

*João Luiz de Carvalho Pinto e Silva*

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

*Tese de doutorado apresentada  
à Faculdade de Ciências Médicas  
da Universidade Estadual de  
Campinas - Cursos de Pós-Gradua  
ção.*

*Orientador: Professor José Aristodemo Pinotti*

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

*A meus pais,*

*Cristina*

*Alessandra*

*Marcela e*

*Luiz Gustavo*

"Na primeira noite eles se aproximam  
e roubam uma flor  
do nosso jardim.  
E não dizemos nada.  
Na segunda noite, já não se escondem:  
pisam as flores,  
matam nosso cão,  
e não dizemos nada.  
Até que um dia,  
o mais frágil deles  
entra sozinho em nossa casa,  
rouba-nos a luz, e,  
conhecendo nosso medo,  
arranca-nos a voz da garganta.  
E já não podemos dizer nada".

de

Eduardo Alves da Costa

## AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram para que este trabalho pudesse ser executado.

Destacar a intensidade desta participação é tarefa difícil, porque ameaça hierarquizar importância, como se a ajuda mais simples, não fosse absolutamente indispensável.

É fundamental, entretanto, que registre meus sinceros agradecimentos:

Ao Professor José Aristodemo Pinotti, pela orientação, apoio incondicional e estimulante convivência.

Ao Professor Anibal Faundes, pela permanente boa vontade e disposição intelectual.

Aos Drs.: José Hugo Sabatino, José Carlos Gama da Silva, Oswaldo da Rocha Grassiotto e Ângela Maria Bacha, pelo apoio desinteressado e pelo meu espaço que ocuparam.

A bibliotecária Marisabel Regina Rodrigues do Amaral, por sua orientação profissional.

A Srta. Rita Padula e Sr. Ronaldo Araki pelo processamento dos dados.

A Sra. Mauriza Gomes de Oliveira Coghi e Sra. Neusa Maria Ferreira, que nas diferentes etapas do trabalho prestaram ajuda eficiente e dedicada.

Ao meu sogro, Edmundo Ponzio que me desenhou os gráficos, e a minha mulher, pela paciência de revisão e datilografia das muitas provas.

Finalmente, quero agradecer com especial carinho a secretária Lúcia Helena Eduardo Alves de Oliveira, que transcendendo a excelência profissional, misturou a seu trabalho, uma paciência inesgotável e emocionante dedicação.

## S U M Á R I O

|                             | Páginas |
|-----------------------------|---------|
| INTRODUÇÃO.....             | 01      |
| MATERIAL E MÉTODOS.....     | 14      |
| RESULTADOS.....             | 25      |
| DISCUSSÃO.....              | 52      |
| COMENTÁRIOS FINAIS.....     | 103     |
| CONCLUSÕES GERAIS .....     | 107     |
| CONCLUSÕES ESPECÍFICAS..... | 108     |
| BIBLIOGRAFIA .....          | 110     |
| ANEXOS                      |         |

---

I N T R O D U Ç Ã O

---

Adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por marcantes transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais.

Marcondes aceitando este conceito propõe que "as borradas fronteiras desta fase da vida estender-se-iam dos 10 aos 25 anos de idade" (72).

Segundo relatório de especialistas da Organização Mundial de Saúde, a adolescência corresponderia ao período da vida situado entre 10 e 19 anos com dois sub-períodos de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. Os referidos especialistas introduzem também, o conceito de juventude como sendo o período compreendido entre 15 e 25 anos de idade. Assim, o hipotético limite superior da adolescência antes referido de 25 anos, melhor se ria o limite da juventude, já que a adolescência terminaria mesmo aos 20 anos de idade. De qualquer modo, e com propósitos de simplificar esta intrincada questão de conceitos e limites, foi proposto que os limites fixados pela OMS (10 a 19 anos de idade) certamente correspondem a um consenso médio sobre a du ração da adolescência (90).

Uma definição que fôsse exclusivamente biológica e que assinalasse o início da adolescência por meio de algum parâmetro da puberdade e fixasse seu término com a capacidade de re produzir de maneira efetiva, deixaria de lado considerações so ciais de grande importância.

Na maioria das culturas, o começo da adolescência rela ciona-se com o início da puberdade, mas os critérios utiliza -

dos para determinar seu limite superior, estabelecem-se de modo muito diversificado.

Entretanto, emerge da observação universal dos fatos um denominador comum: o adolescente já não é mais uma criança, embora a sociedade se recuse a aceitá-lo como um verdadeiro adulto. Em diversas sociedades são atribuídas determinadas funções, responsabilidades e prerrogativas à idade adulta, e à medida que o indivíduo as assumisse, abandonaria a adolescência.

Com a progressiva complexidade das culturas, a estréia na idade adulta retarda-se cada vez mais, aumentando assim, o tempo de estacionamento neste período, já dilatado pela tendência secular da puberdade mais precoce.

Para os fins que se propõe este trabalho entende-se preferível a utilização de uma definição cronológica da adolescência, ampla o suficiente para que se possa estendê-la aos diversos contextos sócio-culturais que lhe servirão de comparação. Os limites de idade propostos por especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS), são fixados entre 10 a 19 anos e parecem abarcar a maioria dos acontecimentos antes mencionados (94).

### Importância do problema

Os estudos sobre a adolescência têm suscitado crescente interesse mundial nas últimas décadas, deixando de ser apenas uma curiosidade de grupos profissionais isolados, para merecer a preocupação de governos e organismos internacionais.

A Organização Mundial de Saúde reconheceu sua importância no desenvolvimento global de todos os países, ao estabelecer a necessidade de aprofundar-se o diagnóstico da situação e de elaborar planos inter-setoriais de proteção e promoção do bem-estar dos grupos juvenis.

Em particular, um aspecto da saúde dos adolescentes que apenas se tem prestado a atenção e que de alguns anos para cá preocupa cada vez mais, tanto em plano nacional como internacional, é o comportamento reprodutor deste grupo etário e em especial o problema das conseqüências fisiológicas, psico-sociais e jurídicas da gravidez e do aborto na adolescência.



Como parte de um programa mais vasto para identificar problemas atinentes à saúde e organizar serviços relacionados aos setores da reprodução humana, a sexualidade humana e o aborto, a OMS reuniu-se em 1975 em Genebra para:

- a) examinar a situação atual em relação a gravidez e ao parto de adolescentes em diferentes meios culturais;
- b) identificar as variáveis que influem sobre a atividade sexual e reprodutora na adolescência;
- c) identificar as seqüelas e as consequências imediatas e tardias de gravidez e do aborto na adolescência e;
- d) revisar as investigações iniciadas ou previstas, assim como as necessidades de serviços (90).

Qualquer avaliação à respeito do problema para a caracterização da situação atual será feita inevitavelmente sobre a base de dados insuficientes e empíricos, acompanhados de algumas informações anedóticas. A maioria dos estudos realizados até esta data reflete a situação em algumas sociedades industrializadas e, ainda nestes estudos, as disparidades da metodologia utilizada dificultam sobremaneira a análise comparativa das observações.

Assim, encontramos na literatura das duas últimas décadas, uma série enorme de trabalhos que em última análise poderiam ser resumidos em 3 tipos principais:

- a) o primeiro deles que faz uma avaliação global de tudo que foi descrito até então, caracterizando uma autêntica revisão bibliográfica;
- b) o segundo que particulariza um determinado aspecto do problema e examina a literatura afim, e,
- c) o terceiro e último, que apresenta uma síntese pessoal teórica do problema, baseada em seus próprios dados de experiências vivenciadas.

Pode-se então coligir abundante e variadíssima gama de pontos de vista, opiniões, teorias e experiências que emolduram a abordagem do problema da gravidez na adolescência.

#### Quantificação do problema

Em 1975, das 60 milhões de mulheres que foram mães, quase 13 milhões eram adolescentes. Entre as jovens, os padrões

de atividade sexual e gravidez variam segundo a tradição e a cultura e a proporção de partos entre mulheres de 10 a 19 anos de idade varia de 2 a 23% conforme o país considerado. Mas as evidências revelam que a gravidez precoce está aumentando em todas as partes, surgindo em alguns países como um grave problema e em outros já alcançando cifras decididamente alarmantes (89).

McAnarney, em 1978 (77), afirma que a gravidez nesta fase da vida humana, representa o maior problema de saúde dos Estados Unidos na atualidade. Revela que de acordo com estatísticas nacionais, no ano de 1975, houve aproximadamente 900.000 gravidezes em mulheres com menos de 20 anos de idade, sendo que 600.000 evoluíram até o termo e 300.000 terminaram em abortos.

Dados recentes do "National Center for Health Statistics" revelam que 1 de cada 5 nascimentos e 1 de cada 3 abortos consumados, são originados de mulheres com menos de 20 anos de idade.

Segundo dados coligidos por Hunt (53) em 1976, diretamente dos Demographic Yearbooks de 1968 a 1974, publicados pelas Nações Unidas, os partos de mulheres de menos de 20 anos representam crescente proporção de todos os nascimentos, não só nos Estados Unidos mas em muitas outras nações industrializadas e em desenvolvimento. Na Rússia por exemplo, passaram de 3,3% do total (1963) para 8,8% (1973), na República Democrática Alemã de 13,6% (1963) para 23% (1972), na Itália de 4,1% (1963) para 9,2% (1970) e na Iugoslávia de 8,3% (1963) para 14,4% (1972). Constatam-se sistemáticas elevações em muitos países da Ásia, África, Américas Central e do Sul. Assim que o México, El Salvador, Trinidad, Bolívia, Chile, Colombia, Venezuela, Filipinas, Formosa, Argélia, Madagascar entre outros, apresentam cifras em ascensão em períodos não superiores a 10 anos de observação e que vão desde 4,5% (Formosa, 1964) até 23,2% (Madagascar, 1972). Raros são os países que apresentam tendências de redução em suas taxas, como Cuba de 19,1% (1966) para 16,9% (1968), República Dominicana de 13% (1967) para 10,8% (1972), Dinamarca 11,8% (1963) para 6,8% (1972) e Suécia 11,7% (1963) para 7,5% (1973).

No Brasil, a população de adolescentes estimada para

1980 foi de 28.149.000 (de 10 a 19 anos) o que representa 21,4% da população total. Os dados relativos a gravidez e parto nes ta faixa etária são poucos e rarefeitos.

Durante o ano de 1979 na Maternidade da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 22,6% dos partos ocorridos foram originados de adolescentes. Em 1977 e 1978 estas cifras eram absolutamente semelhantes. Valente (127) aponta 16,8% de partos de mulheres até 18 anos de idade na Maternidade-Escola da Vila Nova Cachoeirinha em São Paulo entre 1972 e 1974.

### Repercussões não médicas da gravidez na adolescência

Segundo Osofsky (94), existe em disponibilidade uma sé rie enorme de dados que tende a demonstrar que a gravidez na segunda década da vida representa um risco individual de vários pontos de vista. Com poucas exceções, dados nacionais e interna<sup>ci</sup>onais indicam que a gravidez na adolescente acompanha-se de muito mais dificuldades que as gravidezes em geral. Salienta que se tem comprovado complicações obstétricas feto-neonatais e in<sup>fan</sup>tis, incluindo maior mortalidade materna.

Intuitivamente porém, não parece descabido considerar que os riscos não médicos da gravidez na adolescência sejam tão grandes, ou até mesmo maiores que os riscos médicos acima assinalados. É fácil imaginar o desespero, o medo e a insegurança de uma adolescente solteira ao descobrir que está grávida.

Apesar da manifesta liberalização das atitudes nos últimos anos, a gravidez nesta faixa etária continua sendo por complexas razões sociais, econômicas e culturais, uma fonte de tensão para a adolescente e seu círculo familiar imediato.

Independentemente do meio cultural ou social em que se produza, a gravidez desejada ou não, desempenha um papel fundamental na determinação das futuras oportunidades da jovem. Particularmente no caso das mães solteiras, observou-se que pre cipita e amplia uma série de acontecimentos que se combinam pa ra desorganizar a harmonia do desenvolvimento pessoal da adoles<sup>cente</sup> e de sua vida familiar (90).

No plano educacional poucos sistemas de ensino têm previstas condições para acomodar as jovens grávidas ou com

filhos nas atividades normais da escola.

No plano familiar as pressões sociais dificultam habitualmente a adaptação de uma gravidez de uma filha, incapacitando a família a prestar-lhe o apoio que necessita.

Klein (61) faz referência a "Syndrome of failure" observada em grande número de gestantes jovens atendidas no Grady Memorial Hospital de Atlanta. Esta síndrome inclui falha em assumir suas funções de adolescentes, de cumprir suas obrigações escolares, de constituir famílias estáveis, de auto-estruturar-se e de criar seus filhos com saúde.

Existe uma idéia preconcebida de que os problemas relacionados à gravidez na adolescência teriam menor relevância em jovens pertencentes a classes sócio-econômicas mais baixas. Para Osofsky (94) esta generalização não é segura. Não considera que mães economicamente desfavorecidas aceitem mais facilmente a gravidez da filha e admitam sem resistências mais intensas o papel de criar aos netos. Ainda que boa proporção de futuras avós aceite a gravidez, a maior parte não a admite e a revolta parece ser a resposta parental mais freqüente.

