÇÕES	8,3	13,0	11,6	5
N	(169)	(376)	(545)	(84)
(1) Diferença com 20-25 anos - $\chi^2=38,61$ Diferença com 16-19 anos - $\chi^2=11,23$			$p<0,001$ $p<0,001$	
(2) Diferença com 20-25 anos - $\chi^2=17,19$			$p<0,001$	
(3) Diferença com 20-25 anos - $\chi^2=28,21$			$p<0,001$	

GRAFICO 4
 DISTRIBUICAO PERCENTUAL DA OCUPACAO DAS GESTANTES
 DE ACORDO COM O GRUPO ETARIO



05) Idade de Instalação da Menarca:

Este item também foi estudado só entre as adolescentes e evidenciou-se nos dois grupos o aparecimento do primeiro ciclo até os 11 anos em 32,6% das primigrávidas precoces e acima desta idade em 63,9%; a diferença em comparação com as adolescentes não precoces se mostrou estatisticamente significativa uma vez que nestas a menarca ocorreu em 15,7% antes dos 11 anos e em 80,0% acima daquela idade, $\chi^2 = 22,43$ com G.L. = 2 e $p < 0,001$ (Tabela e Gráfico 5).

Entre as adolescentes precoces 3,5% desconheciam a data do início de sua vida menstrual enquanto que nas não precoces este fato ocorreu em 4,3%.

Os resultados individualizados por idade encontram-se no Anexo 05.

ANEXO 10

COMPARAÇÃO ENTRE AS ADOLESCENTES E AS PACIENTES ADULTAS, QUANTO AS PATOLOGIAS DA GESTAÇÃO

IDADE	PATOLOGIAS DA GESTAÇÃO	EC		HG		IU		PAG		AP		TPP		TOX		SP	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
12-13		1	8,3	-	-	5	41,7	6	50,0	-	-	-	-	4	33,3	2	16,7
14		1	2,6	-	-	4	10,2	6	15,4	1	2,6	1	2,6	9	23,1	22	56,4
15		5	4,2	1	0,8	11	9,3	28	23,7	8	6,8	6	5,1	35	29,7	45	38,1
16		1	1,1	-	-	1	1,1	3	3,2	5	5,3	5	5,3	28	29,5	54	56,8
17		1	0,7	-	-	6	4,6	5	3,9	5	3,9	3	2,3	50	38,7	69	53,5
18		1	1,1	-	-	1	1,1	8	8,7	4	4,3	1	1,1	33	35,9	49	53,2
19		1	1,7	-	-	3	5,0	7	11,7	6	10,0	-	-	22	36,7	27	45,0
TOTAL		11	2,0	1	0,2	31	5,7	63	11,7	29	5,3	16	3,0	181	33,2	268	49,1
20-25		-	-	-	-	-	-	-	-	20	23,8	12	14,0	21	25,0	31	36,9

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA IDADE DA MENARCA
DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO

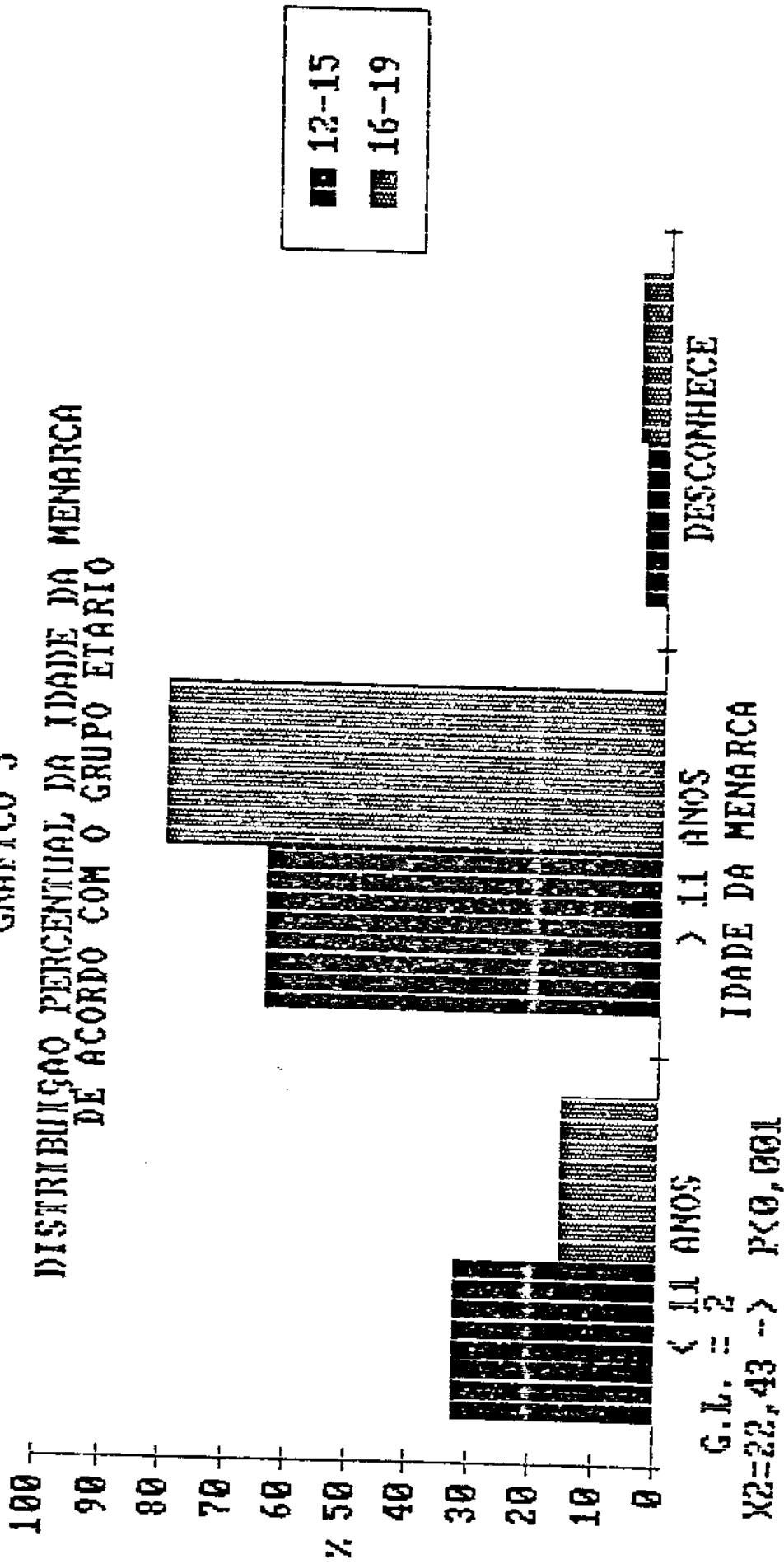
IDADE MENARCA	GRUPO ETÁRIO	
	12-15	16-19
<11a	32,6	15,7
>11a	63,9	80,0
DESCONHECE	3,5	4,3
N	(169)	(376)

$\chi^2=2$

$\chi^2=22,43$

$p<0,001$

GRAFICO 5
 DISTRIBUICAO PERCENTUAL DA IDADE DA MENARCA
 DE ACORDO COM O GRUPO ETARIO



06) Início da Atividade Sexual:

Quanto ao início da atividade sexual encontrou-se 46,2% das adolescentes com menos de um ano de atividade sexual e os resultados se mostraram estatisticamente significantes a favor das adolescentes precoces com 60,4% quando comparadas às não precoces com 39,9%, $\chi^2 = 19,63$, G.L. = 1 com $p < 0,001$ (Tabela e Gráfico 6).

Entre as jovens de 12 e 13 anos todas tiveram seu primeiro contato sexual há menos de um ano; interessante foi o resultado obtido nas adolescentes de 14 anos, onde dois terços já se relacionavam sexualmente há mais de doze meses; entre as adolescentes não precoces demonstrou-se uma frequência maior com atividade sexual há mais de um ano (Anexo 06).

Os resultados individualizados por idade encontram-se no Anexo 06.

TABELA 6
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL
DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO

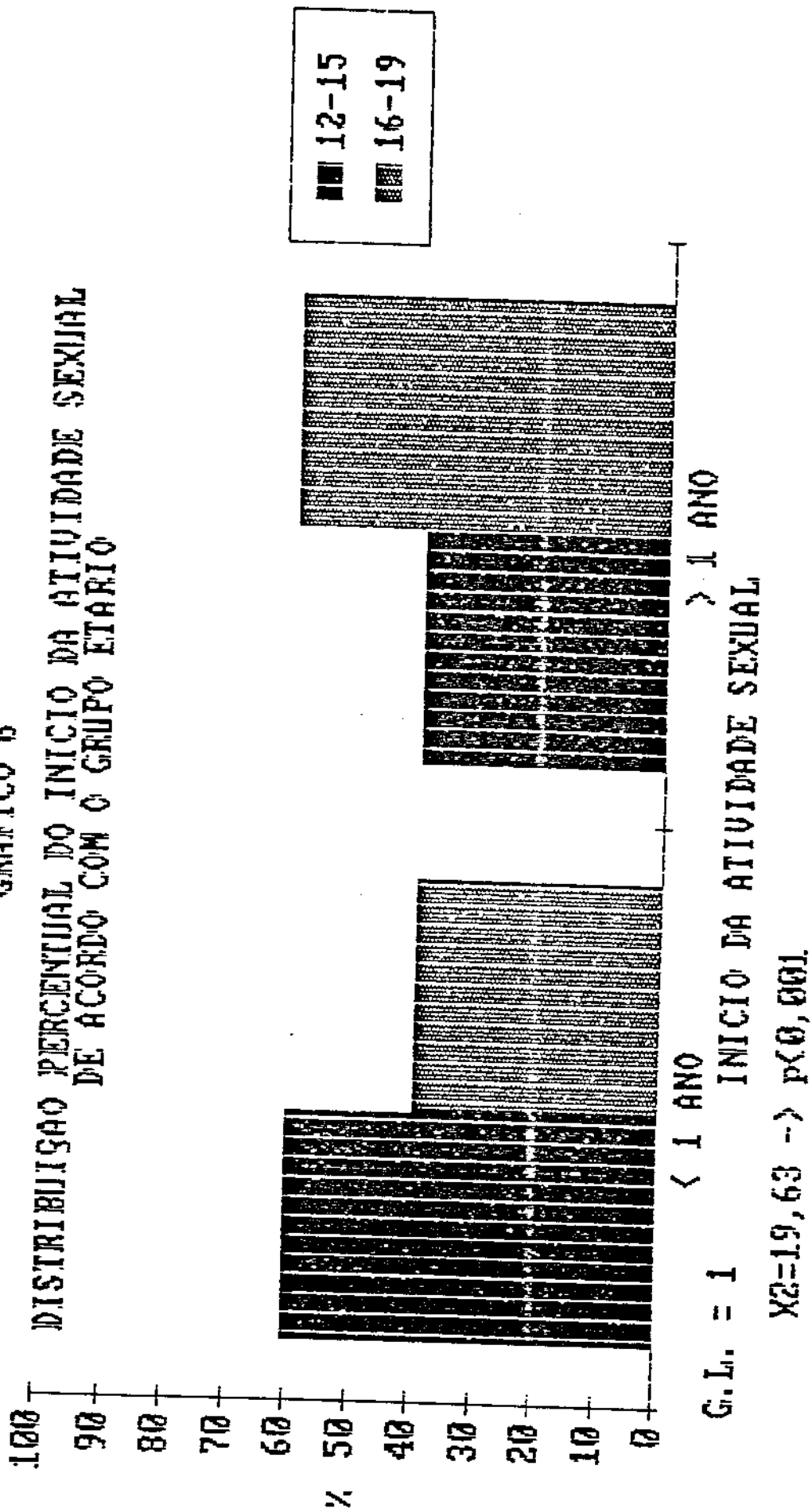
INÍCIO ATIVIDADE SEXUAL	GRUPO ETÁRIO	
	12-15	16-19
<1ano	60,4	39,9
>1ano	39,6	60,1
N	(169)	(376)

S.L-1

:2-19,63

<0,001

GRAFICO 6
 DISTRIBUICAO PERCENTUAL DO INICIO DA ATIVIDADE SEXUAL
 DE ACORDO COM O GRUPO ETARIO



07) Tabagismo:

Quanto ao tabagismo verificou-se sua ocorrência em 29,5% das gestantes adolescentes contra 38% das gestantes adultas; esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa, $\chi^2 = 2,50$, G.L.= 1 com $p > 0,05$ (Tabela e Gráfico 7).

Quando se analisou esta mesma variável, comparando-se o grupo de adolescentes precoces com o de não precoces, encontrou-se resultado estatisticamente significativo e maior de tabagistas entre as não precoces, embora observando-se que mais de 70,0% das adolescentes não fumavam, $\chi^2 = 9,17$, G.L.= 1 com $p < 0,002$ (Tabela e Gráfico 7).