Esta reação inicial pode ser suficientemente intensa para descontrolar a jovem e reforçar o seu desejo de fugir de casa. Acompanham estes sentimentos iniciais a vergonha, o sentimento de culpa, a expectativa da reação dos vizinhos e amigos, as aspirações fracassadas da família e de sua descendência, a sensação de culpabilidade, a dúvida à respeito do desempenho educacional familiar que teria contribuído para o aparecimento inadvertido da gravidez.

Depois da gravidez persistem as dificuldades e as necessidades de ajuda. Se a jovem mãe fica com o filho muito provavelmente precisará apoio para ajustar-se às pressões da realidade e às necessidades imediatas de seu filho.

Não raro, é difícil o relacionamento inicial mãe-filho e de fundamental importância será o amparo familiar para que se promova o melhor desenvolvimento da criatura. Ao mesmo tempo deve reconhecer-se que existem suas próprias necessidades de adolescentes ainda em evolução, perturbada pela educação interrompida, pelo prejuízo de suas aspirações pessoais e pela presente necessidade de recuperar as relações com seus companheiros. Se a jovem mãe abandona seu filho à adoção, não será difí

cil imaginar a possibilidade de aparecerem conflitos outros que podem marcar profundamente sua estrutura emocional. Se decide abortar, poderá persistir certo grau de sensação punitiva e de tristeza, assim como pressões psicológicas de difícil resolução.

Deve-se levar em conta que a jovem não é a única pessoa para a qual a gravidez não desejada representa uma tensão. Para a família em particular, as diversas opções implicam atividades e decisões cujas consequências podem ser de longo alcance. Especialmente no caso do aborto, pode ser difícil a aceitação da decisão e a reabilitação subsequente. A capacidade da família para adaptar-se pode por sua vez influir na sua própria capacidade de assistir à jovem.

Entretanto, a margem de opções varia de modo considerável entre uma sociedade e outra, dentro da mesma sociedade e no curso do tempo.

Em muitos países em desenvolvimento e dentro de certos meios sub-culturais destes países, não se pode por exemplo optar-se pelo aborto legal, tornando-se portanto maior a tendên-cia a se recorrer ao aborto ilegal. Por outra parte, em muitos países as relações sexuais e as gravidezes extra-matrimoniais são quase requisitos indispensáveis para contrair matrimônio e a maternidade extra-conjugal não é considerada como um estigma.

Os diferentes elementos que intervêm na eleição dos procedimentos relacionados são muito patentes em países caracterizados por estruturas de classes bem desenvolvidas. No Reino Unido, por exemplo, as jovens da classe média podem resolver o problema por meio do casamento, enquanto que as da classe trabalhadora recorrem com este fim à adoção da criança e sua incorporação à família e as pertencentes aos meios profissionais tendem a buscar solução no aborto terapêutico (90). Em cada caso portanto, pode diferir a gama de opções individuais e a adoles-cente opta de acordo com a situação cultural concreta em que vive.

Para calcular a natureza das consequências psico-sociais de qualquer desenlace, há que se manter dentro do contexto de todos os desenlaces possíveis. Como seria natural esperar-se a este respeito se tem feito ênfase nas consequências psico-sociais da gravidez não desejada e do aborto; entretanto, uma avaliação

completa e mais justa exigiria uma análise que não omitisse de consideração as diversas perspectivas inerentes às peculiaridades de cada ambiente onde estão sendo consideradas.

### Considerações sobre o risco da gravidez na adolescência

Segundo Luz (1975) (69) Gestação de alto risco (GAR) é denominação que já se tornou companheira quotidiana dos que lidam com saúde materno-infantil.

Diferentes autores citam em seus trabalhos originais diversas definições de GAR.

Segundo Belfort (13) GAR é "termo cunhado por Hon e Nesbitt em 1968 para referir a inadequacidade que o ambiente materno oferece, eventualmente, ao feto ou condições patológicas inerentes ao próprio ovo".

Rodrigues Lima, citado por Luz, considera assim "toda gestação que por causas diversas se caracteriza por mau prognóstico no que tange às condições fetais e do recém-nascido". Para Rezende seriam "as prenhez com prognóstico pejorativo para o conceito".

Babson e Benson, propõem definição em 1973 traduzida por Pinotti, em que "GAR é aquela na qual o feto apresenta chance significativamente maior de morte, tanto antes como depois do parto, ou de seqüela posterior".

Qualquer que seja a definição considerada entre as muitas existentes, a rigor nenhuma resiste às críticas que consideram as amplitudes de seus próprios limites. A mais pertinente, talvez, a nosso juízo, é a habitual desconsideração de que são possuídas sobre as repercussões físicas e principalmente psíquicas e sociais a que a gestante está submetida. Neste sentido aderimos à definição de Deslacio e Almeida (30) que considera "risco gravídico como sendo a oportunidade à agravos físicos, psíquicos e sociais a que estão expostos a gestante e o feto", e que tem a ciência de reunir a interferência bilateral a que em algumas circunstâncias estão, mãe e conceito, envolvidos.

Nos últimos anos, os estudiosos de reprodução humana, de fisiologia e obstetrícia em particular, têm feito proposições de critérios que visam a quantificar o risco a que um determinado feto está sujeito durante determinada gestação.

Destes critérios, organizados em tabelas, "scores", con tagens, pontuações ou simplesmente listas, destacamos o ponto central de nosso interesse no momento, que é a idade da mãe co mo fator de risco.

Papiernik (95) ao conceituar o risco materno-fetal no início da gravidez dá especial relevância à idade da mãe, an o tando "risco zero" à mulheres entre 20 e 29 anos e "risco vin te" (máximo na categoria) para mulheres com 15 anos ou menos. Pa ra aquelas entre 15 e 19 a pontuação cai para 10, semelhante ao risco conferido a mulheres idosas (mais de 35 anos).

Dos mesmos critérios utiliza-se Nesbitt (86), co inci dindo inclusive numericamente na relevância com que se destaca a idade da mãe como fator de risco.

Jã Rodrigues de Lima sem hierarquizar quantitativamente o risco observa maiores problemas para ges tação de mães com me nos de 18 anos de idade.

Fuente e cols. (40) concordam com este limite, classifi cando o fator idade entre situações de risco de diagnóstico in direto.

Stembera (118) comparando o fator de risco com contro les chamados "normais" também fixa a idade perigosa abaixo de 18 anos.

Gold (42) observando as características da paciente de risco propõe limites inferiores a 16 anos de idade.

Marmol (73) prefere, à exemplo de Perkin (97), considerar o risco que chama de "reprodutivo" em mulheres não grávidas. O primeiro identifica jovens de menos de 17 anos como indiví - duos inadequados à concepção e o segundo divide a faixa de ado - lescentes em 2 subgrupos: até 16 (atribui 2 pontos) e entre 17 e 19 (atribui 1 ponto) - ambos apresentando em seu conceito, alto risco reprodutivo.

A observação da inesgotável literatura pertinente desta ca duas situações dignas de realce: a presença quase constante da gravidez na adolescente como fator de risco e as variações de limites de idade nesta faixa etária em que este risco passa a ser considerado.

Ora, a quantificação do risco tem como objetivo termi - nal a seleção de grupos de indivíduos de características espe - cialmente semelhantes e que por este mesmo motivo ensejam ní

veis de atenção particularizados. Considerando a impossibilidade de se controlar o peso de cada variável interveniente em circunstâncias tão diferentes de apreciação com finalidades comparativas, não causa surpresa a aparente incongruência dos limites relacionados. Apesar destas considerações, o fator idade aparece invariavelmente ligado à presença do risco.

Esta constatação levou a equipe do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas a considerar, na elaboração de seus critérios de risco que servissem à detecção de grupos especialmente vulneráveis, atitudes muito simplificadas de trabalho, desvinculadas de "scores" fechados ou pontuações discriminantes, para que servissem não só à agilização do sistema de atenção interno vigente, como a serviços externos de atenção primária que optassem pelo modelo.

Assim é que, a idade da mãe, particularmente daquela em plena etapa adolescente do seu crescimento e desenvolvimento, está relacionada segundo nossos critérios de modo bastante consistente a perigos de ordem biológica (médica) que caracterizam a chamada Gravidez de Alto Risco.

#### Repercussões médicas da gravidez na adolescência

Os estudos sobre as complicações médicas da gravidez têm sido dificultados pelas divergências nas definições dos transtornos investigados, pela diversidade das populações estudadas e dos métodos utilizados. Em parte, como consequência dessas variações divergem também as apreciações da gravidade e incidência das complicações da gravidez e do parto, se bem que cada vez hajam mais provas de que os riscos das meninas mais jovens são particularmente diferentes.

Uma constatação que emerge destes estudos é de que todas as gravidezes não estão sujeitas aos mesmos riscos. Idade, raça, estado sócio-econômico, condição civil, paridade e cuidados pré-natais atuam sinergicamente.

Os padrões de interação destes fatores são complexos e ainda não completamente compreendidos. Os estudos de gravidez na adolescência devem ser examinados cuidadosamente, para que suas relações sejam consideradas não só à luz das idades dos



sujeitos e controles, mas também de sua paridade, escolaridade, estado civil, cuidados pré-natais e outros fatores intervenientes.

A variedade e contradição de conclusões que habitualmente se observam podem ser explicadas parcialmente pelas diferenças nas definições que são utilizadas. Em relação à idade das pacientes consideradas, por exemplo, podemos afirmar que há fortes evidências, de que os riscos de saúde de uma grávida de 12 anos são diferentes daqueles de uma de 19 anos. Quanto à caracterização conceitual de algumas enfermidades, a toxemia gravídica, por exemplo, freqüentemente associada à gestantes adolescentes, não tem definição de consenso universal: alguns consideram apenas a hipertensão que surge no último trimestre e período puerperal, outros incluem hipertensão anterior ao período pré-natal e alguns ainda apenas as que apresentam manifestações mais significativas, tais como pré-eclâmpsia e eclâmpsia. A comparação destes resultados torna-se portanto, difícil e inexata.

O tamanho da amostra é outro elemento complicador da avaliação comparativa de resultados. Estudos que incluem só as adolescentes muito jovens ou jovens primíparas apresentam geralmente dimensões pequenas, usualmente não maiores de 150 pacientes. Raros são aqueles como o de Israel (55), que combinando amostras de dez hospitais, compôs uma significativa população de 3.995 mulheres menores de 20 anos, ainda que só 100 delas com 14 anos ou menos.

Apesar destas ponderações, a insistência e coincidência com que determinados aspectos especiais aparecem relacionados apontam definitivamente a transcendência de sua consideração.

Admite-se que a gravidez aumenta o risco da mortalidade materna nas idades extremas do período reprodutivo (36, 88, 94). As cifras de mortalidade são altas para mães menores de 20 anos, chegam ao mínimo na faixa dos 20 aos 30 anos e a seguir voltam a aumentar até o final dos anos férteis. Este padrão é comum a países desenvolvidos e em desenvolvimento. Embora seja possível reduzir as taxas de mortalidade resultantes de complicação obstétrica controlando-se fatores sócio-econômicos como nutrição e cuidados pré-natais, o fator idade materna continua influenciando sobre o risco de forma isolada e independente. Para a mulher de menos de 20 anos de idade, a mortalidade parece ser

inversamente proporcional à idade, porém os limitados dados disponíveis e a combinação de mulheres de menos de 20 anos numa só categoria, não permitem uma conclusão definitiva a respeito.

Existe na literatura um grande número de trabalhos que relaciona uma série enorme de complicações obstétricas para pacientes adolescentes. Assim, encontramos referências à insuficiência de cuidados pré-natais (75, 127), hemorragias do 1º e/o 3º trimestres (106), anemias severas (88), complicações do trabalho de parto (125), incluindo o trabalho de parto prolongado e difícil (33, 34) e desproporção céfalo-pélvica (25, 33). Discinésias uterinas são particularmente enfatizadas (56), assim como hemorragias e lacerações perineais (16, 56).

Outras complicações de índole obstétrica são menos frequentemente relacionadas, tais como ruptura prematura de membranas, lesões traumáticas do colo e infecções no período puerperal.

Entretanto, a toxemia gravídica, incluídas a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, representa a patologia mais frequentemente apontada como complicação da gravidez da adolescente (25, 33, 34, 109). Chesley (23) considera a alta incidência encontrada neste grupo como estando relacionada ao inadequado desenvolvimento da vascularização uterina, embora admita o caráter especulativo deste conceito. Acrescenta, ademais, citando Hinselmann, que primigrávidas - condição habitual entre adolescentes - são 8 vezes mais passíveis de desenvolver eclâmpsia que as múltiparas. Destacando a importância da paridade, MacGillivray (70) encontrou uma redução da incidência de pré-eclâmpsia em 516 mulheres que completaram a segunda gravidez seguida de abortos na primeira, quando comparadas com primigrávidas.

Bataglia (12) comenta que a grávida muito jovem constitui um problema não só do ponto de vista obstétrico, como também do ponto de vista pediátrico. Crianças de mães adolescentes apresentam uma alta incidência de prematuridade e baixo-peso ao nascer e índices de mortalidade e morbidade mais elevados que os de filhos de mães pertencentes a grupos etários acima de 20 anos (2).

É importante considerar que baixo-peso ao nascer segundo a Organização Panamericana de Saúde é uma das causas mais importantes a contribuir para os altos índices de mortalidade

neonatal e infantil na América Latina.

Segundo Puffer (104) existe uma maior associação entre mortalidade da criança e idade da mãe no caso de gestantes adolescentes que no grupo de mulheres idosas. Em 1973 na cidade de Ribeirão Preto (SP - Brasil) a mortalidade neonatal tardia das mães adolescentes foi de 36.2 contra 28.2 das não adolescentes, enquanto que na cidade de São Paulo (SP - Brasil), a diferença foi de 52.3 para 33.7. A mesma tendência foi observada em relação à mortalidade infantil: 72.1 contra 52.6 em Ribeirão Preto e 104.1 contra 65.1 na cidade de São Paulo.

Crianças de baixo-peso ao nascer, filhos de mães muito jovens, também têm sido associadas à defeitos congênitos e deficiências físicas e mentais, incluindo baixo rendimento escolar, epilepsia, paralisia cerebral, surdez e cegueira (57, 88, 106).

Em bibliografia selecionada, Hunt (53) destaca para o lado dos recém-nascidos maiores índices de natimortalidade, pre maturidade, baixo-peso, asfixia neonatal, infecções e doenças hemolíticas.

Entendemos que pelas considerações acima apresentadas justifica-se a preocupação de realizar em nosso meio estudo comparativo que busque determinar a elaboração de um diagnóstico voltado para a nossa realidade da situação da gravidez entre adolescentes.

A abrangência a todos os aspectos, que se entrelaçam para definir os limites do problema, ainda que fôsse idealmente a proposta mais interessante e adequada, seguramente estaria ameaçada pela sua complexidade e dificuldade de execução.

Neste sentido optamos pelo estudo dos acontecimentos eminentemente médicos do problema, acolhendo quando possível e imperioso, variáveis outras, de índole não médica, que se justificassem para a depuração mais eficiente do fato em observação.

Não pretendemos esgotar o assunto, veleidade e pretensão inadequadas à busca do conhecimento científico. Apenas procuramos destacar a relevância do problema, principalmente quando o enfrentamos sem perder a perspectiva de que a população abaixo de 20 anos de idade - incluindo crianças de menos 10 anos, que estarão incluídas na adolescência na próxima década - constitui mais da metade da população em muitas nações em desenvolvimento.

## MATERIAL E MÉTODOS

## I - MATERIAL

### I.A - População geral

Foram observados para a realização do presente estudo 2.367 partos consecutivos ocorridos na Maternidade da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas entre janeiro de 1977 e junho de 1979 e registrados de forma sistematizada segundo normas estabelecidas para a chamada "Ficha Clínica Obstétrica Pré-Codificada" (113).

### I.B - População de estudo

Compreende gestantes de menos de 20 anos de idade completos, num total de 539 pacientes, que deram à luz no Serviço, na época acima mencionada.

### I.C - População de controle

Compreende um total de 1.298 gestantes, de 20 anos a 29 anos completos, que deram à luz no Serviço, na mesma época.

## II - MÉTODOS

### II.A - Sistema de coleta de dados

Para cada paciente que teve seu parto no Centro Obstétrico, e para aquelas que ingressaram com diagnóstico de parto domiciliar, ocorrido há 6 horas ou menos do seu ingresso, foi preenchida uma "Ficha Clínica Obstétrica Pré-Codificada" (Anexo 1).

A coleta de dados foi realizada por estudantes de graduação (5º e 6º anos) e médicos residentes. Com a finalidade de facilitar o preenchimento da ficha, uniformizando os critérios e permitindo coleta de boa qualidade, utilizou-se o "Manual de Instruções" para o preenchimento da "Ficha Obstétrica", publicado internamente em junho de 1978.

Neste Manual todas as alternativas às variáveis consideradas são definidas de modo objetivo e claro, estando à disposição do encarregado do preenchimento da ficha, que o deverá ler antes da primeira coleta, e posteriormente, sempre que houver dúvidas. Exemplo, para a coluna 10, referente a estado civil define-se solteira: "é a mulher que nunca esteve casada legalmente, nem vivendo em união estável com um homem e que não vive com um companheiro atualmente".

Para que a análise dos dados obtidos produzisse informações de boa qualidade e estatisticamente confiáveis cumpriam-se portanto, os seguintes requisitos:

- Preenchimento de uma ficha para todas as pacientes, sem exceção.
- Preenchimento sistemático de uma só alternativa de resposta em cada uma das variáveis relacionadas, sem exceção.
- Utilização das definições contidas no manual para escolher a alternativa adequada para cada variável.
- Controle sistemático e contínuo da qualidade e consistência da informação registrada, por pessoal qualificado.

## II.B.- Descrição da Ficha Clínica

É um formulário de duas folhas com quatro faces. Em cada face há 2 tipos diferentes de dados a serem coletados: aqueles que ficarão registrados apenas na ficha (não codificados e não incorporados a este trabalho) e aqueles que além disso, se

rão passados para cartões perfurados (codificados).

Alguns dados correspondem às variáveis qualitativas (estado civil, tipo ruptura de membranas, malformações congênitas) e outros às variáveis quantitativas (anos de idade, altura uterina, duração do período de dilatação, peso do R.N.).

No caso de variáveis qualitativas, a ficha contém todas as alternativas possíveis e que são mutuamente excludentes (não podem haver duas alternativas, no mesmo caso), cada uma delas escrita dentro de um quadro que corresponde a um número. Nesses casos marca-se um X no quadro correspondente à resposta correta (solteira, ruptura prematura, sem malformações, seguindo os exemplos). Excepcionalmente poderiam coexistir duas alternativas, ambas corretas, como por exemplo no caso de indicação de cesárea por placenta prévia e sofrimento fetal. Nesse caso, deve-se eleger uma destas alternativas de acordo com o Manual.

#### II.C - Verificação, perfuração e arquivamento dos dados

A ficha foi preenchida na hora em que ocorreram os eventos. A primeira página foi preenchida no instante da internação e a última no momento da alta. À medida que se desenvolveram o trabalho de parto, o parto e a dequitação, foram completados os dados correspondentes.

Os dados do recém-nascido (R.N.), não coletados logo após o parto, diretamente da pessoa que assistiu ao R.N. no momento do nascimento, foram no da história clínica do Serviço de Neonatologia, tão logo quanto possível. As complicações da gravidez ou parto, da dequitação e puerpério foram preenchidas na enfermaria durante a internação da paciente, assim como foram resumidas na alta todas as informações pertinentes mais significativas.

No momento da alta, o residente responsável pela paciente procedeu uma revisão dos dados para apreciar a correção das anotações. Deu-se então, um número definitivo à ficha que passou por uma segunda correção à cargo de pessoal não médico, especialmente treinado, antes de serem distribuídas aos docentes responsáveis pelo setor para um exame final. Após esta última verificação, as fichas foram enviadas ao Centro de Computação da UNICAMP, onde se realizou a transferência dos dados para car

tões perfurados IBM e posteriormente a uma fita magnética, onde foram arquivados.

Completado o armazenamento em computador, procedeu-se à revisão e correção dos dados por meio de dois programas de computação:

- Teste de limpeza, que realiza a detecção e correção dos erros mais evidentes.
- Teste de consistência, que permite a detecção e correção das contradições entre dados de um mesmo caso.

Os erros listados através destes programas foram então revistos nas fichas originais e confrontados com os cartões perfurados, providenciando-se as correções necessárias.

Finalmente com os dados corrigidos e armazenados pode-se realizar sua análise, mediante programas especialmente preparados para obter marginais simples, cruzamento de duas ou mais variáveis, considerando as duas populações em questão: a de estudo e a de controle.

#### II.D - Variáveis maternas, fetais e neonatais selecionadas

Das 86 variáveis disponíveis no sistema, foram selecionadas as seguintes:

##### II.D.1 - Variáveis pré-concepcionais biológicas

idade materna - em anos completos.

idade da menarca - em anos completos.

número de gestações - soma de gravidezes, incluindo a atual.

número de partos - soma de todas as gestações que terminaram via vaginal ou abdominal, independente da vitalidade do produto. As gestações gemelares são contadas conforme o número de conceptos.

número de abortos - soma de abortos espontâneos e provocados.

ritmo menstrual - regular, irregular e sem menstruação.



antecedentes mórvidos - patologias apresentadas anteriormente a esta gravidez; foram consideradas alternativas mais freqüentes, para homogeneização de respostas : sem, tuberculose, sífilis, diabetes, cardiopatia, infecção urnária, hipertensão, seqüela óssea da pélvis e extremidades inferiores e outras.

estatura materna - medida com a paciente descalça, segundo técnica habitual; em centímetros.

#### II.D.2 - Variáveis pré-concepcionais sociais

estado civil - foram consideradas três categorias principais: solteira, casada e amasiada. As viúvas e as desquitadas pelo seu reduzido número, foram analisadas com as solteiras, constituindo o grupo "sem parceiro estável". As amasiadas e casadas formaram o grupo "com parceiro estável".

escolaridade - em anos completos de estudo formal. Na tabulação dos resultados foram classificadas como: sem instrução (analfabetas), com instrução mínima ( de 1 a 4 anos), básico incompleto (de 5 a 7 anos) e básico completo ou mais (de 8 a mais anos).

antecedentes de uso de anticoncepcionais (A.C.) - tratou-se de identificar o uso e o tipo de A.C. que a paciente usava antes da gestação atual; considerou-se: não uso, uso de gestágeno (pílula hormonal), suspenso por gravidez planejada, suspenso por intolerância, interrompido por gravidez não planejada, uso de DIU (dispositivos intra-uterinos), retirado por não adaptação, retirado por gravidez planejada, retirado por fracasso, outro anti - conceptivo, interrompido por gravidez planejada, intolerância ou por fracasso.

#### II.D.3 - Variáveis da gravidez

antecedentes de pré-natal - número total de consultas e mês da gestação em que iniciou o controle.

ganho de peso - diferença entre o peso habitual relatado pela paciente e o peso no ingresso, em quilogramas.

ruptura prematura de membranas - rupturas ocorridas antes do início do trabalho de parto, independente da idade gestacional.

evolução da pressão arterial - tratou-se de pesquisar a ocorrência de hipertensão e sua gravidade na gestação atual: sem, hipertensão leve, moderada e grave (provavelmente toxemia da gestação), hipertensão crônica essencial, de outras etiologias, eclâmpsia gravídica e puerperal.

infecções - buscou-se a detecção de doenças infecciosas trans-gravídica: sem, toxoplasmose, tuberculose, infecção urinária, gonorréia, viroses, estafilococcias ou estreptococcias, sífilis e outras.

#### II.D.4 - Variáveis do trabalho de parto

analgesia no período de dilatação - tratou-se de pesquisar o uso de drogas com finalidade de analgésica ou anestésica para o mesmo fim, durante o trabalho de parto; considerou-se: sem, meperidina e/ou benzodiazepínico, bloqueio epidural, bloqueio raquidiano, meperidina e/ou benzodiazepínicos + bloqueio epidural, ou + raquidiano, bloqueio epidural + raquidiano.

indicação de ocitocina - tratou-se de investigar o uso de ocitocina para indução do trabalho de parto ou durante o mesmo; considerou-se: sem, gravidez prolongada, amniorrexe prematura, infecção ovular, diabetes, condução de parto, toxemia, óbito fetal, Rh negativo e outras. Se paradamente confrontou-se a indicação "condução do parto" ocorrida nos 2 grupos.

forma de início de parto - considerou-se: início espontâneo, indução ocitócica pura, cesárea eletiva

va, Krause, Aburel, indução ocitócica + Aburel e outras. Destacou-se para análise em separado: com e sem indução ocitócica.

forma de término de parto - considerou-se espontâneo, assistido e extração em pélvicas, fórcepe, fórcepe fracassado + cesárea e cesárea. Analisou-se comparativamente partos terminados por via vaginal e abdominal e de forma espontânea ou operatória (instrumental, isto é, fórcepe e cesárea).

apresentação fetal - consideradas as alternativas, vértice, face, frente, bregmática, pélvica completa, incompleta e indefinida, cônica e outras. Foram confrontadas as fletidas, defletidas, pélvicas e cônicas.

variedade de posição - consideradas as variedades esquerdas, direitas, anteriores, posteriores e transversas. As diretas, púbicas e sacras foram excluídas.

duração do período de dilatação - consiste no tempo que transcorreu entre o início do trabalho de parto e a dilatação total (expresso em horas).

duração do período expulsivo - anotado em minutos e definido como o tempo transcorrido entre o fim do período de dilatação (10 cm) e o parto (nascimento da criança); excluíram-se os partos terminados com fórcepe e cesárea (sem expulsivo).

indicação de cesárea - estão relacionadas objetivamente as causas de operação cesariana; quando houve mais de uma indicação considerou-se aquela apontada como principal pelo cirurgião e anotou-se à margem, causas consideradas secundárias que não entraram em discussão neste estudo.

indicação de fórcepe - foram classificadas as principais indicações para o uso de fórcepe; estão individualizadas: sem, alívio, distócia de rotação, distócia de progressão e cabeça derradeira.

anestesia para o período expulsivo e/ou intervenções - tratou-se de pesquisar métodos analgésicos e anestésicos utilizados no período expulsivo ou nas intervenções, até o nascimento da criança; considerou-se sem, geral, raquidiana, epidural simples e contínua, pudenda, local, caudal, com anestesia desde o pré-parto e outras.

operações complementares menores - pequenas intervenções cirúrgicas realizadas após a dequitação: sem, episiorrafia, sutura do colo, episiorrafia + sutura do colo, sutura de desgarro vaginal, sutura vaginal + sutura do colo, sutura do colo + vagina + episiorrafia e outras.