Significantes foram também os resultados da análise estatística entre as adolescentes precoces e as pacientes adultas, pois 79,3% das primeiras não tinham o hábito de fumar, $\chi^2 = 8,71$, G.L.= 1 com $p < 0,003$ (Tabela e Gráfico 7). O mesmo não se pôde dizer quando se compararam as adolescentes não precoces com as pacientes adultas $p > 0,05$ e $\chi^2 = 0,64$ o que nos levou a concluir que existem resultados muito próximos entre esses dois grupos (Tabela e Gráfico 7).

Os resultados individualizados por idade encontram-se no Anexo 07.

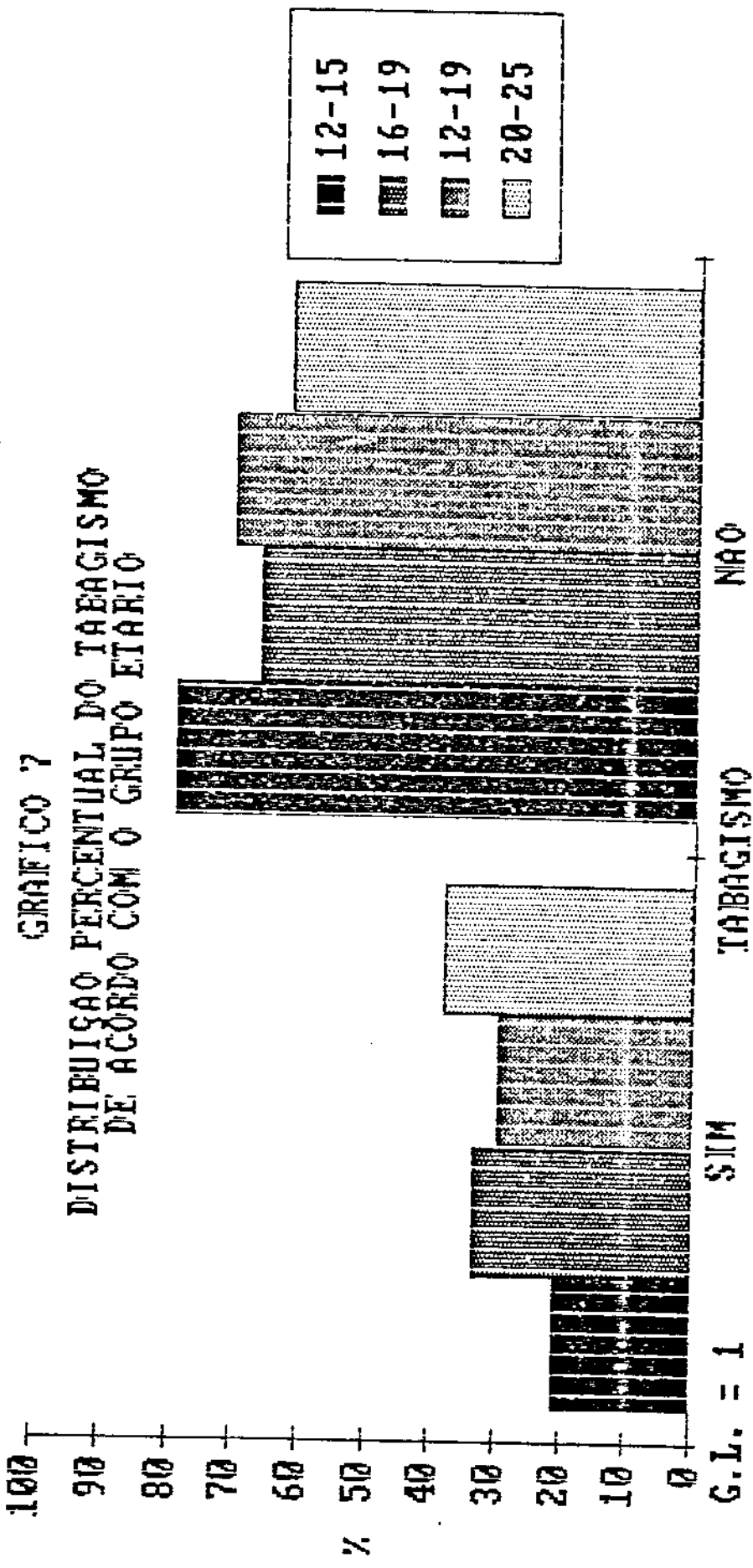
TABELA 7
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO TABAGISMO
DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO

TABAGISMO	GRUPO ETÁRIO			
	12-15	16-19	12-19	20-25
SIM	20,7	33,5	29,5	38
NAO	79,3	66,5	70,5	62
N	(169)	(376)	(545)	(84)

L=1

diferença entre 12-19 e 20-25 - $\chi^2=2,50$
 diferença entre 12-15 e 16-19 - $\chi^2=9,17$
 diferença entre 12-15 e 20-25 - $\chi^2=8,71$
 diferença entre 16-19 e 20-25 - $\chi^2=0,64$

N.S.
 $p < 0,002$
 $p < 0,003$
 N.S.



G.L. = 1

DIFERENÇA ENTRE 12-19	TABAGISMO	NAO
DIFERENÇA ENTRE 12-15	E 20-25	-> $\chi^2=2,50$
DIFERENÇA ENTRE 12-15	E 16-19	-> $\chi^2=9,17$
DIFERENÇA ENTRE 12-15	E 20-25	-> $\chi^2=8,71$
DIFERENÇA ENTRE 16-19	E 20-25	-> $\chi^2=0,64$

-> N.S.,
 -> $p < 0,002$
 -> $p < 0,003$
 -> N.S.

OB) Pré-Natal:

Quanto ao pré-natal 40,5% das adolescentes não procuraram qualquer serviço e, este valor se mostrou significativamente diferente quando se comparou com os 23% das pacientes adultas, $\chi^2 = 9,91$, G.L.= 1 com $p < 0,002$ (Tabela e Gráfico 8). Esta alta cifra origina-se do número maior de adolescentes precoces (12 a 15 anos) onde os índices chegaram a 52,1% contra 35,4% nas não precoces e, aqui também a análise estatística mostrou-se significativa com $\chi^2 = 13,48$, G.L.= 1 e $p < 0,001$ (Tabela e Gráfico 8).

A Tabela e o Gráfico 8 mostram diferenças ainda mais significantes quando se compararam as adolescentes precoces, das quais 52,1% não fizeram pré-natal, com as pacientes adultas cujo valor foi de 23% com $\chi^2 = 19,94$, G.L.= 1 e $p < 0,001$.

Com a evolução da idade esta condição foi se modificando e chegou-se a valores que quase se assemelhavam as gestantes adultas, mantendo-se, no entanto, diferença estatisticamente significativa com $\chi^2 = 5,04$, G.L.= 1 e $p < 0,05$ (Tabela e Gráfico 8).

Os resultados individualizados por idade encontram-se no Anexo OB.

TABELA 8
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO PRÉ-NATAL
DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO

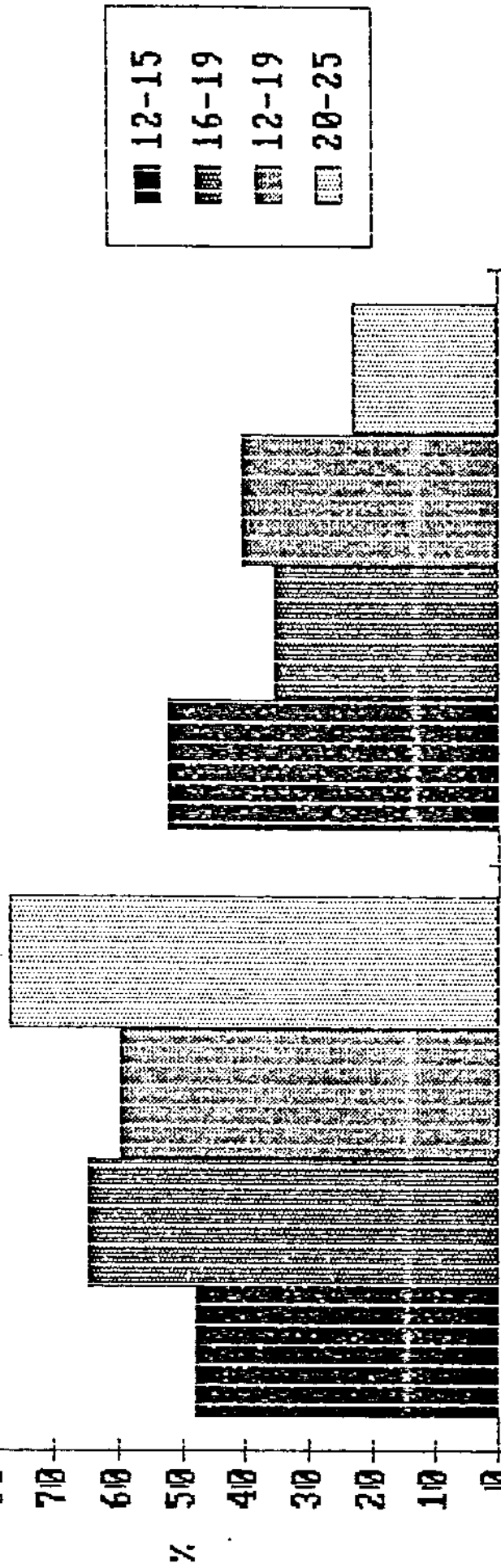
PRÉ-NATAL	GRUPO ETÁRIO			
	12-15	16-19	12-19	20-25
SIM	47,9	64,6	59,5	77
NAO	52,1	35,4	40,5	23
N	(169)	(376)	(545)	(84)

G.L=1

Diferença entre 12-19 e 20-25 - $\chi^2=9,91$ p<0,002
 Diferença entre 12-15 e 16-19 - $\chi^2=13,48$ p<0,001
 Diferença entre 12-15 e 20-25 - $\chi^2=19,94$ p<0,001
 Diferença entre 16-19 e 20-25 - $\chi^2=5,04$ p<0,05

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

GRAFICO 8
DISTRIBUICAO PERCENTUAL DO PRE-NATAL
DE ACORDO COM O GRUPO ETARIO



G.L. = 1

	SIM	PRE-NATAL	NAO
DIFERENÇA	ENTRE 12-19	E 20-25	-> X2= 9,91
DIFERENÇA	ENTRE 12-15	E 16-19	-> X2= 13,48
DIFERENÇA	ENTRE 12-15	E 20-25	-> X2= 19,34
DIFERENÇA	ENTRE 16-19	E 20-25	-> X2= 5,04

p<0,002
p<0,001
p<0,001
p<0,05

09) Duração da Gestação:

Em relação a duração da gestação observou-se que 17,6% das adolescentes ignoravam o tempo de duração da gestação e estes índices chegaram aos 50% quando inquiriu-se as de 12 e 13 anos (Anexo 09); entre as gestantes adultas, todas responderam de forma adequada e correta.

Ao se analisar a Tabela e Gráfico 9 verifica-se valor estatisticamente significante de gestações com 34 semanas ou menos entre as adolescentes (6,4%) contra (1%) nas pacientes adultas; da mesma forma constatou-se valor percentual mais alto (87%) de gestações a termo entre as últimas, $\chi^2 = 25,55$, G.L. = 3 e $p < 0,001$.

Significantes também são os resultados mostrados na Tabela e no Gráfico 9, com cifras mais expressivas a favor de gestações entre 38ª e 42ª semanas nas adolescentes não precoces (66,2%) em relação as precoces (52,1%), $\chi^2 = 12,75$, G.L. = 3 e $p < 0,005$. Nota-se ainda um maior índice de desconhecimento sobre a data da última menstruação nas primigestas mais jovens, porém sem qualquer significância estatística.

Mais evidentes são os resultados quando se analisa a Tabela e o Gráfico 9 na comparação das adolescentes precoces com as pacientes adultas; percebe-se uma tendência maior de gestações a termo entre as adultas e de até 34 semanas entre as primeiras, com $\chi^2 = 36,36$, G.L. = 3 e $p < 0,001$.

A diferença persistiu significante ainda que em menor intensidade quando comparou-se na Tabela e no Gráfico

9 adolescentes não precoces com as pacientes adultas; maior percentual de gestações a termo observou-se entre as adultas, com $\chi^2 = 19,37$, G.L. = 3 e $p < 0,001$.

Os resultados individualizados por idade encontram-se no Anexo 09.