#### II.D.5 - Variáveis do recém-nascido (R.N.)

peso do R.N. - anotou-se em gramas, medido logo após o nascimento ou no máximo até 12 horas depois.

Apgar - registrou-se o valor do teste aplicado ao 1º e 5º minutos de vida segundo descrição clássica (3) de zero a dez.

idade gestacional clínica (Capurro) - foi realizado pelo neonatólogo logo após o parto e expressa em semanas, segundo técnica descrita pelo autor (21).

morbidade neonatal ou causa de morte - investigada e anotada somente quando houve certeza do diagnóstico. Quando havia dúvidas aguardava-se a indicação do exame necroscópico. No caso de mais de um diagnóstico, só o mais importante era anotado. Sem, icterícia, fisiológica, patológica, Síndrome de Dificuldade Respiratória (S.D.R.), infecciosa, neurológica, trauma obstétrico, trauma neonatal e outras.

malformação congênica - tratou-se de pesquisar a presença ou

não de malformações congênitas; foram destacadas as seguintes: hidrocefalia, cardiopatia, mongolismo, lábio leporino, malformações detectadas por necrópsia e outras.

estado do recém-nascido - considerou-se: vivo, natimorto (ôbito fetal ocorrido acima de 20 semanas de gestação), morte neonatal até o 7º dia, morte neonatal do 8º até o 28º dia e morte acima de 28 dias.

outras definições de interesse:

$$\text{mortalidade perinatal} = 1000 \times \frac{\text{natimortos} + \text{neomortos}}{\text{nascidos vivos}} \text{ até } 7^\circ \text{ dia}$$

$$\text{mortalidade perinatal ampliada} = 1000 \times \frac{\text{natimortos} + \text{neomortos}}{\text{nascidos vivos}} \text{ até } 28^\circ \text{ dia}$$

$$\text{natimortalidade} = 1000 \times \frac{\text{natimortos}}{\text{nascidos vivos}}$$

$$\text{mortalidade neonatal precoce} = 1000 \times \frac{\text{neomortos}}{\text{nascidos vivos}} \text{ até } 7^\circ \text{ dia}$$

$$\text{mortalidade neonatal tardia} = 1000 \times \frac{\text{neomortos}}{\text{nascidos vivos}} \text{ até } 28^\circ \text{ dia}$$

#### II.D.6 - Variáveis do puerpério

complicações hemorrágicas: pesquisadas causas de hemorragia logo após o parto ou em qualquer momento do puerpério. Sem, com retenção placentária, aderências anormais, retenção de restos, inércia uterina, metrorragias puerperais (após 12 horas do parto), placenta acreta e outras.

complicações infecciosas - buscou-se determinar o foco da infecção apresentada: sem, endometri-

te, infecção da ferida operatória, mastite, tromboflebite, peritonite, sepsis e outras.

complicações cirúrgicas - anotou-se aquelas relacionadas diretamente ao ato operatório: sem, deiscência da ferida operatória, ruptura vesical e outras.

mortalidade materna - número de mortes durante a gravidez, parto e puerpério.

### III - Metodologia aplicada na análise dos dados

Para a descrição de algumas variáveis descontínuas foram utilizados: gráficos, diagramas em barra, frequência absoluta, porcentual e curvas de frequências relativas acumuladas.

Em algumas situações calculou-se média e desvio-padrão.

Utilizaram-se para a análise estatística as provas não paramétricas de contraste de hipótese de Qui quadrado ( $\chi^2$ ) e Kolmogorov-Smirnov.

Nas análises estatísticas o nível de significação (p), foi fixado em 5%. Quando o resultado foi superior a este nível, relatou-se como "não significativo" (N.S.) sem apresentar o resultado numérico, caso contrário utilizou-se a expressão "significativo" (S.) seguida da representação numérica da significação.

### IV - Restrições

IV.A - Gemelares - foram excluídas das populações consideradas as gravidezes gemelares.

IV.B - Ignorados - tratando-se de ficha manuseada por pessoal variado (estudantes, residentes e docentes), bem como, de pacientes com freqüente limitação na capacidade de informações, é relativamente grande o número de observações que estão relacionadas como ignoradas. Na apresentação dos dados, foram desprezadas as observações ignoradas em cada variável para facilitar a compreensão das informações, bem como, a apresen

tação dos resultados e sua discussão.

V - Variáveis selecionadas - algumas variáveis selecionadas foram estudadas de modo especial para sensibilizar os resultados. Assim é que idade materna à menarca, pré-natal, ocorrência de ruptura prematura de membranas, analgesia durante o trabalho de parto, tipo de analgesia utilizado, condução do parto com ocitocina, forma de término do parto, apresentação fetal, duração do período de dilatação, do expulsivo, indicação de cesáreas, estatura materna, peso do R.N., evolução da pressão arterial, complicações hemorrágicas, cirúrgicas e infecciosas, foram variáveis em que se estudou também sua ocorrência nos dois grupos sô para nulíparas (pacientes que tinham seu primeiro parto).

#### VI - Anexo

Para facilitar a apresentação dos resultados bem como , para propiciar detalhes de distribuição das 38 variáveis estudadas, algumas tabelas foram separadas em anexo.

Ao pé de algumas destas tabelas, apresentamos a análise efetuada para estas variáveis, bem como sua significação estatística.

---

## RESULTADOS

---



## RESULTADOS

### 1 - População de estudo

O gráfico 1 mostra a população geral de mulheres que deu à luz na Maternidade do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, no período de 1 de janeiro de 1977 a 31 de junho de 1979. Faz-se o destaque apropriado para a população de estudo e a população que lhe serve de controle (GRÁFICO 1).

O gráfico 2, realça apenas as populações de estudo e controle, com a distribuição porcentual ano a ano da idade das pacientes. Pode-se notar no grupo de adolescentes 9.3% de mulheres com 15 anos ou menos, 43.0% com 17 ou menos e 72.5% com 18 anos ou menos.

A distribuição das frequências absolutas e relativas dos 2 grupos encontra-se nas tabelas 1 e 2.

### 2 - Variáveis pré-concepcionais biológicas

Idade da Menarca - a média de idade da menarca no grupo de adolescentes foi  $\bar{X}_1 = 12,7$  anos (D.P.= 1.6 ) e no controle foi  $X_2 = 13,2$  anos (D.P. = 1.6).

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE IDADE DAS PARTURIENTES DA MATERNIDADE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP - PERÍODO DE 01 DE JANEIRO DE 1977 A 31 DE JUNHO DE 1979.

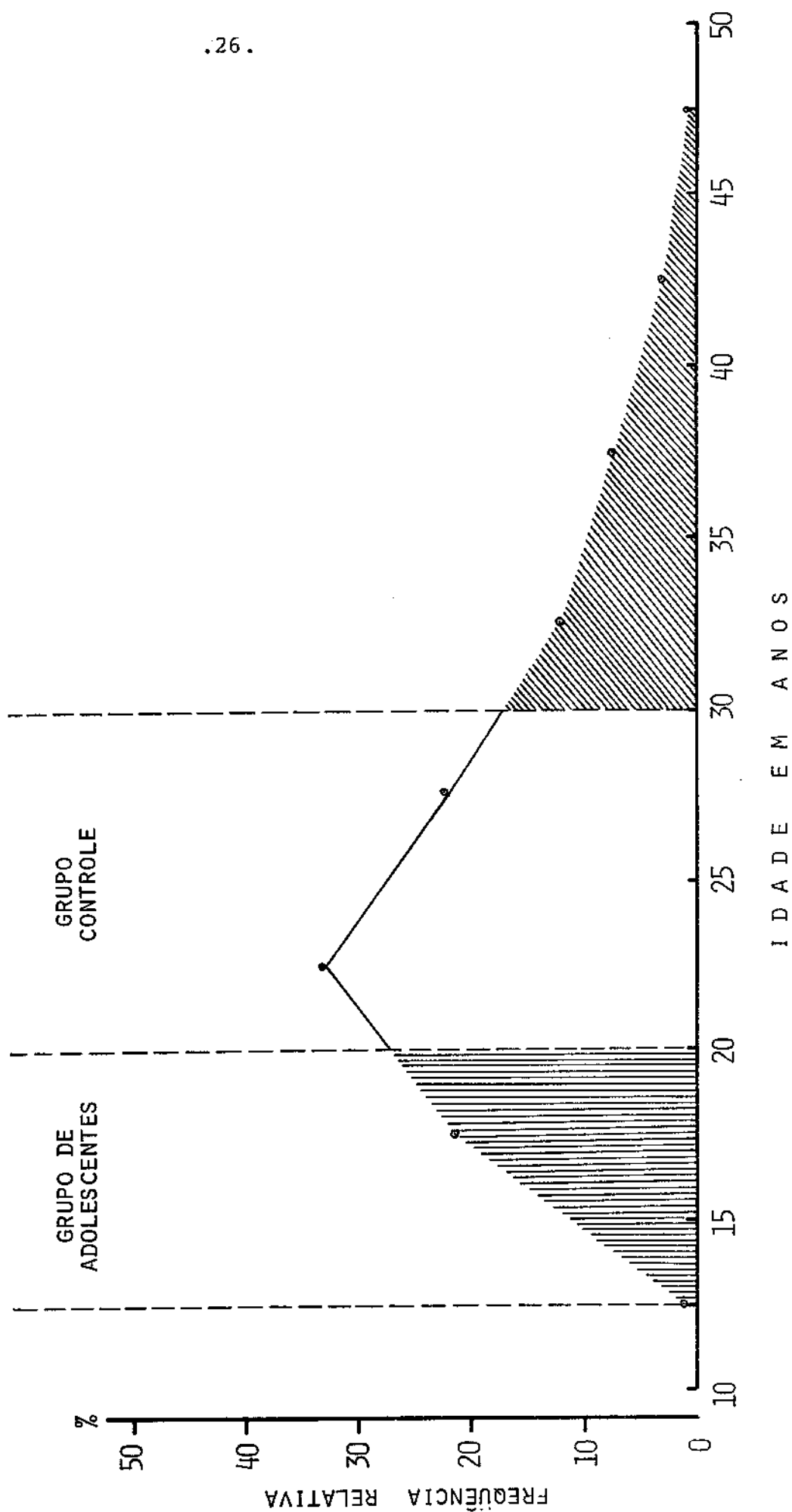


GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE IDADES DO GRUPO DE ADOLESCENTES (ATÉ 19 ANOS) E DO GRUPO CONTROLE (DE 20 A 29 ANOS).

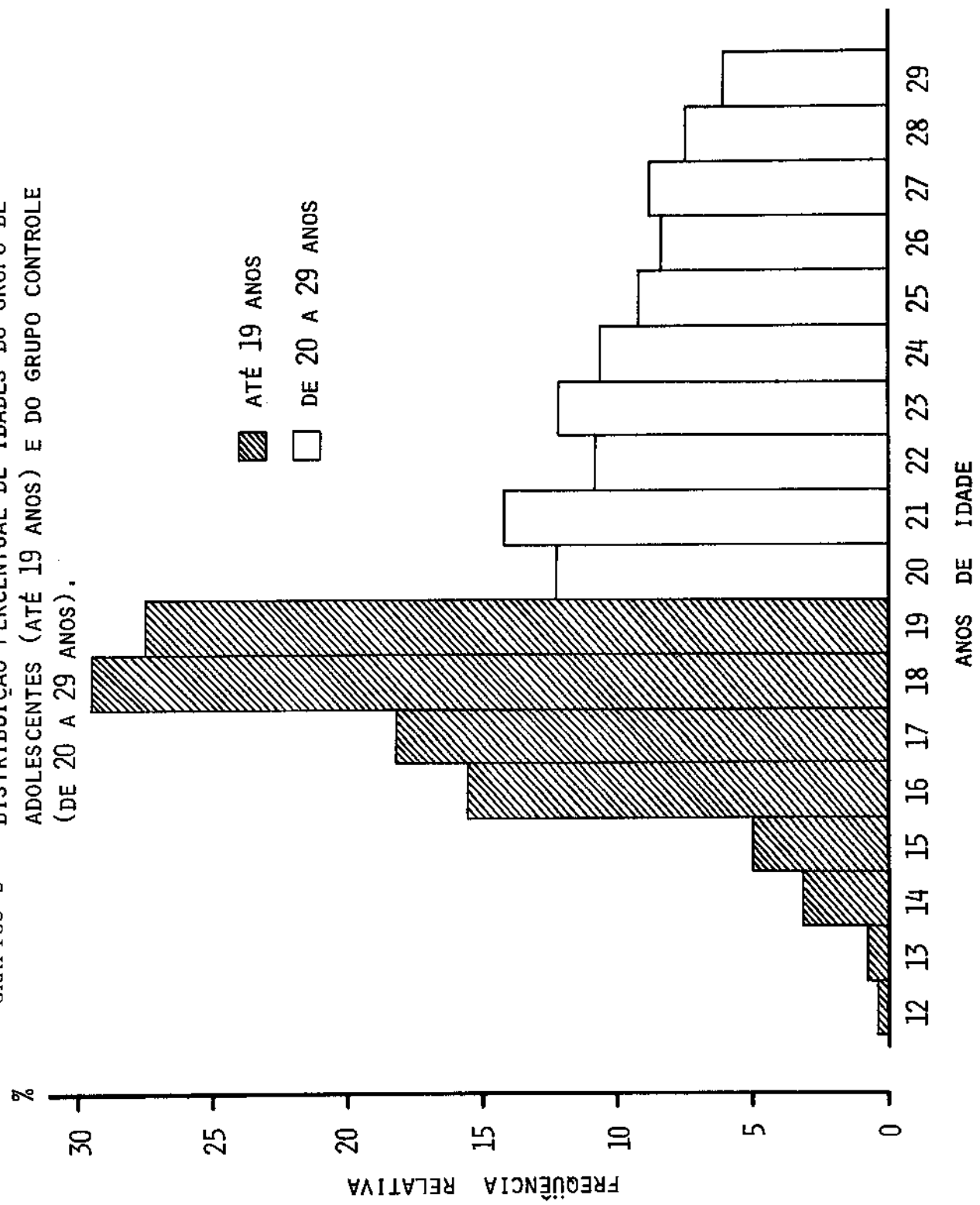


TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DE IDADE MATERNA NO GRUPO ATÉ 19 ANOS

| IDADE     | FREQÜÊNCIA RELATIVA (%) | FREQÜÊNCIA ABSOLUTA |
|-----------|-------------------------|---------------------|
| 12        | 0.37                    | 2                   |
| 13        | 0.74                    | 4                   |
| 14        | 3.15                    | 17                  |
| 15        | 5.01                    | 27                  |
| 16        | 15.58                   | 84                  |
| 17        | 18.18                   | 98                  |
| 18        | 29.50                   | 159                 |
| 19        | 27.46                   | 148                 |
| T O T A L | 100.00                  | 539                 |

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE IDADE MATERNA DO GRUPO DE 20 A 29 ANOS

| IDADE     | FREQÜÊNCIA RELATIVA (%) | FREQÜÊNCIA ABSOLUTA |
|-----------|-------------------------|---------------------|
| 20        | 12.25                   | 159                 |
| 21        | 14.18                   | 184                 |
| 22        | 10.79                   | 140                 |
| 23        | 12.17                   | 158                 |
| 24        | 10.63                   | 138                 |
| 25        | 9.24                    | 120                 |
| 26        | 8.40                    | 109                 |
| 27        | 28.78                   | 114                 |
| 28        | 7.47                    | 97                  |
| 29        | 6.09                    | 79                  |
| T O T A L | 100.00                  | 1298                |

Entre as adolescentes acumularam-se pacientes que tiveram a menarca mais precoce. O anexo 2 mostra a distribuição das idades referidas da primeira menstruação em ambos os grupos e seus percentuais respectivos. O estudo estatístico através do teste de Kolmogorov-Smirnov mostrou diferença significativa entre os 2 grupos:  $D = 0.159$ ,  $p < 0.001$  sendo que a máxima diferença acumulada entre os grupos deu-se aos 13 anos de idade (GRÁFICO 3).

Quando analisamos ambos os grupos considerando apenas as pacientes nulíparas, anexo 3, a diferença se mantém significativa (Kolmogorov-Smirnov,  $D = 0.21$ ,  $p < 0.001$ ).

Número de gestações - o número médio de gravidez no grupo de adolescentes foi  $\bar{X}_1 = 1.5$  (D.P. = 0.868) e no controle  $\bar{X}_2 = 3.3$  (D.P. = 1.868).

O Gráfico 4 mostra a distribuição do número de gravidezes nos 2 grupos. Destaca-se o maior percentual de primigestas no grupo mais jovem em relação ao controle (62.1% contra 19.2%). Ainda no grupo de adolescentes ressalta-se a presença de uma adolescente com 7 gestações, 3 com 6, 3 com 5 e 13 com 4.

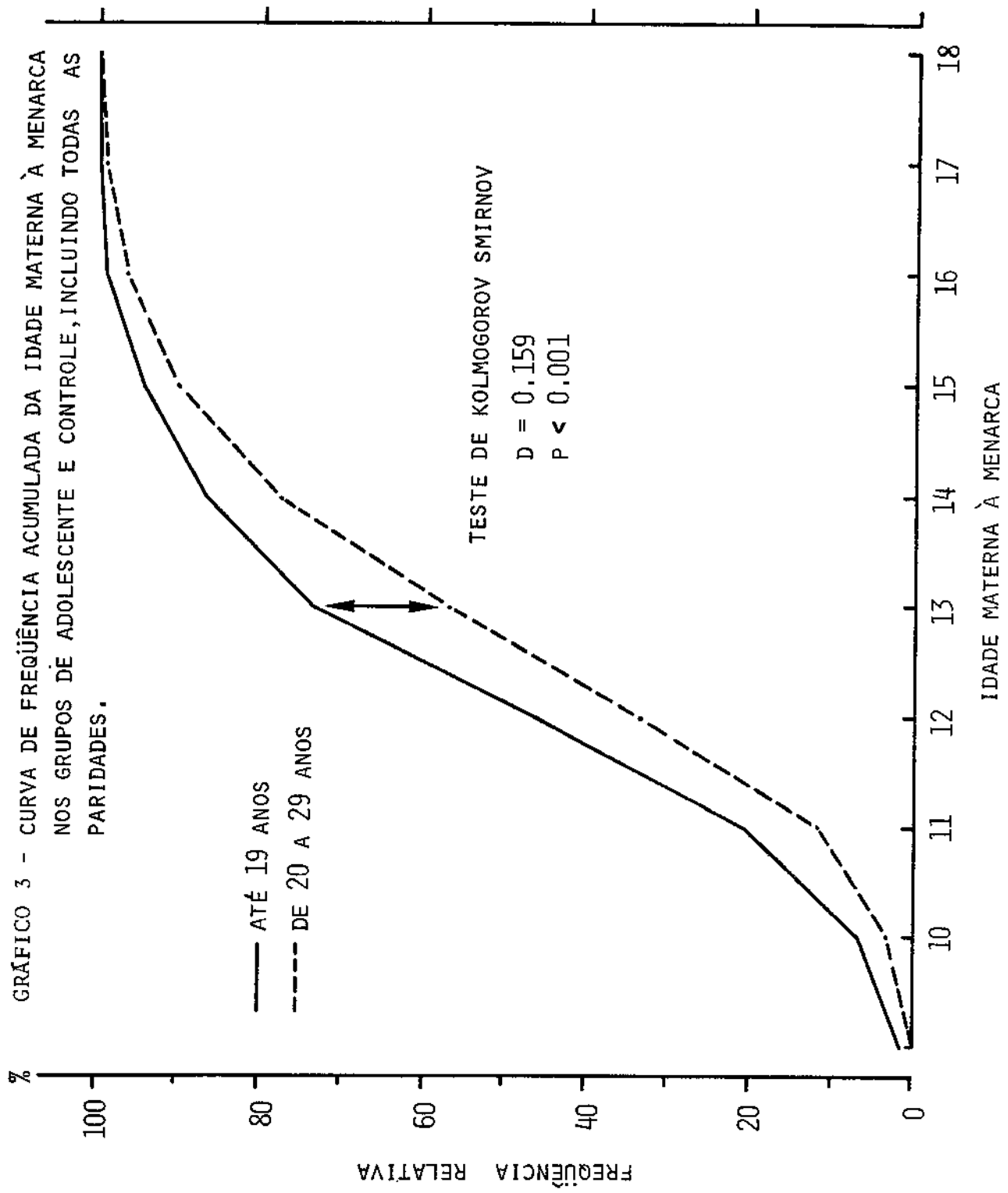
Número de partos anteriores - a paridade média no grupo até 19 anos foi  $\bar{X}_1 = 0.429$  (D.P. = 0.71) e no de 20 a 29 anos  $\bar{X}_2 = 1.914$  (D.P. = 1.68).

Pode-se observar na tabela 3 que 67.5% das adolescentes eram nulíparas contra 27.2% das nulíparas no grupo de mais idosas.

Número de abortos - a média de abortos no grupo de estudo foi  $\bar{X}_1 = 0.1$  (D.P. = 0.38) e no controle  $\bar{X}_2 = 0.3$  (D.P. = 0.688).

Nove vírgula sessenta e nove por cento de adolescentes apresentavam pelo menos 1 aborto anterior contra 23.7% das mais idosas (TABELA 4).

Duas adolescentes referiam história de 2 abortos anteriores e 1 acima de 20 anos referia 5 abortos nas gestações anteriores.



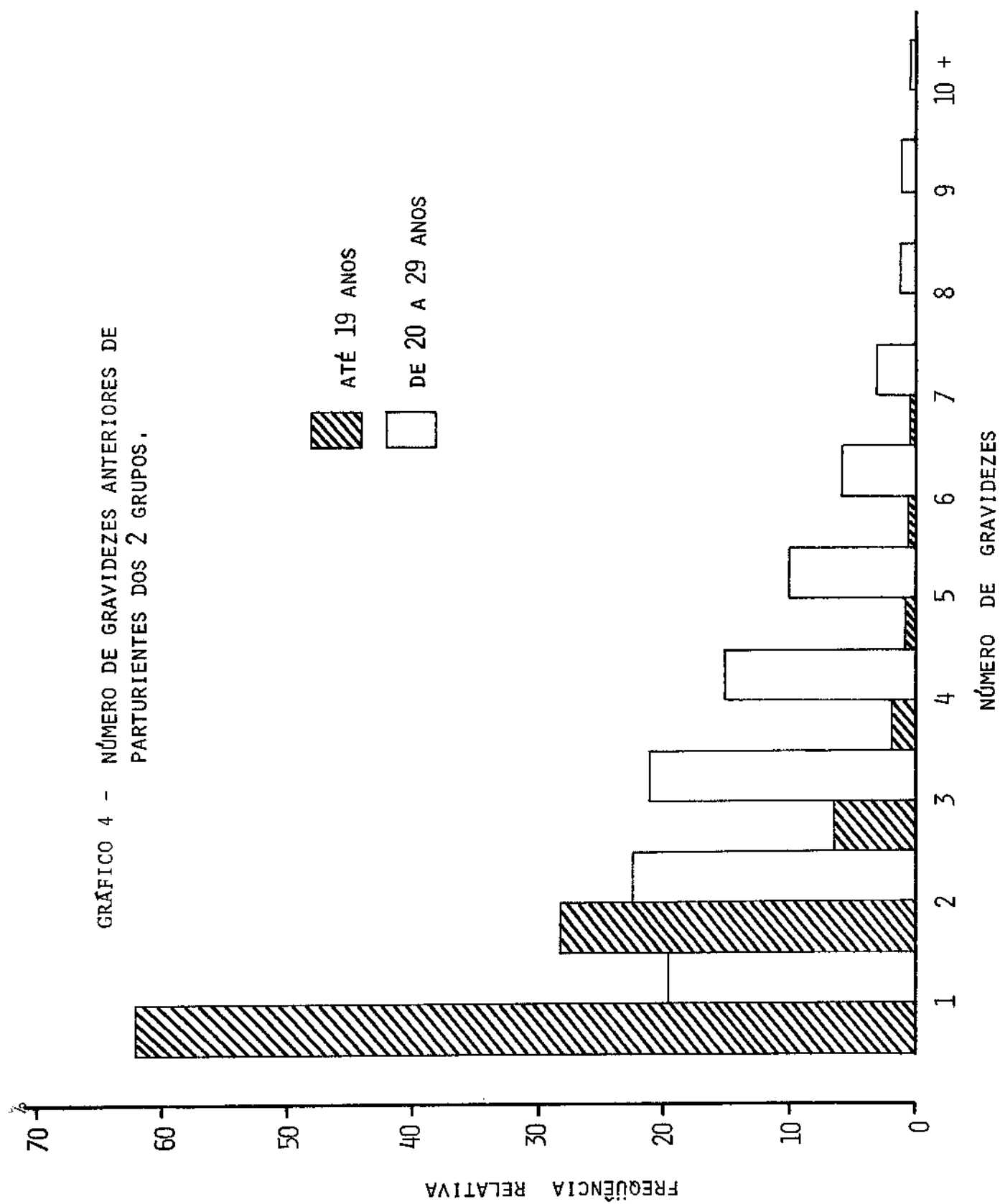


TABELA 3 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) DA PARIDADE NOS 2 GRUPOS

|                             |              | GRUPO       |       |                 |       |
|-----------------------------|--------------|-------------|-------|-----------------|-------|
|                             |              | ATÉ 19 ANOS |       | DE 20 A 19 ANOS |       |
|                             |              | F.A.        | F.R.  | F.A.            | F.R.  |
| NÚMERO DE PARTOS ANTERIORES | ZERO         | 364         | 67,53 | 288             | 27,19 |
|                             | UM           | 132         | 24,49 | 324             | 24,96 |
|                             | DOIS OU MAIS | 43          | 7,98  | 686             | 52,85 |
| T O T A L                   |              | 539         | 100   | 1298            | 100   |

TABELA 4 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) DE ABORTOS ANTERIORES NOS 2 GRUPOS

|                              |        | GRUPO       |       |                 |       |
|------------------------------|--------|-------------|-------|-----------------|-------|
|                              |        | ATÉ 19 ANOS |       | DE 20 A 29 ANOS |       |
|                              |        | F.A.        | F.R.  | F.A.            | F.R.  |
| NÚMERO DE ABORTOS ANTERIORES | ZERO   | 487         | 90,35 | 990             | 76,33 |
|                              | UM     | 43          | 7,98  | 223             | 17,19 |
|                              | DOIS   | 7           | 1,30  | 61              | 4,70  |
|                              | TRÊS   | 2           | 0,37  | 18              | 1,39  |
|                              | QUATRO | 0           | 0,00  | 4               | 0,31  |
|                              | CINCO  | 0           | 0,00  | 1               | 0,08  |
| T O T A L                    |        | 539         | 100   | 1297            | 100   |



Ritmo menstrual - os números do anexo 4 demonstram não existir diferença significativa entre a regularidade menstrual de ambos os grupos ( $\chi^2 = 0.45$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$ ).