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA IDADE DA GESTAÇÃO (SEM)
DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO

IDADE GESTAÇÃO (SEMANAS)	GRUPO ETÁRIO			
	12-15	16-19	20-25	20-25
ATÉ 34 ^o	7,1	6,1	6,4	1
35 ^o -37 ^o	15,4	13,6	14,1	12
38 ^o -42 ^o	52,1	66,2	61,9	87
DESCONHECIDA	25,4	14,1	17,6	--
N	(169)	(376)	(545)	(84)

G.L=3

Diferença entre 12-19 e 20-25 - $\chi^2=25,55$

p<0,001

Diferença entre 12-15 e 16-19 - $\chi^2=12,75$

p<0,005

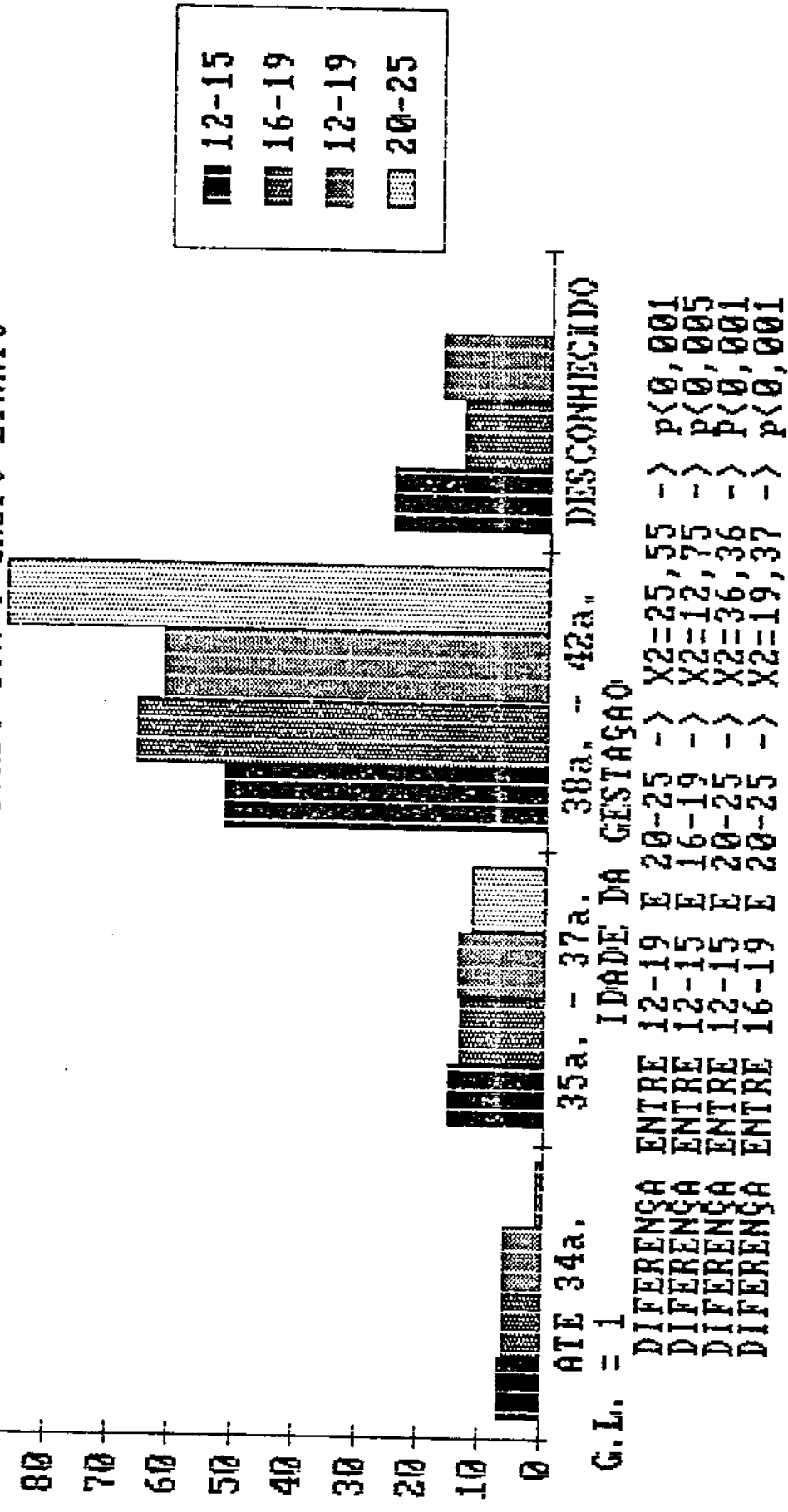
Diferença entre 12-15 e 20-25 - $\chi^2=36,36$

p<0,001

Diferença entre 16-19 e 20-25 - $\chi^2=19,37$

p<0,001

GRAFICO 9
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA IDADE DE GESTAÇÃO (SEMANAS)
DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO



10) Patologias da Gestação:

Quanto as patologias da gestação não se pôde analisar globalmente os resultados do ponto de vista estatístico devido ao reduzido número de observações em algumas classes, o que impediu a aplicação do teste qui-quadrado. Sendo assim a observação dos gráficos e tabelas pode nos orientar quanto a ocorrência de determinadas patologias nos diversos grupos e pôde-se estudá-las separadamente. Assim, a toxemia gravídica esteve presente em 33,2% das adolescentes contra 25% das adultas (Tabela 10) e os índices entre as diversas faixas etárias assemelharam-se, não se demonstrando em qualquer momento diferenças estatisticamente significantes. Quanto a eclâmpsia observou-se 2,0% entre as adolescentes e nenhum caso entre as adultas; notou-se ainda que a incidência de eclâmpsia foi muito maior entre as adolescentes precoces com 8,3%, 2,6% e 4,2% respectivamente para as grávidas entre 12 e 13 anos, 14, e 15 anos (Anexo 10).

Ao se comparar as adolescentes precoces com as não precoces constata-se maior número de toxemia nas mais velhas (35,4%) do que nas mais jovens (28,4%) e, apesar disso a incidência de eclâmpsia se mostrou mais elevada nas precoces (4,1% para 1,1%), conforme demonstra a Tabela e o Gráfico 10, e esta diferença foi estatisticamente significativa com $\chi^2 = 5,58$, G.L. = 1 e $p < 0,02$.

Em relação a ocorrência de amniorrexe prematura nossos resultados evidenciaram menor percentual entre as

adolescentes (5,3%) quando comparados com as gestantes adultas (24%) (Tabela e Gráfico 10).

Verifica-se ao analisar esta patologia que há diferenças significantes estatisticamente, quando comparadas as gestantes adultas com as adolescentes precoces com $\chi^2 = 18,89$, G.L.= 1 e $p < 0,001$; com as adolescentes não precoces com $\chi^2 = 24,72$, G.L.=1 e $p < 0,001$; e ainda com as adolescentes de maneira global com $\chi^2 = 35,24$, G.L.= 1 e $p < 0,001$. A comparação entre os dois grupos de adolescentes não se mostrou estatisticamente significante (Anexo 15).

Quanto ao trabalho de parto prematuro observou-se resultados semelhantes aos encontrados para a amniorrexe prematura, ou seja houveram diferenças estatisticamente significantes quando comparadas as gestantes adultas com as adolescentes precoces com $\chi^2 = 8,31$, G.L.= 1 e $p < 0,01$; com as adolescentes não precoces com $\chi^2 = 22,28$, G.L.= 1 e $p < 0,001$; e ainda com as adolescentes de forma global com $\chi^2 = 22,04$, G.L.= 1 e $p < 0,001$. Mais uma vez aqui a comparação entre os dois grupos de adolescentes não se mostrou estatisticamente significante (Anexo 16).

O número de casos de hemorragias associadas a gestação foi pequeno e não mereceu análise específica.

Ao se observar a Tabela e o Gráfico 10 nota-se que a infecção do trato urinário apareceu em 5,7% das adolescentes enquanto que nas adultas nenhum caso foi constatado; destaca-se ainda, através do Anexo 10, que entre as adolescentes de 12 e 13 anos a infecção urinária apareceu

em 41,7%, entre as de 14, 10,2% e entre as de 15, 9,3% .

Ao se analisar a Tabela e Gráfico 10 verifica-se número muito superior de infecções urinárias nas adolescentes precoces (11,8%) do que nas não precoces (2,9%) e essa diferença se mostrou estatisticamente significativa com $\chi^2 = 17,24$, G.L.= 1 e $p < 0,001$, demonstrando nitidamente maior risco desta patologia quanto mais jovens forem as gestantes.

Aproximadamente metade das adolescentes (44,2%) não apresentaram qualquer patologia da gestação enquanto nas pacientes adultas isto ocorreu em 37% . O menor número de pacientes sem patologias verificou-se entre as adolescentes de 12 e 13 anos (Anexo 10).

Comparando-se as gestantes adultas com as adolescentes precoces não encontrou-se diferença estatisticamente significativa com $p > 0,05$ e $\chi^2 = 0,36$ para G.L.= 1; porém, isto não se manteve quando comparou-se as adultas com as adolescentes não precoces, onde obteve-se $\chi^2 = 7,04$, G.L.= 1 e $p < 0,01$, e com as adolescentes computadas de forma global, com $\chi^2 = 4,39$, G.L.= 1 e $p < 0,05$; a diferença manteve-se estatisticamente significativa ainda quando comparamos os dois grupos de adolescentes com $\chi^2 = 6,82$, G.L.= 1 e $p < 0,01$ (Anexo 17).

Deve-se salientar que algumas adolescentes apresentaram mais do que uma patologia no mesmo período gestacional.

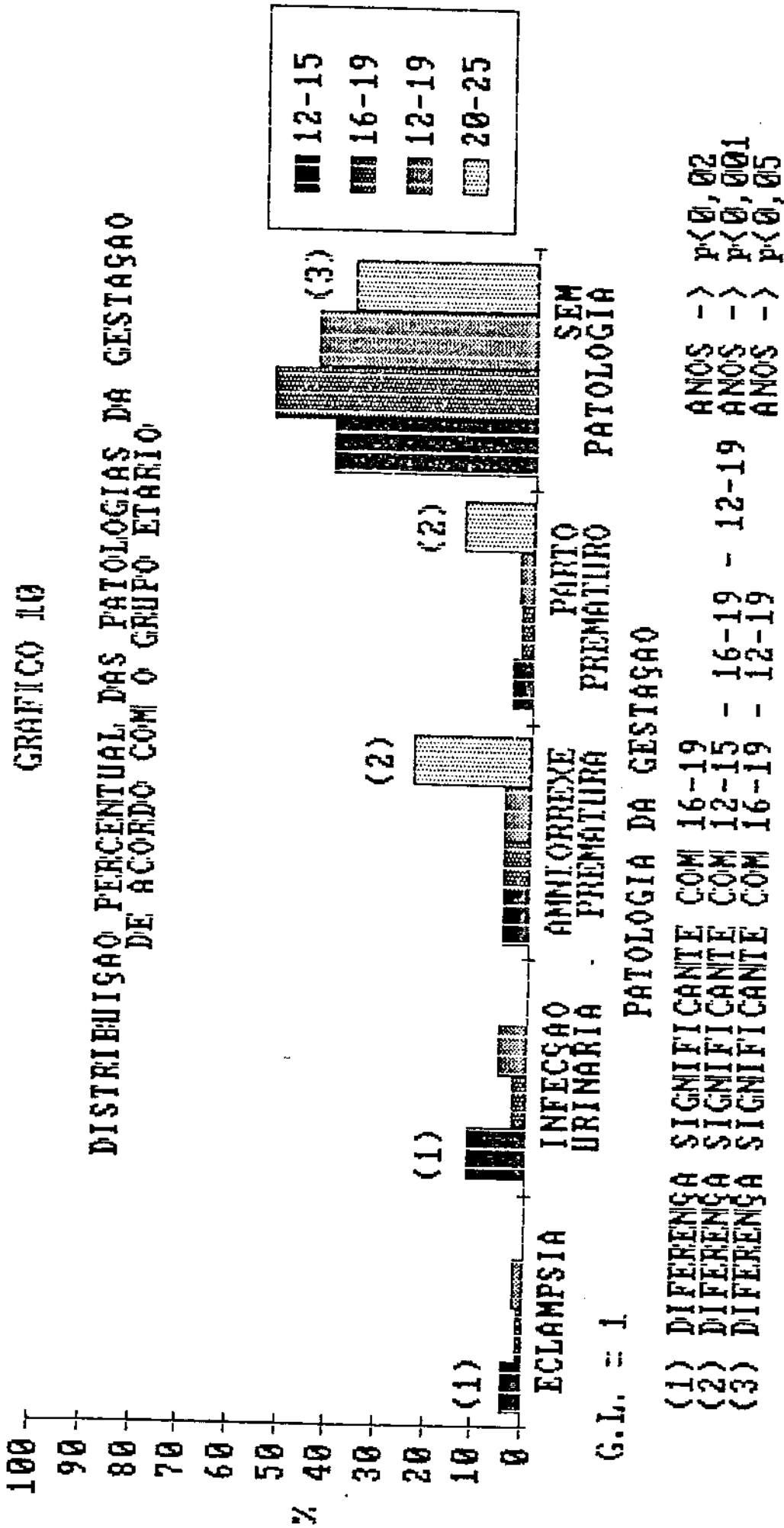
Os resultados individualizados por idade encontram-se no Anexo 10.

TABELA 10
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PATOLOGIAS DA GESTAÇÃO
DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO

PATOLOGIA DA GESTAÇÃO	GRUPO ETÁRIO			
	12-15	16-19	12-19	20-25
ECLAMPSIA	4,1 (1)	1,1	2,0	-
HEMORRAGIAS	0,6	-	0,2	-
INFECÇÃO URINARIA	11,8 (2)	2,9	5,7	-
PATOLOGIA ASSOCIADA A GESTAÇÃO	23,7	6,1	11,6	-
AMNIORREXE PREMATURA	5,3	5,3	5,3	24 (3)
PARTO PREMATURO	4,1	2,4	2,9	14 (4)
TOXEMIA	28,4	35,4	33,2	25
SEM PATOLOGIA	40,8	52,9	44,2	37 (5)
N	(169)	(376)	(545)	(84)
(1) Diferença com 16-19 anos - $\chi^2=5,58$		$p<0,02$		
(2) Diferença com 16-19 anos - $\chi^2=17,24$		$p<0,001$		
(3) Diferença com 12-15 anos - $\chi^2=18,89$		$p<0,001$		
Diferença com 16-19 anos - $\chi^2=24,72$		$p<0,001$		
Diferença com 12-19 anos - $\chi^2=35,24$		$p<0,001$		
(4) Diferença com 12-15 anos - $\chi^2=8,31$		$p<0,01$		
Diferença com 16-19 anos - $\chi^2=22,28$		$p<0,001$		
Diferença com 12-19 anos - $\chi^2=22,04$		$p<0,001$		
(5) Diferença com 12-15 anos - $\chi^2=0,36$		N.S.		
Diferença com 16-19 anos - $\chi^2=7,04$		$p<0,01$		
Diferença com 12-19 anos - $\chi^2=4,39$		$p<0,05$		

GRAFICO 10

DISTRIBUICAO PERCENTUAL DAS PATOLOGIAS DA GESTAÇÃO DE ACORDO COM O GRUPO ETARIO.



DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

A gravidez na adolescência, desde há muito tempo, tem sido considerada como de alto risco, embora nem todas evoluam com problemas.

A literatura é controversa justamente porque os fatores considerados " de risco " são múltiplos, incluindo principalmente os biológicos e aqueles dependentes do meio em que vivem; para Mathias e cols. (1985) é exatamente a ação isolada ou sinérgica destes fatores a grande responsável do alto risco na gestante adolescente.

Coates (1970) demonstrou de forma incisiva que o aparecimento das patologias da gestação, bem como daquelas associadas ao ciclo grávido-puerperal ocorrem mais frequentemente nas adolescentes, principalmente nas chamadas precoces.

Mathias e cols.(1985*) constataram que gestantes adolescentes bem informadas procuram adequada assistência durante o período gestacional, fato que tem permitido um melhor desempenho obstétrico; entretanto, merece ser destacado que mesmo nas gestantes adolescentes com boa assistência pré-natal podem ocorrer patologias.

Mc Anarney e cols.(1978) caracterizaram as adolescentes grávidas, particularmente as muito jovens, como as de maior risco médico e psicossocial quando comparadas com mulheres de 20 anos; demonstraram ainda que programas com maiores cuidados obstétricos e psicossociais devem ser estimulados para diminuir a morbidade neo-natal e materna.

Para Perkins e cols.(1978) a gestação na adolescência é considerada muito mais de alto risco social e emocional do que obstétrico, uma vez que pode interromper o processo educacional, provocar importante desestabilização psíquica e assim resultar grandes dificuldades para o futuro.

Por todas estas diversidades de opiniões e, principalmente pela evidente escassez de estudos nas diferentes faixas dentro da adolescência, interessou-nos

estudar o ciclo gestatório dessas jovens quanto a dez variáveis comparando-as entre si e com as gestantes adultas.

Assim, em relação a primeira variável estudada, a cor, nossa casuística demonstrou através da Tabela e Gráfico 1 uma predominância de pacientes da raça branca seguida da parda e negra sem diferenças estatísticas entre adolescentes e gestantes adultas ($p > 0,05$). Estes resultados se mantiveram quando compararam-se adolescentes precoces e não precoces, e ainda adolescentes não precoces com as pacientes adultas.

Significantes foram os resultados da comparação de adolescentes precoces com pacientes adultas, onde constatou-se um predomínio das brancas entre as pacientes adultas ($p < 0,05$) (Tabela e Gráfico 1).

Hassan e Falls estudando 159 casos de adolescentes dos 12 aos 15 anos e comparando-as com primíparas de 22 anos encontraram 72,3% de brancas entre as adolescentes e 88,5% entre as adultas; convém salientar que os autores separaram as pacientes em brancas e não brancas.

Em nosso meio Mathias e cols. (1980) constataram 68,8% de brancas, 13,7% de negras e 17,5% de pardas em 80 adolescentes estudadas. Ainda Mathias e cols. (1981), em estudo comparativo com gestantes adultas obtiveram percentual significativamente maior de brancas nos dois grupos.

Valente e cols. (1977) referiram incidências

praticamente iguais de pacientes brancas e negras entre as adolescentes analisadas.

Poucos foram os autores que tiveram a preocupação de separar o grupo de estudo em classes raciais e, mesmo os que o fizeram, não dividiram as adolescentes em faixas etárias e a comparação só ocorreu com as pacientes adultas; daí torna-se impossível confrontar nossos resultados com os da literatura.

Quanto a outra variável, o estado civil, houve maior frequência de pacientes solteiras entre as adolescentes quando comparadas às adultas com diferença significativa ($p < 0,001$), conforme denota-se na Tabela e Gráfico 2. Obtiveram-se resultados também estatisticamente significantes quando se analisou as adolescentes precoces com as não precoces e com as pacientes adultas havendo predomínio sempre de solteiras entre as precoces (Tabela e Gráfico 2).

Com relação a comparação das não precoces com as adultas obteve-se p igual a 0,051 e qualquer afirmação sobre este teste ficaria um pouco duvidosa (Tabela e Gráfico 2).

Segundo o Programa de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente - São Paulo (1988) a gravidez precoce é frequentemente uma razão para o casamento entre adolescentes. No Brasil, em 1980, 9,4% dos adolescentes eram casados; casamento precoce, em geral, traz consequências

sociais prejudiciais ao jovem casal, como a interrupção da formação educacional e profissional, aumento das responsabilidades familiares e financeiras, por sinal impróprias nesta faixa etária, decorrente da falta de maturidade psicossocial, tudo isso colaborando para a maior probabilidade de futuras desuniões. Dos 952.294 casamentos registrados em 1985, 36 homens casaram-se com menos de 15 anos e 71.752 com idade entre 15 e 19 anos; quanto às mulheres, 6.839 o fizeram com menos de 15 anos e 314.611 com idade entre 15 e 19 anos.

Apesar da gravidez ser um motivo para essas adolescentes se casarem, a literatura é uniforme em demonstrar um número muito superior de solteiras entre elas, resultado também obtido por nós (Dwyer, 1974; Young e cols., 1977; Perkins e cols., 1978; Pinto e Silva, 1982; Catalan e cols., 1983; Romero e cols., 1983; Horon e cols., 1983; Mathias e cols., 1985 - I, II, III e IV; Bezerra e cols., 1988; Doering, 1989).

Wells e cols. (1975) demonstraram que em 1961, predominavam as grávidas adolescentes casadas em seus estudos e, que em 1971 houve uma inversão desses resultados coincidindo assim com a maioria dos autores; esta alteração era proporcionada pelas próprias mães que ingressavam no hospital sem comprovar autenticidade, o que deveria sem dúvida, alterar a veracidade das cifras. Colaborou ainda na modificação dos resultados, o fato de muitas adolescentes se casarem durante a gravidez, reduzindo desta forma o número

de situação civil irregular no momento do parto (Osbourne, 1981).

Observa-se que a idade sexual acontecendo cada vez mais precocemente e, associando-se a esse fato a dificuldade financeira existente para que essas jovens se casem, favorecem o aparecimento de gestações antes do matrimônio.

Os resultados encontrados confirmam que o grupo das adolescentes mais jovens é sem dúvida o de maior risco para a gravidez pré-matrimonial.

Mais uma vez observa-se na literatura que os trabalhos não se preocuparam em separar as adolescentes por faixas de idade e compará-las, quanto ao estado civil, com as pacientes adultas, impedindo desta maneira a confrontação com os nossos resultados.

Em relação à escolaridade nossos resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significantes entre as adolescentes precoces e as não precoces.

A variável escolaridade foi estudada somente entre as adolescentes precoces e as não precoces, por não possuímos dados das pacientes adultas. Mesmo levando-se em consideração o fato de que as adolescentes precoces não poderiam devido a idade estarem cursando o segundo grau, o teste qui-quadrado não conseguiu demonstrar diferenças significantes (Tabela e Gráfico 3).

Apesar da escolaridade ter sido motivo de

preocupação de diversos autores, a literatura não apresenta resultados semelhantes aos nossos ao se estudar os diversos grupos de adolescentes.

Em nossa casuística observamos que a idade por si só é um fator limitante para a maioria das adolescentes poderem estar frequentando um curso de nível secundário; associam-se a ela outros fatores tais como os sociais, os econômicos e a própria gravidez onde as adolescentes por vergonha ou imposição familiar acabam abandonando os estudos. Estes achados são concordantes com os de Bremberg, 1977 e os de Rubio e cols., 1981.

Notória é a baixa escolaridade de todas as pacientes estudadas, com altos índices de analfabetismo e com primeiro grau apenas incompleto.

Clarke (1986) por sua vez, constatou que a maioria das adolescentes grávidas não conseguem obter um diploma de curso secundário; outras, pelo fato de terem maior probabilidade de mais gestações do que as mulheres que tem seu primeiro filho na vida adulta acabam sendo praticamente impedidas de retornarem aos bancos escolares.

Mc Anarney (1978) estudando adolescentes de New York e Connecticut observou que na primeira cidade cerca de 50% delas retornavam posteriormente às escolas enquanto que na segunda os números se assemelhavam para aquelas que frequentaram algum serviço especial e 24% para as que não frequentaram.

Sherline e cols. (1978) criaram uma escola especial,

do tipo internato, para adolescentes grávidas onde elas mantinham seus estudos associados aos cuidados pré-natais e trabalhos especiais; a aceitação foi de 78%, considerada muito boa e isto nos faz supor que em comunidades semelhantes essas adolescentes comportar-se-iam de maneira mais natural, sem as pressões psicossociais e com conseqüente melhoria nos resultados obstétricos.

Em 1980 o Ministério da Educação divulgou que no Brasil haviam mais de 5 milhões de adolescentes analfabetos, 8 milhões de crianças que nunca tinham frequentado escolas ou que nunca tinham conseguido concluir seus cursos. E é evidente que estes dados não permitem concluir que em nosso meio a gravidez na adolescência seja uma condição que determine a redução da escolaridade, mas pode-se admitir que ela atua como um fator colaborativo associado a outros problemas sócio-econômicos.

Quem sabe a gravidez não tenha ocorrido devido ao fato dessas adolescentes estarem fora das escolas! Uma vez que vivem num país com altos índices de analfabetismo e conseqüentemente com mínima ou nenhuma orientação sexual e anticoncepcional.

Quanto a variável ocupação pelo número reduzido de observações em algumas classes não se pôde analisar estatisticamente de maneira global, pois teríamos resultados duvidosos. Mesmo assim observa-se através da Tabela e

Gráfico 4, percentual maior de prendas domésticas entre as adolescentes, predomínio de empregadas domésticas entre as adultas, com resultados estatisticamente significantes.

Nossos resultados mostram claramente que existe uma predominância de pacientes sem ocupação e dedicadas às prendas domésticas entre as mais precoces e, a medida que a idade avança, essas mulheres procuram trabalho fora do lar equiparando-se às adultas.

Wells e cols. (1975) constataram que cerca de 93% das adolescentes com idade de até 16 anos não tinham ocupação; esses resultados assemelham-se àqueles por nós obtidos.

Tanto entre as adolescentes precoces como entre as não precoces observou-se um número curiosamente pequeno de estudantes; estes resultados podem ser explicados pelos dados expostos no Programa Integral de Atendimento ao Adolescente-SP (1988), em que a evasão escolar no Brasil relaciona-se diretamente ao ingresso de estudantes no mercado de trabalho; assim, cerca de 22% abandonavam a escola para trabalhar, 30% conciliam as duas atividades e 6% começam suas atividades profissionais após o primeiro grau.

Uma parte das adolescentes rotuladas como "sem ocupação" ou como "prenda doméstica", provavelmente abandonaram a escola ou o emprego após certificarem-se da gravidez, por razões que incluíam vergonha, medo ou até mesmo por ordem dos pais ou dos parceiros.

O resultado que se mostrou mais importante foi a presença crescente e com valores significativos de

empregadas domésticas, a medida que avançamos na idade das adolescentes e entre as adultas, evidenciando a necessidade do emprego para uma estabilização social.

Em relação a outra variável estudada, a idade de instalação da menarca, foi estudada só entre as adolescentes e percebeu-se teste de qui-quadrado com $p < 0,001$ caracterizando diferença significativa na idade de instalação da menarca com menos de 11 anos entre as adolescentes precoces (Tabela e Gráfico 5).