Antecedentes mórbitos - vinte e cinco vírgula dois por cento das pacientes até 19 anos acumularam algum tipo de antecedente mórbito, contra 29.1% das do grupo de 20 à 29 anos (Anexo 5).

O estudo estatístico demonstrou, que ambos os grupos apresentaram proporções iguais de antecedentes mórbitos no passado ( $\chi^2 = 2.56$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$ ).

Quando analisamos separadamente a ocorrência de sífilis em ambos os grupos mantém-se a equivalência de proporções ( $\chi^2 = 0.03$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$ ).

Estatura materna - a distribuição da estatura da mãe, em intervalos de classe, encontra-se representada graficamente no gráfico 5. A média de altura nos 2 grupos foi de 154 cm, com D.P. = 6.87 no de adolescentes e 6.22 no controle.

O teste de Kolmogorov-Smirnov aplicado revelou que ambos os grupos tem distribuição de altura equivalente  $D = 0.06$  (Anexo 6).

Quando se faz o mesmo estudo para pacientes unicamente nulíparas, os resultados não se alteram (Anexo 7).

A tabela 5 resume as variáveis pré-concepcionais biológicas que consideramos importantes analisar, apresentando as comparações efetuadas, os resultados obtidos e a significação existente.

Destacamos para discussão, que de todas as comparações efetuadas entre o grupo de adolescentes e o que lhe serve de controle, apenas encontramos diferença estatística naquela que considera a idade à menarca, que foi menor entre adolescentes.

GRÁFICO 5 - ESTATURA MATERNA (EM CENTÍMETROS) INCLUINDO  
TODAS AS PARIDADES.

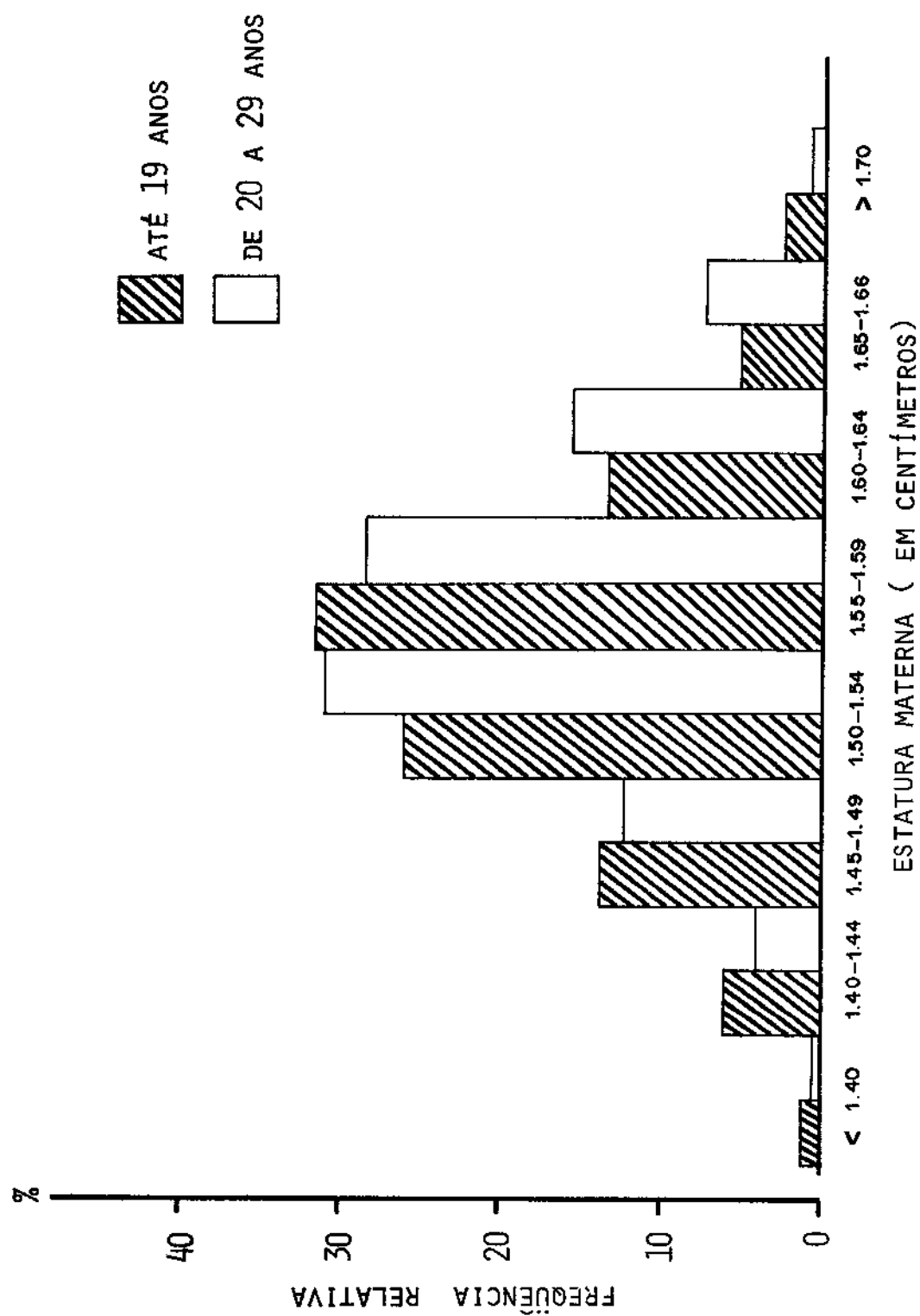


TABELA 5 - RESUMO DOS RESULTADOS DAS VARIÁVEIS PRÉ-CONCEPCIO -  
NAIS BIOLÓGICAS

| VARIÁVEL                            | IDADE       |                 | TESTE EMPREGADO | P     |
|-------------------------------------|-------------|-----------------|-----------------|-------|
|                                     | ATÉ 19 ANOS | DE 20 A 29 ANOS |                 |       |
| IDADE À MENARCA<br>( $\bar{x}$ )    | 12.7        | 13.2            | KOLMOGOROV      | 0,001 |
| RÍTMO MENSTRUAL<br>IRREGULAR (%)    | 24.7        | 26.4            | $\chi^2$        | N.S.  |
| ANTECEDENTE MÓR<br>BIDO PRESENTE(%) | 25.2        | 29.1            | $\chi^2$        | N.S.  |
| SÍFILIS (%)                         | 4.3         | 4.6             | $\chi^2$        | N.S.  |
| ESTATURA MATERNA<br>( $\bar{x}$ )   | 154         | 154             | KOLMOGOROV      | N.S.  |

$\bar{x}$  = MÉDIA

### 3 - Variáveis pré-concepcionais sociais

Estado civil - a tabela 6 apresenta o estado civil das partu -  
rrientes ao momento da internação.

Observou-se que no grupo de adolescentes a proporção de  
mulheres "sem parceiro estável" (solteiras + desquitadas + viú-  
vas) é 46.1% contra 25.8% do grupo controle. A proporção de ama-  
siadas é equivalente nos 2 grupos. A diferença é significativa  
estatisticamente:  $\chi^2 = 97.09$ , G.L. = 2,  $p < 0.001$ .

Quando juntamos casadas e amasiadas para formar o gru-  
po "com parceiro estável" e o comparamos com o grupo "sem par-  
ceiro estável", a diferença se mantém significativa, isto é, as  
adolescentes são proporcionalmente menos estáveis do ponto de  
vista de companheiro  $\chi^2 = 72.04$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$ .

TABELA 6 - ESTADO CIVIL NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO EM AMBOS OS GRUPOS

| GRUPO           | ESTADO CIVIL | SEM PARCEIRO | AMASIADA    | CASADA      | TOTAL |
|-----------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------|
|                 |              | ESTÁVEL      |             |             |       |
| ATÉ 19 ANOS     |              | 248<br>46.1  | 156<br>28.9 | 134<br>24.9 | 538   |
| DE 20 A 29 ANOS |              | 333<br>25.8  | 345<br>26.7 | 612<br>47.4 | 1290  |
| TOTAL           |              | 581          | 501         | 746         | 1828  |

$$\chi^2 = 97.09$$

$$G.L. = 2$$

$$p < 0.001$$

Escolaridade - a distribuição dos anos de escola frequentados nos 2 grupos encontra-se no Anexo 8.

Existe uma proporção maior de mulheres sem nenhum tipo de instrução no grupo de 20 a 29 anos  $\chi^2 = 4.42$ , G.L.=1,  $p < 0.03$ .

Uso de anticoncepcionais (A. C.) - a distribuição dos antecedentes de uso de A.C. e do tipo utilizado, encontra-se relacionada no Anexo 9.

Entre adolescentes apenas 15.4% usaram qualquer tipo de A.C. contra 37.19% do grupo controle. As diferenças são estatisticamente significativas:  $\chi^2 = 83.3$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$ .

Quando analisamos o hábito de usar A.C. com a escolaridade (analfabeta x 1 ano ou + de escola) encontramos entre adolescentes uma proporção maior de analfabetas entre as que não usavam  $\chi^2 = 6.45$ , G.L. = 1,  $p < 0.01$ . No grupo de 20 a 29 anos a proporção não é estatisticamente diferente,  $\chi^2 = 3.34$ , G.L. 1,  $p \geq 0.05$ .

No grupo de adolescentes é menor o uso de mulheres solteiras utilizando qualquer tipo de A.C.,  $\chi^2 = 21.98$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$ . Também é menor o grupo de adolescentes amasiadas usando qualquer tipo de A.C.,  $\chi^2 = 33.48$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$ . Entre casadas, esta situação se mantém  $\chi^2 = 11.97$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$ .

A tabela 7 sumariza as variáveis pré-concepcionais sociais, apresentando os percentuais das principais comparações, bem como, a significação estatística.

TABELA 7 - RESUMO DOS RESULTADOS DAS VARIÁVEIS PRÉ-CONCEPCIONAIS SOCIAIS

| VARIÁVEL                     | IDADE*  |                 | TESTE EMPREGADO | P           |
|------------------------------|---------|-----------------|-----------------|-------------|
|                              | 19 ANOS | DE 20 A 29 ANOS |                 |             |
| SOLTERIA (%)                 | 46.1    | 25.8            | $\chi^2$        | 0.001       |
| COMPARCEIRO ESTÁVEL (%)      | 53.9    | 74.2            | $\chi^2$        | 0.001       |
| SEM INSTRUÇÃO (%)            | 15.9    | 20.2            | $\chi^2$        | 0.03        |
| USO DE A.C.** (%)            | 15.4    | 37.1            | $\chi^2$        | 0.001       |
| ANALFABETAS SEM A.C. (%) *** | 93.9    | 68.0            | $\chi^2$        | 0.01 E N.S. |
| SOLTEIRAS SEM A.C. (%)       | 87.7    | 71.3            | $\chi^2$        | 0.001       |
| AMASIADAS SEM A.C. (%)       | 88.3    | 62.7            | $\chi^2$        | 0.001       |
| CASADAS SEM A.C. (%)         | 75.2    | 59.1            | $\chi^2$        | 0.001       |

\* inclui pacientes de todas as paridades

\*\* A.C. = anticoncepcional

\*\*\* comparações efetuadas intra-grupos

4 - Variáveis da gravidez

Antecedentes pré-natal - o grupo até 19 anos apresentou mé  
dia de consultas igual a 2.66 (D.  
P. = 2.7) e o de 20 a 29 anos, 3.35 (D.P. = 3.0).

Entre as adolescentes foi maior o número de pacientes sem nenhum tipo de atenção pré-natal  $\chi^2 = 6.75$ , G.L. = 1,  $p < 0.01$ \*

\* (38.7% de adolescentes não fizeram nenhum pré-natal, contra 32.2% do grupo controle).

Entre aquelas que frequentaram algum tipo de consulta pré-natal, nossa média de consultas foi  $\bar{X}_1 = 4.34$  (D.P. = 2.28) para adolescentes e  $\bar{X}_2 = 4.95$  (D.P. = 2.33) entre as do grupo controle. Quando controlamos por paridade, entre nulíparas adolescentes a média de consulta foi  $\bar{X}_3 = 4.48$  (D.P. = 2.3) e entre as de 20 a 29 anos foi  $\bar{X}_4 = 5.16$  (D.P. = 2.29).

A distribuição do número de consultas nos 2 grupos en contra-se no Anexo 10 e do mês do início do pré-natal no anexo 11.

Estudando os 2 grupos em relação ao número total de consultas, até 4 consultas contra 5 ou mais, verificamos que as adolescentes fizeram proporcionalmente um pré-natal mais adequado (5 ou mais consultas)  $\chi^2 = 10.03$ , G.L. = 1,  $p < 0.01$  (excluídas as sem consulta).

Também é maior o número de adolescentes que inicia tardiamente o pré-natal (após 5º mês).

Ganho de peso - a distribuição do ganho de peso materno durante a gravidez encontra-se no Anexo 12. O teste de Kolmogorov-Smirnov aplicado, demonstrou que ambos os grupos comportaram-se da mesma forma. A máxima diferença  $D = 0.054$ , situou-se no intervalo de 1 a 5 quilos. Comparando-se adolescentes e controle, quanto ao ganho ponderal menor ou maior que 20 quilos, não encontramos diferenças significativas  $\chi^2 = 0.01$ , G.L. = 1,  $p > 0.05$ .