Pinto e Silva (1982) constatou que a idade média de instalação da menarca foi de 12,7 anos; Duenhoelter e cols. (1975) por sua vez, observaram que a média de idade de instalação da menarca num grupo de adolescentes menores que 15 anos foi $11,7 \pm 0,08$ resultado significativamente menor que o do grupo de adultas, cuja média foi de $13 \pm 0,14$ anos.

Nossos resultados concordam com os de Hassan e Falls (1964) que encontraram idade de instalação da menarca mais precoce quanto mais jovens eram as pacientes; observaram ainda que as adolescentes atingiram a puberdade um ano mais cedo que as adultas e dois anos antes das primigestas idosas.

Claman e cols. (1964) relataram um significativo declínio na idade da maturidade biológica, em diversos países desenvolvidos como os Estados Unidos, Inglaterra, Suécia, Finlândia e Alemanha; assim, perceberam diminuição

na média de instalação da menarca de 17 para 13 anos nos últimos cem anos, que estaria concordante quer com o restante da literatura quer com os nossos estudos.

Para Moerman (1982) a bacia pélvica segue diferentes padrões de crescimento e sendo a menarca mais precoce nas adolescentes esta poderia limitar o crescimento e redundar em alterações do tipo vício pélvico.

O aparecimento prematuro da menarca nas adolescentes mais jovens, deve estar de alguma forma relacionado com a sexualidade e a fertilidade mais precoces.

Na revisão da literatura não se constatou estudos comparativos entre adolescentes de diversas faixas etárias impedindo dessa forma a confrontação com os nossos resultados.

Quanto ao início da atividade sexual pelo teste do qui-quadrado constatou-se que as adolescentes precoces se comportaram de maneira diversa das não precoces, pois as proporções em cada classe foram significativamente diferentes, sendo maior a porcentagem de precoces que iniciaram a vida sexual há um ano ou menos (Tabela e Gráfico 6).

Conforme o Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente-SP (1988) a vida sexual entre adolescentes tem se iniciado cada vez mais precoce e a desinformação associada à falta de garantias psicológicas e sociais fazem

com que elas estejam expostas a maiores riscos de saúde. Deve-se destacar como importante desafio à Saúde Pública na atualidade, o problema da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida, que os adolescentes estão cada vez mais sujeitos.

Kandell (1979) referiu que as modificações do corpo e o inesperado desenvolvimento da sexualidade ocasiona uma incontida turbulência nessas jovens e com isso desaparece o medo das uniões sexuais. O ato sexual para elas indicaria um segredo íntimo com outro ser e, mesmo que temporariamente, seria consolador para seu sentimento de solidão.

Finto e Silva e cols. (1980) referiram que 57,7% das adolescentes tiveram sua primeira relação sexual com 15 ou menos anos de idade.

Pode-se inferir com nossos resultados que a iniciação sexual foi mais precoce nas adolescentes mais jovens e que devido a falta de informações e o baixo grau de escolaridade, elas praticamente desconheciam métodos contraceptivos eficazes elevando com isso a probabilidade de gestações indesejadas, geralmente nos primeiros contatos sexuais.

A literatura investigada não apresentou qualquer estudo sobre o início da atividade sexual em faixas etárias distintas entre as adolescentes, conferindo aos nossos resultados caráter único.

Outro aspecto estudado foi o tabagismo em que verificamos diferenças estatisticamente significantes somente quando comparamos as adolescentes precoces com as demais (Tabela e Gráfico 7) havendo uma predominância de não fumantes entre as mais jovens.

O estudo estatístico não se mostrou significativo quando comparou-se adolescentes com pacientes adultas nem adolescentes não precoces com pacientes adultas.

Após a análise da tabela e gráfico 7 sobre esta variável, pode-se concluir que a diferença não significativa entre adolescentes e adultas foi fortemente influenciada pelo grupo de adolescentes não precoces.

Correy e cols.(1984) encontraram na Tasmânia número superior de adolescentes tabagistas (52%) em relação ao grupo de adultas.

Youngs e cols.(1977) e Mathias e cols.(1980) estudando somente adolescentes encontraram alto número de tabagistas; os últimos postularam que a nicotina seria responsável pelo crescimento intra útero retardado, confirmado clínica e laboratorialmente.

Mathias e cols.(1981) constataram 50% de tabagistas entre as adolescentes e 38,1% entre as adultas.

Os dados obtidos parecem mostrar que da mesma forma que a adolescente sai para o trabalho a medida que aumenta a idade, ela também adquire novos hábitos e costumes mais frequentes nas pessoas de faixas etárias superiores.

Nossos resultados novamente se mostraram singulares,

uma vez que comparou-se o hábito de fumar nos diversos grupos de adolescentes entre si e com as gestantes adultas.

Quanto ao pré-natal a proporção de adolescentes que não o fizeram foi mais elevada do que as adultas com $p < 0,002$ e, portanto, significativa (Tabela e Gráfico 8).

Analogamente, foi possível verificar que o resultado se confirmou para outras comparações e que, mesmo com proporções diferentes foram estatisticamente significantes.

Observa-se nesta variável, assim como em outras estudadas, que as pressões sociais, familiares, econômicas, obstruem o acesso de grande parte das adolescentes precoces aos serviços de pré-natal. Além disso o fato de não se dispor de serviços especializados para adolescentes em maior quantidade, mantém importante número dessas jovens distante da orientação médica adequada.

Correy e cols. (1984) referiram que as clínicas pré-natais especializadas oferecem variadas informações, fazendo com que haja diferenças entre as adolescentes e o grupo controle.

Spellacy e cols. (1978) relataram que adolescentes com assistência pré-natal deficiente, quando submetidas a cuidados adequados, apresentaram diminuição no número de algumas patologias; esses dados concordam com os estudos anteriores de Poliakoff e cols., (1958) onde registraram apenas 47,2% de patologias quando os cuidados de pré-natal

foram adequados.

Mounanga (1985) mostrou que 26,8% das adolescentes fizeram no máximo uma consulta pré-natal e 73,2% consultaram duas ou mais vezes, demonstrando maior índice de patologias nas primeiras

Pinto e Silva (1982) relatou que das adolescentes analisadas em sua tese, 38,7% não tinham frequentado qualquer serviço de pré-natal, resultado significativamente superior ao do grupo controle e as que o fizeram iniciaram geralmente no sexto mês, fato que ele explicou principalmente pela falta de disponibilidade de serviços de saúde apropriados para recebê-las e por razões emocionais.

Por isso que concordamos com Mathias e cols. (1981) que sugeriram a criação de serviços de pré-natal mais adequados para as adolescentes a fim de que elas não escondam o estado gestacional e, conseqüentemente procurem atendimento mais precoce.

Importantes dados sobre a mortalidade na adolescência foram relatados por Siqueira e Tanaka (1986), que encontraram treze dos dezoito óbitos de mulheres dos 10 aos 14 anos relacionados à assistência pré-natal inadequada.

A Secretaria da Saúde de São Paulo em seu Programa de Atendimento ao Adolescente (1988), enfocou que para um racional atendimento ao adolescente nos seus aspectos físicos, psicológicos e sociais seria necessário um bom especialista aliado a uma equipe multiprofissional.

Após análise dos nossos resultados pode-se inferir o

quão é importante o pré-natal especializado. Para que isto ocorra é mister que preparemos melhor nossos alunos, ressaltando-lhes o significado do adequado atendimento pré-natal, principalmente nas adolescentes, com o intuito de reduzir a morbiletalidade materna e fetal.

Na literatura não se observou qualquer estudo quanto ao comparecimento das pacientes no pré-natal, comparando-se as diversas faixas de idade das adolescentes entre si e com as pacientes adultas.

Em relação a duração da gestação comparou-se inicialmente o grupo de adolescentes com o de adultas e observou-se significativa diferença entre as proporções dentro das classes com $p < 0,001$ e isto foi influenciado por um número maior de gestantes adultas que chegaram ao termo da gestação (Tabela e Gráfico 9).

A diferença permaneceu quando comparou-se as adolescentes entre si e as adolescentes não precoces com as pacientes adultas (Tabela e Gráfico 9).

A maior diferença entre os grupos foi notada quando comparou-se adolescentes precoces com as pacientes adultas e este fato deve-se a um número menor de gestações entre as adolescentes precoces atingirem o termo, além da grande proporção delas desconhecerem o tempo de gravidez.

Spellacy e cols. (1976), em seus estudos, encontraram maior número de partos prematuros entre as adolescentes e

relataram que o aumento na prematuridade estaria mais relacionado com a idade reprodutiva do que com a cronológica.

Correy e cols. (1984), por outro lado, referiram 14,6% de gestações até 38 semanas entre adolescentes com menos de 16 anos, 13,3% entre as de 17, 12,6% nas de 18 e ainda 12,4% nas adultas solteiras comparadas com 10,4% nas adultas casadas, demonstrando com estes achados que as alterações psicossociais teriam importância ímpar na manutenção da gestação até o termo. Estes resultados assemelham-se aos nossos, que revelaram valores percentuais decrescentes de gestações com menos de 34 semanas a medida em que se elevava a idade das adolescentes e, crescentes quando se analisavam gestações de 38 a 42 semanas (Anexo 09).

Battaglia e cols. (1963) associaram o aumento da prematuridade à idade, pois além delas serem predominantemente primíparas, apresentavam ainda problemas sociais superajuntados.

Mc Garity (1969) demonstrou que 19% dos partos entre as adolescentes ocorrem antes da 36ª semana de gestação.

Romero e cols. (1983), por sua vez, obtiveram resultados de gestações pré-termo em 24% das adolescentes, sem diferenças estatisticamente significantes entre as distintas faixas de idade; entretanto, eles não compararam esses resultados com as gestantes adultas.

Ao contrário da maioria, Sismondi e cols. (1984) não

encontraram maior frequência de partos prematuros entre as adolescentes de maneira geral; para eles, isto só ocorreu com maior frequência no sub-grupo de adolescentes "muito jovens".

Em nosso meio Mathias e cols. (1980, 1981, 1985-1), evidenciaram números maiores de partos prematuros nas gestantes adolescentes e explicaram tal ocorrência por vários fatores que incluem, além da idade, falta de assistência pré-natal, estado civil, tabagismo e patologias como a hipertensão arterial.

Sabe-se que a variável idade da gestação quando computada pelo tempo de amenorréia, apresenta altos índices de dúvidas e desconhecimento por parte das gestantes, principalmente as mais jovens; sabe-se também que o erro pode ser minimizado com a avaliação da idade do recém-nascido pelo método de Capurro, porém, esta avaliação deverá ficar para estudos posteriores onde poder-se-á abranger dados do parto, puerpério e do recém-nascido.

Quanto as patologias da gestação não se pôde analisar globalmente os resultados do ponto de vista estatístico devido ao reduzido número de observações em algumas classes, o que impediu a aplicação do teste qui-quadrado, pois nos levaria a conclusões duvidosas. Mesmo assim observou-se percentuais maiores de eclâmpsia e infecções urinárias nas adolescentes em comparação com as

adultas. Notou-se ainda número inferior de adolescentes com amniorrexe prematura e com trabalho de parto prematuro em relação as gestantes adultas e essas diferenças foram estatisticamente significantes.

Esses resultados se mantiveram quando comparamos separadamente as adolescentes precoces e as não precoces, com as pacientes adultas (Tabela e Gráfico 10).

Na análise da literatura observar-se que a toxemia é uma das patologias mais frequentes nas adolescentes (Marchetti e cols., 1950; Battaglia e cols., 1963; Zackler e cols., 1969; Duenhoelter e cols., 1975; Hunt, 1976; Spellacy e cols., 1978; Rubio e cols., 1981; Romero e cols., 1983; Correy e cols., 1984; Sismondi e cols., 1984 e Mathias e cols., 1985).

Faundes e cols. (1972) demonstraram que a frequência das síndromes hipertensivas se mantinham constantes desde os 15 anos até a idade adulta (20 a 25 anos) e aumentavam a partir daí de forma significativa. Nossos resultados são concordantes com os de Faundes e cols. uma vez que a comparação entre as diversas faixas etárias, quanto a toxemia, não se mostrou estatisticamente significante.

Pinto e Silva (1982) encontrou 19,2% de hipertensas entre as adolescentes estudadas e ao separar as formas toxêmicas puras constatou igualdade entre as adolescentes e as adultas.

Correy (1984) observou 21,8% de toxemia nas adolescentes menores de 16 anos, 18,3% nas de 17 anos, 17%

nas de até 18 anos e 13,8% nas maiores de 18 anos, mostrando que quanto menor a idade, maior o risco de ocorrência de toxemia. Nossos resultados diferem dos apresentados quando se analisam as idades separadamente em relação à toxemia, mas nota-se frequência maior de eclâmpsia entre as mais jovens (Anexo 10). Eles se equivalem aos de Perkins (1978) que relatou eclâmpsia somente nas gestantes jovens e aos de Hassan e Falls (1964) que verificaram maiores taxas de toxemia severa nas adolescentes mais precoces e sinalizaram os 14 anos como idade crítica para a gestação.

Darzé (1989) encontrou números maiores e estatisticamente significantes de eclâmpcias em adolescentes até 16 anos, quando comparadas com gestantes adultas de 20 a 25 anos.