Ruptura prematura de membranas - não existe diferença significativa entre os grupos em relação à ocorrência da ruptura prematura de membranas (Anexo 13) ( $\chi^2 = 0.44$ , G.L. = 1,  $p > 0.05$ ). Entre pacientes nulíparas, os resultados se mantêm  $\chi^2 = 1.26$ , G.L. = 1,  $p > 0.05$ .

Evolução da pressão arterial - a distribuição de todas as pacientes quanto à presença de hipertensão, o tipo e o controle por paridade, de ambos os grupos, apresenta-se nos Anexos 14 e 15.

No grupo de pacientes até 19 anos, 19.2% apresentaram alguma forma de hipertensão, contra 20.3% dos controles. Não houve diferença estatística entre eles  $\chi^2 = 0.27$ , G.L. = 1,  $p > 0.05$ .

Comparando-se exclusivamente os casos de hipertensão de origem provavelmente toxêmica, as proporções continuaram iguais  $\chi^2 = 0.10$ , G.L. = 1,  $p > 0.05$ .

Entre nulíparas, os grupos mantêm-se iguais, quando se consideram separadamente todos os casos de hipertensão e os de origem exclusivamente toxêmica.

Quando separamos nulíparas e múltiparas do grupo de adolescentes e do controle, para uma comparação intra-grupo, observamos que sempre é significativa a maior incidência de toxemia entre nulíparas  $\chi^2 = 16.41$  e  $\chi^2 = 12.21$  (respectivamente).

No grupo de adolescentes a incidência de eclâmpsia foi 0.74% considerando-se todas as paridades e 1.10% só entre nulíparas. No grupo controle a incidência de eclâmpsia foi igual a 0.5% para todos os casos e 2.07% para pacientes nulíparas.

Os 10 casos de eclâmpsia, 0.5% do total de pacientes, ocorreram todos entre nulíparas.

Infecções - entre as adolescentes houve maior proporção de infecções durante o período gestacional ( $\chi^2 = 3.92$  G.L. = 1,  $p < 0.04$ ). Estudando separadamente as pacientes que tiveram doenças venéreas durante o período não encontramos diferenças entre os 2 grupos.  $\chi^2 = 2.92$ , G.L. = 1,  $p > 0.05$ . O Anexo 16 mostra a distribuição dos casos de infecção nos 2 grupos.

A Tabela 8, resume os principais resultados das comparações efetuadas entre os grupos, para variáveis da gravidez.



TABELA 8 - RESUMO DOS RESULTADOS DAS VARIÁVEIS DA GRAVIDEZ

| VARIÁVEL *           | IDADE       |                 | TESTE<br>EMPREGADO | P     |
|----------------------|-------------|-----------------|--------------------|-------|
|                      | ATÉ 19 ANOS | DE 20 A 29 ANOS |                    |       |
| SEM PRÉ-NATAL        | 38.7        | 32.2            | $\chi^2$           | 0.001 |
| 5 OU + CONSULTAS     | 43.2        | 34.6            | $\chi^2$           | 0.01  |
| GANHO > 20 QUILOS    | 2.9         | 3.0             | $\chi^2$           | N.S.  |
| COM R.P.M. (1)       | 15.0        | 13.8            | $\chi^2$           | N.S.  |
| COM R.P.M. *(2)      | 15.1        | 18.4            | $\chi^2$           | N.S.  |
| COM HIPERTENSÃO (3)  | 19.3        | 20.2            | $\chi^2$           | N.S.  |
| COM TOXEMIA          | 19.2        | 18.0            | $\chi^2$           | N.S.  |
| COM HIPERTENSÃO (4)  | 23.9        | 21.5            | $\chi^2$           | N.S.  |
| COM TOXEMIA          | 23.4        | 21.3            | $\chi^2$           | N.S.  |
| COM INFECCÕES        | 9.6         | 6.9             | $\chi^2$           | 0.04  |
| COM DOENÇAS VENÉREAS | 4.1         | 2.6             | $\chi^2$           | N.S.  |

\* todas as variáveis são apresentadas por percentuais

(1) R.P.M. = ruptura prematura de membranas

(2) são nulíparas

(3) todas as formas de hipertensão e todas as paridades

(4) todas as formas de hipertensão e são nulíparas

##### 5 - Variáveis do trabalho de parto

Analgesia no período de dilatação - o número de pacientes nos 2 grupos que requerem analgesia durante o trabalho de parto e o tipo de analgesia utilizado, para todas as paridades e somente para nulíparas, encontra-se discriminado nos Anexos 17 e 18.

Analizando-se as pacientes de todas as paridades em

conjunto, observa-se que 30.1% das adolescentes necessitaram algum tipo de analgesia contra 15% do grupo controle  $\chi^2 = 55.65$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$ .

Entre as nulíparas, 40.6% das adolescentes utilizaram qualquer tipo de analgesia, contra 34.7% das maiores de 20 anos de idade  $\chi^2 = 2.40$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$ .

Indicações no uso de ocitocina - a indicação mais freqüente de ocitocina no grupo de adolescentes foi, à exemplo do grupo controle, condução de parto . (Anexo 19).

A proporção de adolescentes que utilizou ocitocina para condução do parto foi significativamente maior que a do grupo controle.  $\chi^2 = 12.04$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$ .

Entre nulíparas, a proporção de pacientes adolescentes que necessitou ocitocina para condução do parto, foi igualmente maior  $\chi^2 = 4.76$ , G.L. = 1,  $p < 0.02$ .

A proporção de adolescentes que utilizou ocitocina foi significativamente diferente da que a de maiores de 20 anos  $\chi^2 = 4.35$ , G.L. = 1,  $p < 0.03$ .

Forma de início do trabalho de parto - os métodos utilizados para início do trabalho de parto nos 2 grupos estão relacionados no Anexo 20.

Entre adolescentes foi menor o número de pacientes que iniciou o trabalho de parto através de indução ocitócica para  $\chi^2 = 8.46$ , G.L. = 1,  $p < 0.04$ .

Forma de terminação do parto - os tipos de partos encontram-se nos Anexos 21 e 22. A proporção de partos vaginais e abdominais foi semelhante nos 2 grupos  $\chi^2 = 0.60$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$ .

Quando se consideraram apenas pacientes nulíparas, a proporção de partos abdominais foi menor no grupo até 19 anos.  $\chi^2 = 4.71$ , G.L. = 1,  $p < 0.03$ .

É maior a proporção de parto operatório (instrumental)

entre adolescentes.  $\chi^2 = 18.94$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$ .

Entre nulíparas apenas, esta diferença não se mantém significativa  $\chi^2 = 1.70$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$ .

Os partos normais (cefálicos e pélvicos) aconteceram mais entre adolescentes, os fórceps em maior número e as cesarianas estão em proporções iguais nos 2 grupos (Anexo 23).  $\chi^2 = 47.21$ , G.L. = 2,  $p < 0.001$ .

Entre nulíparas (Anexo 24) as proporções dos 3 tipos de parto são equivalentes.  $\chi^2 = 3.39$ , G.L. = 2,  $p \geq 0.05$ .

Apresentação fetal - Não existe predomínio de algum tipo de apresentação em qualquer dos grupos. 93.8% das apresentações no grupo de adolescentes eram cefálicas, 5.3% pélvicas e 0.9% córmicas.  $\chi^2 = 4.38$ , G.L. = 2,  $p \geq 0.05$  (Anexo 25).

Entre nulíparas as proporções se mantêm equivalentes.  $\chi^2 = 1.45$ , G.L. = 2,  $p \geq 0.05$  (Anexo 26).

Variedade de posição - O Anexo 27 demonstra que entre adolescentes a incidência de posteriores foi 18.0% contra 13.6% no grupo controle, estatisticamente não diferente.  $\chi^2 = 3.71$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$ .

Duração do período de dilatação - O Anexo 28 apresenta a distribuição da duração do período de dilatação nos 2 grupos, dividida em intervalos de classe de 3 horas. Pode-se observar que entre as adolescentes acumulam-se pacientes que tiveram um período de dilatação mais prolongado. O estudo estatístico através de teste de Kolmogorov-Smirnov revelou diferença significativa entre os 2 grupos. ( $D = 0.123$  e  $p < 0.001$ ).

Quando procedemos estudo equivalente para pacientes nulíparas, observamos que a duração do período de dilatação nos 2 grupos não apresenta diferença estatisticamente significativa ( $D = 0.37$  e  $p \geq 0.05$ ).

Duração do período expulsivo - O Anexo 30 mostra a distribuição da duração do período expulsivo em ambos os grupos, excluindo-se as pacientes cesariadas ou que tiveram seu parto instrumentalizado com fórceps. Os intervalos apresentados, obedecem o modelo original de coleta de dados, razão pela qual não têm dimensões iguais. A máxima diferença acumulada entre os grupos  $D = 13.4$ , foi encontrada até 5 minutos e foi estatisticamente significativa,  $p < 0.01$ , sendo mais longo entre adolescentes.

Indicações de cesárea - as várias indicações de cesárea estão apresentadas no Anexo 31.

No grupo de adolescentes ocorreram 114 cesarianas para um total de 539 partos, o que representa um percentual de 21.15. No grupo controle, 296 partos foram concluídos através de operação cesariana, numa população de 1298 partos e que equivale a 22.72%. Não existe diferença significativa entre esses números.

A principal indicação de cesariana no grupo até 19 anos foi sofrimento fetal, seguida por desproporção cefalo-pélvica (DCP) e antecedente de cesárea. No de 20 a 29 anos, a principal foi antecedente de cesárea, seguida de sofrimento fetal e apresentações pélvicas e cômicas.

A proporção de cesarianas realizadas por D.C.P. no grupo de adolescentes não é significativamente diferente da do grupo controle  $\chi^2 = 2.73$ , G.L. = 1,  $p > 0.05$ .

Entre nulíparas, 23.6% das adolescentes tiveram cesárea contra 30.2% das do grupo controle, diferença estatisticamente significativa, sendo que a principal indicação de operação foi sofrimento fetal em ambos os grupos (Anexo 32).

Indicação de fórceps - é significativamente maior o número de mulheres adolescentes que deu à luz por fórceps  $\chi^2 = 47.48$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$ .

As indicações de fórceps estão relacionados no Anexo 33. Existe uma proporção semelhante em ambos os grupos, do tipo de indicação (alívio x distócia de progressão ou rotação).

Anestesia para expulsivo e/ou intervenções - é maior o número de pacientes no grupo de adolescentes que requer anestesia para o expulsivo ou intervenções (85.5% contra 67.4%). Estatisticamente esta diferença foi significativa  $\chi^2 = 63.2$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$ . Quando excluimos as pacientes que iniciaram a anestesia desde o pré-parto, esta diferença mantém-se significativa  $\chi^2 = 47.51$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$ .

A distribuição do tipo de anestesia utilizado encontra-se no Anexo 34.

Operações complementares menores - no grupo mais jovem temos uma proporção maior de operações complementares menores  $\chi^2 = 45.4$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$ . Considerando-se os desgarros e rupturas de partes moles isolados e excluindo-se as episiorrafias, as diferenças entre os 2 grupos não é significativa.  $\chi^2 = 3.48$ , G.L. = 2,  $p > 0.05$ .

Os tipos de operações realizados estão relacionados no Anexo 35.

A Tabela 9 resume os resultados principais das comparações efetuadas entre adolescentes e controles, para as variáveis do trabalho de parto.

TABELA 9 - RESUMO DOS RESULTADOS DAS VARIÁVEIS DO TRABALHO DE PARTO

| VARIÁVEL*                 | IDADE       |                 | TESTE EMPREGADO | P     |
|---------------------------|-------------|-----------------|-----------------|-------|
|                           | ATÉ 19 ANOS | DE 20 A 29 ANOS |                 |       |
| COM ANALGESIA (T.P.)      | 30.0        | 15.0            | $\chi^2$        | 0.001 |
| COM ANALGESIA (N)         | 40.6        | 34.7            | $\chi^2$        | N.S.  |
| USO DE OCITOCINA          | 27.7        | 23.1            | $\chi^2$        | 0.03  |
| CONDUÇÃO OCITÓCICA (T.P.) | 21.9        | 15.2            | $\chi^2$        | 0.001 |
| CONDUÇÃO OCITÓCICA (N)    | 28.1        | 27.7            | $\chi^2$        | N.S.  |
| INDUÇÃO OCITÓCICA         | 3.8         | 6.6             | $\chi^2$        | 0.004 |
| CESÁREA (T.P.)            | 21.2        | 22.8            | $\chi^2$        | N.S.  |
| CESÁREA (N)               | 23.2        | 30.2            | $\chi^2$        | 0.03  |
| DESproporção              | 3.7         | 2.2             | $\chi^2$        | N.S.  |
| FÓRCIPE (T.P.)            | 23.6        | 11.0            | $\chi^2$        | 0.001 |
| FÓRCIPE (N)               | 32.4        | 30.5            | $\chi^2$        | N.S.  |
| VARIÉDADES POSTERIORES    | 18.0        | 13.6            | $\chi^2$        | N.S.  |
| DURAÇÃO DILATAÇÃO         | MAIOR       | MENOR           | KOLMOGOROV      | 0.001 |
| DURAÇÃO EXPULSÃO          | MAIOR       | MENOR           | KOLMOGOROV      | 0.001 |
| ANESTESIA PARA EXPULSÃO   | 85.5        | 67.4            | $\chi^2$        | 0.001 |
| OPERAÇÕES COMPLEMENTARES  | 65.5        | 48.3            | $\chi^2$        | 0.001 |
| DEGARROS GENITAIS         | 14.5        | 11.4            | $\chi^2$        | N.S.  |

\* todos os números expressam porcentual

T.P. = todas as paridades

N. = nulíparas

#### 6 - Variáveis do recém-nascido (R.N.)

Peso do recém-nascido (R.N.) - o peso médio dos R.Ns. entre

adolescentes foi  $\bar{X} = 2831 \text{ g}$  (D.P. = 602 g). No grupo controle foi  $\bar{X}_2 = 2979 \frac{1}{g}$  (D.P. = 588g.).