Em relação a toxemia nossos resultados mantiveram-se praticamente constantes entre as adolescentes e estatisticamente não diferiram das pacientes adultas, apesar da assiduidade ao pré-natal ter sido menor entre as adolescentes; este fato, talvez explique a diferença estatisticamente significante entre os dois grupos de adolescentes, com relação ao aparecimento maior de eclâmpsia entre as precoces.

Spellacy (1978) encontrou número maior de adolescentes com toxemia e associou este achado mais ao fator racial do que ao etário.

Em relação a ocorrência de amniorrexe prematura nossos resultados são concordes com aqueles obtidos por

Mathias e cols. (1981); para eles e para nós a explicação da menor incidência de amniorrexe prematura é idêntica, ou seja, as adolescentes mais precoces tinham menor número de intercursos sexuais após instalada a gravidez e, em nosso estudo este fato está bem evidente, pois detecta-se uma progressão na frequência da patologia à medida que aumenta a idade das pacientes. Outros resultados semelhantes aos nossos incluem os de Hay e cols. (1973) e os de Sismondi e cols. (1984).

Finto e Silva (1982) obteve 15% de amniorrexe prematura em adolescentes. Outros autores registraram os seguintes resultados: Wells (1975) 6,25%, Perkins (1978) 5,2% em gestantes de até 16 anos contra 9,0% em adultas e Rubio (1981), 6,86%.

Quanto ao trabalho de parto prematuro constata-se que os nossos resultados se assemelham aos obtidos para a amniorrexe prematura, talvez porque esta seja uma das principais causas da prematuridade. Assim, no Anexo 16 verifica-se uma prevalência maior de trabalho de parto prematuro nas adultas do que nas adolescentes, mesmo quando subdivididas em precoces e não precoces. Nossos resultados são concordantes com os de Uberti e cols. (1978) e com os de Sismondi (1984) que fizeram exceção somente ao grupo das adolescentes muito jovens.

Duenhoelter (1975) mostrou 10,5% de partos com menos de 35 semanas entre as adolescentes contra 5,4% no grupo controle.

Wells (1975) verificou números semelhantes, 12,50% e 12,20% de trabalho de parto prematuro em adolescentes estudadas em épocas diferentes.

Perkins (1978) referiu 8,1% de resolução do parto entre 34ª e 37ª semanas e 1,5% antes da 34ª em gestantes de até 16 anos.

Rubio (1981) encontrou cifras próximas de 3,0% de trabalho de parto prematuro entre as adolescentes; Mathias e cols. (1985), por sua vez, constataram também maior número de partos prematuros entre elas.

Tanto para a amniorrexe prematura quanto para o trabalho de parto prematuro, as diferenças entre os dois grupos de adolescentes não foi estatisticamente significativa. O fato das gestantes adultas apresentarem mais vezes essas duas patologias, talvez seja devido a estas últimas terem mais frequentemente atividades profissionais (empregadas domésticas) do que as adolescentes.

Ao se observar a Tabela e o Gráfico 10 nota-se que a infecção do trato urinário apareceu mais frequentemente e com diferença estatisticamente significativa entre as adolescentes precoces que nas não precoces.

Com esse resultado pode-se inferir que a imaturidade no desenvolvimento da genitália das adolescentes precoces poderia ser o motivo da maior frequência de infecções urinárias.

Quanto a infecção do trato urinário, nossos resultados recebem apoio dos estudos de Hassan e Falls

(1964), Mc Ganity e cols.(1969), Youngs e cols.(1977), Mathias e cols.(1985-I,II) e Bezerra e cols.(1988) e discordam daqueles de Romero (1983) que referiram diminuição nas taxas de infecção urinária em comparação ao grupo controle.

Quanto às patologias associadas a gestação 11,6% das adolescentes tiveram queixas clínicas confirmadas por médicos enquanto que entre as adultas nenhuma patologia foi detectada. Conveniente seria ainda salientar que algumas patologias incomuns no estado gravídico bem como as doenças próprias da infância apareceram muito mais frequentemente entre as adolescentes precoces e foram diminuindo à medida que a idade avançava.

Aproximadamente metade das adolescentes não apresentaram qualquer patologia da gestação enquanto nas pacientes adultas isto ocorreu em 37% (Tabela e Gráfico 10).

Ao se comparar as adolescentes de forma global constata-se resultado numericamente maior de ausência de patologias entre elas do que entre as adultas e essa diferença é estatisticamente significativa assim como quando comparamos as adolescentes não precoces com as gestantes adultas.

Se, a taxa de gestação na adolescência tem aumentado desde a Segunda Guerra Mundial (Mounanga e cols. 1985) e se a gravidez nesta fase da vida representa um alto risco médico, social e psicológico, é claro que estudos pertinentes ao tema devam ser cada vez mais estimulados para

sua melhor compreensão.

Foi exatamente o que este estudo se propôs a fazer, analisando aspectos obstétricos e sociais de dois grupos de grávidas adolescentes (precoces e não precoces) situando-os dentro de sua própria ecologia e comparando-os com pacientes adultas, tornando-se por esse fato único e singular e conforme se demonstrou pelos resultados, permitiu-nos obter dados que contribuirão para o acompanhamento das mesmas e, principalmente para o desenvolvimento de programas de atenção específica à gestante adolescente.

CONCLUSÕES

6.A. CONCLUSÕES GERAIS

As condições sociais, econômicas e familiares que atuam sobre as adolescentes são desfavoráveis principalmente sobre as precoces em relação às não precoces e às gestantes adultas.

As adolescentes não precoces apresentaram resultados semelhantes às pacientes adultas quanto ao estado civil, tabagismo, pré-natal e algumas patologias da gestação.

Muitas das diferenças encontradas entre os dois grupos de adolescentes e as adultas podem ser devidas à falta de serviços especializados, além do baixo índice de escolaridade observado em nosso país.

6.B. CONCLUSÕES ESPECÍFICAS

01. O percentual de pacientes brancas foi constatado em número significativamente maior nas adultas do que nas adolescentes precoces.

02. O número de adolescentes precoces solteiras foi significativamente maior do que as não precoces e as adultas, que quando comparadas entre si, não mostraram diferenças significativas.

03. As adolescentes precoces e as não precoces tiveram índices semelhantes de analfabetismo.

04. A ocupação de prendas domésticas predominou entre as adolescentes enquanto que a de empregadas domésticas dominou entre as adultas. Essas diferenças se acentuaram quando compararam-se as adolescentes precoces com as pacientes adultas.

05. As adolescentes de 12 a 15 anos tiveram a menarca mais precoce que as de 16 a 19 anos e também iniciaram, em maior número, a atividade sexual há menos de um ano.

06. O tabagismo foi significativamente menos frequente entre as adolescentes precoces do que entre as não precoces e as adultas.

07. As adolescentes precoces realizaram menor número de consultas de pré-natal que as não precoces e as adultas.

08. A duração da gestação calculada pelo tempo de amenorréia foi significativamente maior nas adultas; entre as adolescentes, índices significativamente maiores de gestação a termo ocorreram nas não precoces.

09. As adolescentes precoces apresentaram maior número de eclâmpsia e infecção do trato urinário do que as não precoces e as pacientes adultas, enquanto nestas houve predominância de amniorrexe prematura e trabalho de parto prematuro.

SUMÁRIO

7. SUMARIO

Estudaram-se 545 adolescentes divididas em dois grupos, as de 12 a 15 anos denominadas precoces e as de 16 a 19 chamadas de não precoces quanto aos seguintes parâmetros: cor, estado civil, escolaridade, ocupação, idade de instalação da menarca, início da atividade sexual, tabagismo, pré-natal, duração da gestação e patologias da gestação. Estudou-se paralelamente outro grupo, denominado controle, também quanto a maioria desses parâmetros, constituído de 84 gestantes entre 20 e 25 anos, consideradas

adultas com as mesmas características psicossociais e econômicas.

Após a análise dos resultados e de confrontá-los com os dados da literatura o autor conclui que houve predomínio da raça branca principalmente entre as adultas e maior frequência de solteiras entre as adolescentes sendo que entre as precoces ocorreram diferenças estatisticamente significantes; o nível de escolaridade se assemelhou entre os dois grupos, porém as adolescentes trabalhavam mais em casa enquanto que as adultas atuavam predominantemente como empregadas domésticas; a idade de instalação da menarca assim como o início da atividade sexual ocorreram mais cedo nas adolescentes precoces do que nas não precoces sendo as diferenças estatisticamente significantes; as adolescentes mais jovens revelaram ser menos tabagistas do que as demais e do que as pacientes adultas as quais apresentaram resultados semelhantes; o pré-natal foi feito mais frequentemente entre as adultas enquanto que as adolescentes precoces o fizeram menor número de vezes de forma estatisticamente significativa; as adultas tiveram maior percentual de gestações entre 38 e 42 semanas enquanto que nas adolescentes as gestações foram interrompidas mais vezes até a 34ª; finalmente observou-se maior risco de infecção urinária e eclâmpsia nas adolescentes, principalmente nas precoces enquanto que a amniorrexe prematura esteve mais presente nas pacientes adultas.

SUMMARY

SUMMARY:

Two groups of 545 adolescents were studied. They were divided into two groups, 12 to 15 years of age characterized as premature and those, 16 to 19, characterized as non premature regarding the following items: color, marital status, schooling, occupation, age of beginning of menarche, beginning of sexual activity, smoking, prenatal, duration of gestation pathologies. Another group, characterized as control group, was studied simultaneously, regarding the same items as above, where 84 pregnant women from 20 to 25 years of age were considered as adults with the same psychosocial and economical situation.

After the results were analysed and compared with the literature, the conclusion was that there is a predominance of white people especially among adults and a higher frequency of single women among the adolescents with significant difference in prematures ones; both groups presented similar level of schooling, however, the adolescents worked more at home while the adults worked as domestic maids; the beginning of menarche as well as activity occurred earlier in the premature adolescents than in the non premature with significant differences; the younger adolescents smoked less than the others, the same happening with the adults; the frequency of prenatal exam was higher among adults while the premature adolescents had the lowest frequency with statistical difference. The adults had a higher percentage of gestations between 38 and 42 weeks while in the adolescents, the gestation were interrupted frequently until the 34th week; finally, a higher risk of urinary infection and eclampsia was observed among adolescents, mainly in the premature while premature amniorrhexis was present in the adult patients.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALDRIGHI, J.M.; ARAUJO, R.Z.; BUSSO, N.E.; PIATO, S. Análise de 22 abortamentos na adolescência: Aspectos psico-médico-sociais. Anais do XII Congresso Brasileiro de Reprodução Porto Alegre, 1986, p. 106-107.

ALVAREZ, M.; SIEVERS, R. Consideraciones sobre primiparidad precoz. Boletín de la Sociedad Chilena, vol.XXIV, nº6, 237-244, 1959.

- BATTAGLIA, F.C.; FRAZIER, T.M.; HELLEGERS, A.E. Obstetric and pediatric complications of juvenile pregnancy. *Pediatrics*, 32:902-910, 1963.
- BEZERRA, M.L.; COSTA, E.L.; MAGALHAES, M.G. Estudo retrospectivo sobre adolescentes grávidas atendidas no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, no biênio 1984/1985. *Rev. Bras. Ginec. Obstet.*, 10:223-226, 1988.
- BREMBERG, S. Pregnancy in swedish teenagers. *Scand. J. Soc. Med.*, 5:15-19, 1977.
- CATALAN, V.N.; ITURRA, B.L.; LOPEZ, A.M.M. Embarazo en la adolescente. *Bol. Hosp. "S.J. de Dias"*, 30:244-251, 1983.
- CLAMAN, A.D.; BELL, H.M. Pregnancy in the very young teen-ager. *Am. J. Obst. Gynec.*, 90:350-354, 1964.
- CLARKE, I.M. Black teenage pregnancy: an obstetrician's view point. *J. of Community Health*. vol II, nº 1, 23-30, 1986.
- COATES, J.B. Obstetrics in the very young adolescent. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 108:68-72, 1970.

- COLLI, A.S.; COELHO, H.S.; CONCEIÇÃO, J.A.N.; YUNES, J.
Encuesta sobre la salud de un grupo de adolescentes de
São Paulo, Brasil. Bol. of Sanit. Panam., 79:433, 1975.
- CORREY, J.F.; KWOK, P.C.; NEWMAN, M.N.; CURRAN, J.T.
Adolescent pregnancy in Tasmania. The Medical Journal of
Australia, 141:150-154, 1984.
- DARZE, E. A adolescente e sua saúde reprodutiva -
Desempenho obstétrico na primigrávida em idade igual ou
menor do que 16 anos. Rev. Bras. de Ginec. e Obstet., 11:
64-69, 1989.
- DAVIDSON, E.C.Jr.; FUKUSHIMA, T. The age extremes for
reproduction: Current implications for policy chance.
Am. J. Obstet. Gynec., 152:467-473, 1985.
- DOERING, R.K. As adolescentes e o início do relacionamento
sexual. Femina, 17:203-214, 1989.
- DUENHOELTER, J.H.; JIMENEZ, J.; BAUMANN, G. Pregnancy
performance of patients under fifteen years of age.
Obstet. Gynecol., 46:45-52, 1975.
- DWYER, J.F. Teenage pregnancy. Am. J. Obstet. Gynec., 118:
373-376, 1974.

EVERITT, B.S. The analysis of contingency tables. cap.1,2 e 3, pag. 1-66 John Wiley & Sons Inc., New York, 1977.

FAUNDES, A.; FANJUL, B.; HENRIQUEZ, G.; MORA, G.; TOGNOLA, G. Influencia de la edad y la paridad sobre algunos parametros de morbilidad materna y sobre la morbimortalidad fetal. Rev. Chil. Obstet. Gynecol.,37: 6, 1972.

FIENBERG, S.E. The Analysis of Cross-Classified Categorical Data, cap 1 e 2, MIT Press, Massachusetts, 1978.

HASSAN, H.M.; FALLS, F.H. The young primipara. Am. J. Obstet. Gynec.,88:256-269, 1964.

HAY, D.M.; BOYD, J.J. A study of obstetric performance of the adolescent jamaican primigravidas. Am. J. Obstet. Gynec., 116:34-38, 1973.

HORON, L.I.; STROBINO, M.D.; MAC DONALD, M.H. Birth weights among infants born to adolescent and young adult women. Am. J. Obstet. Gynec., 146:444-449, 1983.

HUNT, W.B. A fertilidade na adolescência: riscos e consequências. Popul. Rep. [J] (10):157-175, 1976.

- KANDELL, N. The unwed adolescent pregnancy: an accident?
Am. J. of Nursing, 2112-2114, December 1979.
- MASSÉ, N.; DESCHAMPS, J.F. Child development indicators and
public health. Carnets de L'Enfance, 32:18-32, 1975.
- MARCHETTI, A.S.; MENAKER, J. Pregnancy and the adolescent.
Am. J. Obstet. Gynec., 59:1013-1020, 1950.
- MATHIAS, L.; MAIA, E.M.C.; MAIA FILHO, N.L. Complicações
obstétricas nas adolescentes precoces. Gin. Obstet.
Bras., 3(2):437-444, 1980.
- MATHIAS, L.; MAIA, E.M.C.; MAIA FILHO, N.L.; LANDI, V.;
KOSAKA, E. Estudo comparativo entre primigestas
adolescentes e primigestas de 18 aos 25 anos. J. Bras.
Ginec., 91:89-92, 1981.
- MATHIAS, L.; NESTAREZ, J.E.; KANAS, M.; NEME, B. Gravidez
na adolescência I - Primigestas de 9 a 15 anos. J.
Bras. Ginec., 95(3):89-91, 1985.
- MATHIAS, L.; NESTAREZ, J.E.; KANAS, M.; NEME, B. Gravidez
na adolescência II - Estudo comparativo entre gestantes
de 9 a 15 anos, 16 e 17 anos. J. Bras. Ginec., 95(3):
93-96, 1985.

- MATHIAS, L.; NESTAREZ, J.E.; KANAS, M.; NEME, B. Gravidez na adolescência III - Estudo comparativo entre primíparas de 18 a 19 anos. *J. Bras. Ginec.*, 95(4):137-139, 1985.
- MATHIAS, L.; NESTAREZ, J.E.; KANAS, M.; NEME, B. Gravidez na adolescência IV - Idade limite de risco reprodutivo entre adolescentes. *J. Bras. Ginec.*, 95(4):141-143, 1985.
- MATHIAS, L.; MAIA, E.M.C.; MAIA FILHO, N.L. (*)
Primiparidade precoce: Estudo clínico. *Rev. Bras. Clin. Terap.*, 14: 317-320, 1985.
- MC ANARNEY, E.R. Adolescent pregnancy. A national priority. *Am. J. Dis. Child*, 132:125-126, 1978.
- MC ANARNEY, E.R.; ROGHMANN, K.J.; ADAMS, B.N.; TATELBAUM, R.C.; KASH, C.; COULTER, M.; PLUME, M.; CHARNEY, E. Obstetric, neonatal and psychosocial outcome of pregnant adolescent. *Pediatrics*, 61:199-205, 1978.
- MC GANITY, W.J.; LITTLE, H.M.; FOGELMAN, A.; JENNINGS, L.; CALHOUN, E.; DAWSON, E. Pregnancy in the adolescent I. Preliminary summary of health status. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 103:773-788, 1969.

- MOERMAN, M.L.V. Growth of birth canal in adolescent girls. Am. J. Obstet. Gynec., 143:528-532, 1982.
- MOUNANGA, M.; MOVELY, G.; ZINSOV, R.D. La grossesse et l'accouchement de l'adolescente gabonaise. Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 80(5):293-298, 1985.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Necesidades de los adolescentes. Série de Informes Técnicos. nº 583, 1975.
- OSBOURNE, G.K.; HOWARD, R.C.L.; JORDAN, M.M. The obstetric outcome of teenage pregnancy. Brit. J. Obstet. Gynecol., 88:215, 1981.
- PERKINS, R.P.; NAKASHIMA, I.I.; MULLIN, M.; DUBANSKY, L.S.; CHIN, M.L. Intensive care in adolescent pregnancy. Obstet. Gynecol., 52:179-188, 1978.
- PINTO E SILVA, J.L.; SARNIENTO, R.C.; LAUDERER, C.; FAUNDES, A. Gravidez na adolescência I. Condição frente à anticoncepção e ao sexo. J. Bras. Ginec., 90:283-287, 1980.
- PINTO E SILVA, J.L. Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência. Campinas 1982, 123 p. (Tese - Doutorado Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP).

- POLIAKOFF, S. Pregnancy in the young primigravida. Am. J. Obstet. Gynec., 76:746-753, 1958.
- ROMERO, M.I.S.; et al., Embarazo, parto y recién nacido en madres adolescentes. Rev. Chilena de Pediatría, 54: 123-130, 1983.
- RUBIO, R.M.; FUENTES, A.G.; SANHUEZA, E.A.; RODRIGUEZ, G.S.; ORTIZ, M.V.; Reproduccion en la adolescencia. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 46:112-117, 1981.
- SHERLINE, M.D.; DAVIDSON, A.R. Adolescent pregnancy: The Jackson Mississippi experience. Am. J. Obstet. Gynec., 132:245-255, 1978.
- SIQUEIRA, F.A.A.; TANAKA; A.C.A. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980. Rev. Saúde Publ., São Paulo, 20(4):274-279, 1986.
- SISMONDI, P.; VOLANTE, R.; GIAI, M. El embarazo y el parto en la adolescente. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 49: 41-45, 1984.
- SPELLACY, N.W.; MAHAN, S.C.; CRUZ, C.A. The adolescent's first pregnancy: A controlled study. Southern Medical Journal, 71:768-771, 1978.

- TAKIUTI, A.D. Programa de atendimento integral à saúde do adolescente. SUDS/São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de São Paulo, 1988.
- UBERTI, E.M.; CALLEGARI, T.R.; CONTER, S.L.; COSTA, P.L.; BOLOGNESE, L. Trabalho de parto monitorizado em adolescentes. Ginec. Obstet. Bras., 1:431-446, 1978.
- UTIAN, H.M. Obstetrical implications of pregnancy in primigravidae aged 16 years or less. Brit. Med. J., 2: 734-736, 1967.
- VALENTE, C.A.; ANDRADE, A.S.; VITIELLO, N.; BERCOVICI, S.; BEARZI, V.T.; NUNES, L.A. Assistência pré e perinatal à mãe adolescente. J. Bras. Ginec., 83:229-235, 1977.
- WELLS, W.; YAÑEZ, L.; GIL, G.; ALIAGA, J. Características del parto en adolescentes en la maternidad San Francisco Borja, 1961 y 1971. Rev. Chil. Obstet. Ginec., 15: 278-287, 1975.
- WIDHOLM, O.; KANTERO, R. L.; RAUTANEN, E. Medical and social aspects of adolescent pregnancies. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 53:347-353, 1974.

YOUNG, D.D.; NIEBYL, Z.R.; BLAKE, D.A.; SHIP, D.A.; STANLEY, J.; KING, T.M. Experience with an adolescent pregnancy program-obstetric. A preliminary report. *Obstet. Gynecol.*, 50:212-216, 1977.

ZACHARIAS, L.; WURTMAN, R.J.; SCHATZOFF, M. Sexual maturation in contemporary american girls. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 108:833-846, 1970.

ZACKLER, J.; ANDELMAN, L.S.; BAUER, F. The young adolescent as an obstetric risk. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 103:305-312, 1969.

Outras fontes consultadas:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Comissão de estudos de documentação. Normas Brasileiras de documentação. Ed. atual. Rio de Janeiro, 1978 v.I.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE

-Censo demográfico 1980. Dados distritais do Recenseamento Geral do Brasil, 1982.

-Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 1984.

-Anuário Estatístico do Brasil, 1986.

ANEXOS

ANEXO 01

COMPARAÇÃO ENTRE AS ADOLESCENTES E AS PACIENTES ADULTAS, QUANTO A COR

IDADE	COR	BRANCAS		NEGRAS		PARDAS		AMARELAS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
12-13		6	50,0	2	16,6	4	33,4	0	-	12	2,2
14		24	61,5	4	10,2	11	28,3	0	-	39	7,1
15		71	60,1	16	13,6	31	26,2	0	-	118	21,7
16		61	64,2	10	10,5	24	25,6	0	-	95	17,4
17		91	70,5	13	10,0	25	19,5	0	-	129	23,7
18		56	60,8	11	12,0	24	26,1	1	1,1	92	16,9
19		41	68,3	2	3,4	17	28,3	0	-	60	11,0
TOTAL		350	64,2	58	10,6	136	24,9	1	0,3	545	100,0
20 - 25		63	75,0	9	10,7	12	14,3	-	-	84	100,0

ANEXO 02

COMPARAÇÃO ENTRE AS ADOLESCENTES E AS PACIENTES ADULTAS, QUANTO AO ESTADO CIVIL

IDADE	ESTADO CIVIL	CASADAS		SOLTEIRAS		AMASIADAS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
12-13		1	0,3	11	91,7	0	-	12	100
14		7	17,9	32	82,1	0	-	39	100
15		16	13,5	99	83,9	3	2,6	118	100
16		35	36,9	57	60,0	3	3,1	95	100
17		70	54,2	50	45,0	1	0,8	129	100
18		52	56,5	39	42,4	1	1,1	92	100
19		29	48,3	31	51,4	0	-	60	100
TOTAL		210	38,5	327	60,0	8	1,5	545	100
20 - 25		52	61,9	32	38,1	-	-	84	100

ANEXO 03

COMPARAÇÃO ENTRE AS ADOLESCENTES, QUANTO A ESCOLARIDADE

IDADE	ESCOLARIDADE		1º GRAU		2º GRAU		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
12-13	3	25,0	9	75,0	0	-	12	100
14	4	10,2	35	79,8	0	-	39	100
15	6	5,1	112	94,9	0	-	118	100
16	8	8,4	87	91,6	0	-	95	100
17	11	8,5	118	91,5	0	-	129	100
18	8	8,7	84	91,3	0	-	92	100
19	1	1,7	54	90,0	5	8,3	60	100
TOTAL	41	7,5	499	91,5	5	1,0	545	100

ANEXO 04

COMPARAÇÃO ENTRE AS ADOLESCENTES E AS PACIENTES ADULTAS, QUANTO À OCUPAÇÃO

IDADE	OCUPAÇÃO		PR. DOMES.		EMP. DOM.		ESTUDAN.		OUTRAS		S/OCUP.		NÃO REGISTRADAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
12-13	8	66,7	1	8,3	1	8,3	-	-	2	16,7	-	-	12	100		
14	33	84,6	1	2,6	-	-	-	-	4	10,2	1	2,6	39	100		
15	89	75,5	15	12,7	1	0,8	2	1,7	-	-	11	9,3	118	100		
16	59	62,1	18	19,0	2	2,1	3	3,1	2	2,1	11	11,6	95	100		
17	80	62,0	32	24,8	-	-	3	2,3	-	-	14	10,9	129	100		
18	57	62,0	19	20,7	1	1,1	11	12,0	2	2,1	2	2,1	92	100		
19	39	65,0	14	23,3	1	1,7	5	8,3	1	1,7	-	-	60	100		
TOTAL	365	67,0	100	18,3	6	1,1	24	4,4	11	2,0	39	7,2	545	100		
20 - 25	40	47,6	37	44,0	1	1,2	4	4,8	2	2,4	-	-	84	100		

ANEXO 05

COMPARAÇÃO ENTRE AS ADOLESCENTES, QUANTO A IDADE DE INSTALAÇÃO DA MENARCA

IDADE	MENARCA	< 11 ANOS		> 11 ANOS		DESCONHECIDA		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
12-13		6	50,00	6	50,00	-	-	12	100
14		16	41,03	22	56,41	1	2,56	39	100
15		33	27,97	80	67,80	5	4,23	118	100
16		21	22,10	72	75,80	2	2,10	95	100
17		17	13,18	100	77,52	12	9,30	129	100
18		16	17,40	75	81,51	1	1,09	92	100
19		5	8,33	54	90,00	1	1,67	60	100
TOTAL		114	20,92	409	75,04	22	4,04	545	100

ANEXO 06

COMPARAÇÃO ENTRE AS ADOLESCENTES QUANTO AO INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL

IDADE	INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL	(< 1 ANO) 1 ANO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
12-13		12	100	0	-	12	100
14		12	30,7	27	69,3	39	100
15		78	66,1	40	33,9	118	100
16		40	77,1	55	57,9	95	100
17		59	45,7	70	54,3	129	100
18		30	32,6	62	67,4	92	100
19		21	35,0	39	65,0	60	100
TOTAL		252	46,2	293	53,8	545	100

ANEXO 07

COMPARAÇÃO ENTRE AS ADOLESCENTES E AS PACIENTES ADULTAS, QUANTO AO TABAGISMO

IDADE	S		N		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
12-13	4	33,3	8	66,7	12	100
14	8	20,5	31	79,5	39	100
15	23	19,5	95	80,5	118	100
16	27	28,4	68	71,6	95	100
17	50	38,8	79	61,2	129	100
18	21	22,8	71	77,2	92	100
19	28	46,7	32	53,3	60	100
TOTAL	161	29,5	384	70,5	545	100
20-25	32	38,1	52	61,9	84	100

ANEXO 08

COMPARAÇÃO ENTRE AS ADOLESCENTES E AS PACIENTES ADULTAS, QUANTO AO PRÉ-NATAL

IDADE	PRÉ-NATAL		N		TOTAL Nº
	Nº	%	Nº	%	
12-13	6	50,0	6	50,0	12
14	20	51,2	19	48,8	39
15	55	46,6	63	53,4	118
16	56	61,0	37	39,0	95
17	83	64,3	46	35,7	129
18	58	63,0	34	37,0	92
19	44	73,3	16	26,7	60
TOTAL	324	59,4	221	40,6	545
20-25	65	77,4	19	22,6	84

ANEXO 09

COMPARAÇÃO ENTRE AS ADOLESCENTES E AS PACIENTES ADULTAS, QUANTO A DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS)

IDADE	DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	ATÉ 34 s		35 - 37 s		38 - 42 s		IGNORADO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
12-13		1	8,3	2	16,7	3	25,0	6	50,0	12	100
14		4	10,2	4	10,2	24	61,6	7	18,0	39	100
15		7	6,0	20	17,0	61	51,6	30	25,4	118	100
16		7	7,4	13	13,7	61	64,2	14	14,7	95	100
17		8	6,2	14	10,9	80	62,0	27	20,9	129	100
18		6	6,5	13	14,1	66	71,8	7	7,6	92	100
19		2	3,3	11	18,3	42	70,0	5	8,4	60	100
TOTAL		35	6,4	77	14,1	337	61,9	96	17,6	545	
20-25		1	1,2	10	11,9	73	86,9	-	-	84	100

HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

CLÍNICA OBSTÉTRICA

REG. Nome, Cór, Idade, Sexo, Profissão, Estado Civil, Pai, Mãe, Religião, Diagnóstico, Médico, CLASSE, QUARTO, Nacionalidade, Naturalidade, Domicílio, Entrada pelo Dr., Entrou em, Salda em, Óbito em, Telefone.

GRAVIDEZ ATUAL: Última Menstruação, Data provável do Parto, Assistência Pré-Natal (Evolução, Ocorrências, Exames, RX, etc.)

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Gestações, Paridades, Abortos, Partos Anteriores, Mal Formações, Último Parto, Filhos Vivos, Mortos, Prematuros, Nat-mortos, Abortos espontâneos, Provocados, Puerpérios, Cirúrgia Obstétrica e Indicações, Admitida às horas de por Dr., Plantão Dr.

EXAME INICIAL: Temp., Pulso, P. Art., Peso, Edema, Grupo, RH, A. Uterina, Circunf., Data, Hora, Colo, Bolsa, Contracões, Apresentação, Bacia, F, Examinador, Observações

Distúrcia à Admissão:

EVOLUÇÃO DO PARTO table with columns: Data, Hora, Colo, Bolsa, Contracões, Apresentação, Bacia, F, Examinador, Observações

GRÁFICO DOS BATIMENTOS CARDÍACOS DO FETO: Grid with vertical axis DIA-HORA-EXAMINADOR (80-180) and horizontal axis. Includes HE ANIMAÇÃO section with checkboxes for Aspiração, Obs., Anest. and a table for vital signs (bis. card., movs. resp., tonicidade, reflexos, cbr, Total).

PARTO: EM, horas, por, Desprendimento em, Normal, Cesária, Fórcepe, Perínea: Integro, Rotura, Grau, Episiotomia, Daquitação: Normal, Patológica, Conduta, Placenta: Forma, peso, gramas, Cordão: comprimento, cm, Parto Cirúrgico: Obstetra, Auxiliar, Anestesiata, Anestesia, Início, Término, Duração, Ocorrências, Mod. 032 - 100 bis - 100x1 - 08/82

ANEXO 12

ESTUDO NACIONAL PROSPECTIVO SOBRE ADOLESCENTE GRAVIDA

ENPAG

1 - Nome do Hospital _____
 N° Prontuário _____

2 - Idade _____

3 - Naturalidade _____

4 - Estado Civil _____

5 - Ocupação _____

6 - Escolaridade _____

7 - Cór. _____

8 - Antecedentes Pessoais _____

9 - Antecedentes Ginecológicos _____

10 - Menarca _____

11 - Tipo de Ciclo _____

12 - Uso de Métodos Anticoncepcionais _____

13 - Idade da Primeira Relação _____

14 - Vida Sexual Ativa Há _____

15 - Geste _____

16 - Para _____

17 - Aborto Espontâneo _____

18 - Aborto provocado _____

19 - Natimortos _____

20 - Neomortos _____

21 - Filhos Vivos _____

22 - Gestação deste Puerpério _____

23 - Patologias na Gestação _____

24 - Tabagismo _____

25 - Alcoolismo _____

26 - Drogas _____

27 - Outros _____

28 - Dados Exame Internação _____

29 - Situação e Apresentação _____

30 - Patologias Obstétricas _____

31 - Número do Cartão _____
 Código _____

1 2 3 4 5

6 7

8 9

10

11 12 13 14 15

16 17

18

19 20 21 22 23 24

25 26 27 28 29

30 31

32 33

34 35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47 48 49 50 51 52 53

54 55

56

57 58

59

60 61 62 63 64 65 66

67

68 69 70 71 72 73 74

75

ANEXO 12 (CONT.)

32 - Duração da Gestação _____

33 - Duração do Trabalho de Parto _____

34 - Duração do Expulsivo _____

35 - Tempo de Amniorrexe _____

36 - Analgotico _____

37 - Tipo de Parto _____

38 - Indicação _____

39 - Anestesia _____

40 - Patologias do Terceiro Período _____

41 - Patologias do Quarto Período _____

42 - Lesões do Trajeto _____

43 - Morbidade Puerperal _____

44 - Patologias Clínicas no Puerpério _____

45 - Pretende Amamentar _____

46 - Morte Materna _____

47 - Causa _____

48 - Peso do Recém-nascido _____

49 - Sexo _____

50 - Avaliação _____

51 - Malformações _____

52 - Traumas _____

53 - Apgar 1 Minuto _____

54 - Apgar 5 Minutos _____

55 - Morbidade _____

56 - Natimorto Pré Parto _____

57 - Natimorto Intraparto _____

58 - Neomorto _____

59 - Causa _____

60 - Número do Cartão
Código _____

	1 2 3		
	□ □ □		
	4 5		
	□ □		
	6 7		
	□ □		
	8 9		
	□ □		
	10 11 12	13 14	
	□ □ □	□ □	
		15	
		□	
		16 17	
		□ □	
		18	
		□	
	19 20	21 22	
	□ □	□ □	
	23 24	25 26	
	□ □	□ □	
		27 28	
		□ □	
		29 30	
		□ □	
	31 32	33 34	35 36
	□ □	□ □	□ □
			37
			□
			38
			□
			39 40
			□ □
			41 42
			□ □
			43 44 45
			□ □ □
			46
			□
			47
			□
	48 49	50 51	
	□ □	□ □	
	52 53	54 55	56 57
	□ □	□ □	□ □
			58 59
			□ □
			60 61
			□ □
	62 63	64 65	66 67
	□ □	□ □	□ □
			68
			□
			69
			□
			70
			□
			71 72
			□ □
			73 74
			□ □
			80
			□

ANEXO 13

INCIDÊNCIA PERCENTUAL DE EMPREGADAS DOMÉSTICAS
DE ACORDO COM A IDADE DA GESTANTE

IDADE DA GESTANTE	INCIDÊNCIA DE EMPREGADAS DOMÉSTICAS %	N
12 - 15	10,1	(169)
16 - 19	22,1	(376)
12 - 19	18,3	(545)
20 - 25	44,0	(84)

G.L. = 1

DIFERENÇA ENTRE 12-19 vs 20-25 - $\chi^2=28,21$	$p<0,001$
DIFERENÇA ENTRE 12-15 vs 16-19 - $\chi^2=11,23$	$p<0,001$
DIFERENÇA ENTRE 12-15 vs 20-25 - $\chi^2=38,61$	$p<0,001$
DIFERENÇA ENTRE 16-19 vs 20-25 - $\chi^2=17,19$	$p<0,001$

ANEXO 14

INCIDÊNCIA PERCENTUAL DE PRENDAS DOMÉSTICAS
DE ACORDO COM A IDADE DA GESTANTE

IDADE DA GESTANTE	INCIDÊNCIA DE PRENDAS DOMÉSTICAS	
	%	N
12 - 15	76,9	(169)
16 - 19	62,5	(376)
12 - 19	67,0	(545)
20 - 25	47,6	(84)

G.L. = 1

DIFERENÇA ENTRE 12-19 vs 20-25 - $\chi^2=11,88$	$p<0,001$
DIFERENÇA ENTRE 12-15 vs 16-19 - $\chi^2=10,96$	$p<0,001$
DIFERENÇA ENTRE 12-15 vs 20-25 - $\chi^2=21,85$	$p<0,001$
DIFERENÇA ENTRE 16-19 vs 20-25 - $\chi^2=6,32$	$p<0,002$

ANEXO 15

INCIDÊNCIA PERCENTUAL DE AMNIOREXE PREMATURA
DE ACORDO COM A IDADE DA GESTANTE

IDADE DA GESTANTE	INCIDÊNCIA DE AMNIOREXE PREMATURA %	N
12 - 15	5,3	(169)
16 - 19	5,3	(376)
12 - 19	5,3	(545)
20 - 25	23,8	(84)

G.L. = 1

DIFERENÇA ENTRE 12-19 vs 20-25 - $\chi^2=35,24$	$p<0,001$
DIFERENÇA ENTRE 12-15 vs 16-19 - $\chi^2=0,0009$	N.S
DIFERENÇA ENTRE 12-15 vs 20-25 - $\chi^2=18,89$	$p<0,001$
DIFERENÇA ENTRE 16-19 vs 20-25 - $\chi^2=24,72$	$p<0,001$

ANEXO 16

INCIDÊNCIA PERCENTUAL DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO
DE ACORDO COM A IDADE DA GESTANTE

IDADE DA GESTANTE	INCIDÊNCIA DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO %	N
12 - 15	4,1	(169)
16 - 19	2,3	(376)
12 - 19	2,9	(545)
20 - 25	14,2	(84)

G.L. = 1

DIFERENÇA ENTRE 12-19 vs 20-25 - $\chi^2=22,04$ $p<0,001$
DIFERENÇA ENTRE 12-15 vs 16-19 - $\chi^2=1,25$ N.S
DIFERENÇA ENTRE 12-15 vs 20-25 - $\chi^2=8,31$ $p<0,01$
DIFERENÇA ENTRE 16-19 vs 20-25 - $\chi^2=22,28$ $p<0,001$

ANEXO 17

INCIDÊNCIA PERCENTUAL DE PACIENTES SEM PATOLOGIA
DE ACORDO COM A IDADE DA GESTANTE

IDADE DA GESTANTE	INCIDÊNCIA DE PACIENTES SEM PATOLOGIA	
	%	N
12 - 15	40,8	(169)
16 - 19	52,9	(376)
12 - 19	49,2	(545)
20 - 25	36,9	(84)

G.L. = 1

DIFERENÇA ENTRE 12-19 vs 20-25 - $\chi^2=4,39$ $p<0,05$
DIFERENÇA ENTRE 12-15 vs 16-19 - $\chi^2=6,82$ $p<0,01$
DIFERENÇA ENTRE 12-15 vs 20-25 - $\chi^2=0,36$ N.S.
DIFERENÇA ENTRE 16-19 vs 20-25 - $\chi^2=7,04$ $p<0,01$