A distribuição do peso em ambos os grupos pode ser observada no Anexo 36.

O estudo estatístico não demonstrou diferença significativa entre os 2 grupos.

A distribuição de peso nos 2 grupos, entre nulíparas apenas, pode ser observado no Anexo 37.

Quando separamos os 2 grupos considerando peso maior e menor de 2500 gramas, encontramos que entre adolescentes há maior proporção de baixo-peso ( 2500 g ).  $X = 7.76$ , G.L. = 1,  $p < 0.005$ . Esta diferença desaparece quando estudamos separadas as nulíparas  $X^2 = 3.35$ , G.L. = 1,  $p > 0.05$ . Para múltiparas, isoladas, também não há diferenças.

Apgar - não houve diferença significativa entre o índice de Apgar ao 1º minuto e ao 5º minuto, considerando-se nota igual ou maior que 7 e menor que 7 (Anexos 38 e 39).

Idade gestacional clínica - (Capurro) - entre pacientes adolescentes foi maior a proporção de R.N. com 37 semanas ou menos (24,3%) que no grupo controle (17.3%), quando estimadas pelo método de Capurro  $X^2 = 11.46$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$ .

Quando consideramos apenas as pacientes nulíparas, não se obtém diferença entre os grupos  $X^2 = 0.8$ , G.L. = 1,  $p > 0.05$ . Estudando separadamente as múltiparas, a diferença é significativa, sendo maior a proporção de prematuros entre adolescentes  $X^2 = 7.08$ , G.L. = 1,  $p < 0.01$ .

A distribuição das idades gestacionais para todas as pacientes e somente para nulíparas pode ser observada nos Anexos 40 e 41.

Morbidade neonatal ou causa de morte - não houve diferença significativa entre os 2 grupos quanto à frequência da patologia no período neonatal .

$\chi^2 = 0.53$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$ .

A icterícia fisiológica foi a principal ocorrência nos 2 grupos, sendo responsável, somada à icterícia patológica, por mais da metade de todas as patologias dos grupos, Anexos 42 e 43.

A segunda causa mais frequente de patologia neonatal foi, em ambos os grupos, a infecciosa. Quando fazemos abstração da icterícia fisiológica, tanto para adolescentes como para as pacientes controle, as patologias infecciosas são as mais freqüentes.

Malformações congênitas - entre as adolescentes o número de malformações foi de 3.2% contra 2.8% no grupo de pacientes acima de 20 anos. A diferença não foi significativa  $\chi^2 = 0.20$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$ .

Os tipos de malformações encontrados, bem como, a frequência de sua ocorrência, podem ser observados no Anexo 44.

Estado do recém-nascido - no Anexo 45 pode ser observado o estado dos R.Ns. entre adolescentes e controles. As taxas de mortalidade perinatal (7º e 28º dia), natimortalidade neonatal, precoce e tardia podem ser observadas no Anexo 46. Não há diferenças estatísticas entre os grupos para as diferentes taxas consideradas.

A Tabela 10 sumariza os principais resultados das comparações realizadas entre adolescentes e controles, para variáveis do recém-nascido.



TABELA 10 - RESUMO DOS RESULTADOS DAS VARIÁVEIS DOS RECÉM-NASCIDOS

| VARIÁVEL                             | IDADE          |                 | TESTE     |       |
|--------------------------------------|----------------|-----------------|-----------|-------|
|                                      | ATÉ 19 ANOS    | DE 20 A 29 ANOS | EMPREGADO | P     |
| PESO DO R.N. ( $\bar{X}$ )           | 2831 $\pm$ 602 | 2931 $\pm$ 588  | $\chi^2$  | 0.005 |
| 2500 G $\leq$ (%) (T.P.)             | 21.1           | 15.6            | $\chi^2$  | N.S.  |
| 2500 G $\leq$ (%) (N)                | 22.1           | 16.3            | $\chi^2$  | N.S.  |
| APGAR < 7 1º MINUTO (%)              | 19.4           | 16.6            | $\chi^2$  | N.S.  |
| APGAR < 7 5º MINUTO (%)              | 7.0            | 8.0             | $\chi^2$  | N.S.  |
| CAPURRO $\leq$ 37 SEMANAS (%) (T.P.) | 24.3           | 17.3            | $\chi^2$  | 0.001 |
| CAPURRO $\leq$ 37 SEMANAS (%) (N.)   | 24.1           | 21.1            | $\chi^2$  | N.S.  |
| CAPURRO $\leq$ 37 SEMANAS (%) (M.)   | 24.5           | 16.0            | $\chi^2$  | 0.01  |
| COM PATOLOGIA NEONATAL (‰)           | 29.1           | 30.8            | $\chi^2$  | N.S.  |
| MORTALIDADE PERINATAL (‰)            | 63             | 55              | $\chi^2$  | N.S.  |
| MORTALIDADE PERINATAL AMPLIADA (‰)   | 67             | 60              | $\chi^2$  | N.S.  |
| NATIMORTALIDADE (‰)                  | 38             | 30              | $\chi^2$  | N.S.  |
| NEO-MORTALIDADE PRECOCE (‰)          | 25             | 24              | $\chi^2$  | N.S.  |
| NEO-MORTALIDADE TARDIA (‰)           | 28             | 29              | $\chi^2$  | N.S.  |

 $\bar{X}$  = média

N = nulíparas

T.P. = todas as paridades

M. = multíparas

## 7 - Variáveis do puerpério

Complicações hemorrágicas - a proporção de complicações hemorrágicas nos 2 grupos não foi significativamente diferente  $\chi^2 = 0.04$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$ . Entre nulíparas, os grupos continuaram iguais.  $\chi^2 = 0.72$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$ .

As causas de hemorragia e a frequência de cada tipo, encontram-se relacionados no Anexo 47.

Complicações infecciosas - 2.9% entre adolescentes e 2.8% entre mais idosas apresentaram complicações infecciosas no período puerperal. Não houve diferença estatisticamente significativa.  $\chi^2 = 0.05$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$ . Entre nulíparas também não há diferença.  $\chi^2 = 0.1$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$ .

A distribuição do tipo e frequência das complicações infecciosas está apresentada no Anexo 48.

Complicações cirúrgicas - ambos grupos apresentaram proporção de complicações cirúrgicas estatisticamente semelhantes  $\chi^2 = 2.64$ , G.L. = 1,  $p > 0.05$ . Entre nulíparas também não há diferença.  $\chi^2 = 0.21$ , G.L. = 1,  $p > 0.05$ .

A distribuição das complicações cirúrgicas pode ser observada no Anexo 49.

Mortalidade materna - não houve morte entre adolescentes e 1 morte entre as pacientes de 20 a 29 anos.

A Tabela 11 resume os principais resultados das comparações realizadas entre adolescentes e controles, para as variáveis do puerpério.

TABELA 11 - RESUMO DOS RESULTADOS DAS VARIÁVEIS DO PUERPÉRIO

| VARIÁVEL                             | IDADE       |                 | TESTE     | P    |
|--------------------------------------|-------------|-----------------|-----------|------|
|                                      | ATÉ 19 ANOS | DE 20 A 29 ANOS | EMPREGADO |      |
| COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS (%) (T.P.) | 5.4         | 5.2             | $\chi^2$  | N.S. |
| COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS (%) (N)    | 5.2         | 3.8             | $\chi^2$  | N.S. |
| COMPLICAÇÕES INFECIOSAS (%) (T.P.)   | 2.9         | 2.8             | $\chi^2$  | N.S. |
| COMPLICAÇÕES INFECIOSAS (%) (N)      | 3.0         | 3.4             | $\chi^2$  | N.S. |
| COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS (%) (T.P.)   | 2.9         | 1.8             | $\chi^2$  | N.S. |
| COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS (%) (N)      | 3.0         | 2.4             | $\chi^2$  | N.S. |
| MORTES MATERNAS (N.A)                | -           | 1               |           |      |

T.P. = todas as paridades

N = nulíparas

N.A. = número absoluto

DISCUSSÃO

### OBSERVAÇÕES METODOLÓGICAS

Observamos na revisão de literatura procedida, que em geral, os trabalhos relacionados à gravidez na adolescência, têm índole retrospectiva. Por esta razão, as variáveis analisadas carecem de uniformidade quanto a sua definição, fato que lhes retira confiabilidade e significação.

A metodologia por nós empregada, de caráter prospectivo, obedece a critérios bem definidos oferecendo inúmeras vantagens não só de ordem quantitativa como também, e principalmente, relacionadas à qualidade do fato em observação.

Fixados inicialmente os objetivos do trabalho foram selecionadas as variáveis que permitiriam a sua consecução. Para cada uma delas foram apresentadas as alternativas possíveis que a explicitassem de modo bastante claro e definitivo, utilizando-se um sistema fechado que impedisse a omissão de resposta ou a sua variação. Cada uma das alternativas definidas objetivamente de início, tinha ainda especificada a forma como deveria ser colhida, o momento adequado para sua anotação e a razão pela qual deveria ser analisada.

Aparentemente, a coleta de dados realizada por estudantes de graduação e pós-graduação, alguns deles em trânsito relativamente curto pelo Serviço, poderia originar a sensação de que o modelo proposto não atingiria seus objetivos. Entre -

tanto, pudemos observar ao longo de sua utilização, que a ficha pré-codificada é compreendida rápida e facilmente, simplificando a tarefa de arquivamento de informações, servindo como poderoso instrumento pedagógico e propiciando uma homogeneização de condutas e procedimentos, superiores aos modelos abertos anteriormente utilizados.

A cada grupo de estudantes e residentes que se alternavam na Maternidade, uma sessão preliminar de explicações sobre a Ficha e a utilização do Manual de Instruções era realizada. O sistema criado para supervisão das respostas assinaladas, escalonado dentro da hierarquia de funções dos integrantes da equipe de serviço, origina uma discussão permanente e salutar de cada uma das variáveis consideradas, que serve ao mesmo tempo como recurso didático e ao aprimoramento da qualidade do registro efetuado.

A eficiência desta metodologia é reforçada pelas características de nossa Maternidade, que apresenta um número de partos suficientemente pequeno para permitir um contato extremamente íntimo e bastante pessoal entre pacientes, médicos e corpo discente.

Apesar de todo o cuidado na coleta de dados e do rigoroso controle de qualidade a que são submetidos, admitimos que o processo aceite a existência de erros eventuais; porém, a sua distribuição ao azar não invalida a coerência da comparação dos nossos grupos de estudo e controle, uma vez que deverá ser homogênea por toda a população.

Outra vantagem desta metodologia é a de propiciar a oportunidade de controlar, além de nossa variável independente, outras que pudessem interferir de maneira insuspeitada no resultado final de nossas observações. Assim, por exemplo, o papel da paridade foi permanentemente considerado ao longo de todo o trabalho, como possível determinante de uma "correlação espúria".

Sabemos que existe uma estreita associação entre a idade jovem e a nuliparidade, o que confirmamos em nossos resultados (67.5% de nulíparas entre as adolescentes).

Reconhece-se, por outro lado, que a condição de nuliparidade relaciona-se com uma série de variáveis de gravidez,

parto, puerpério e do recém-nascido. Assim é que a influência da paridade não pode ser desconsiderada na análise de algumas variáveis sob pena de se atribuir à condição de adolescentes, resultados que na verdade devem-se exclusivamente à sua coincidência com a condição de nulípara.

Com a metodologia empregada pudemos controlar nossos resultados, isolando a possível influência da paridade na análise de alguns fatos, constituindo um grupo maior com todas as paridades e um grupo apenas com nulíparas.

Quando as associações observadas no grupo total persistiram mesmo quando isolamos as nulíparas, concluímos que a associação deveu-se mesmo à condição de adolescente. Caso contrário, tivemos que aceitar que a associação aparente foi resultado de uma prevalência, no grupo de adolescentes, de um número significativamente alto de pacientes nulíparas que deformaram a aparência dos resultados.

#### Variáveis estudadas

Inicialmente como projeto de trabalho, havia a disposição de se estudar o maior número possível de variáveis, que pudessem estar influenciando em sentido positivo ou negativo, direta ou indiretamente, sobre o desempenho obstétrico final da grávida adolescente.

Com este objetivo fixado, selecionaram-se 86 variáveis seguindo os modelos normativos da atenção médica vigente, dentro de uma perspectiva teórica e prática de vivências identificadas nos numerosos trabalhos existentes na literatura nacional e internacional.

Para estudos deste tipo, entretanto, é absolutamente indispensável que exista uniformidade de critérios e procedimentos, que os dados sejam da mais alta qualidade possível e que as definições estabelecidas sejam rigorosamente respeitadas.

Por este motivo, o projeto inicial, viu-se reduzido em suas pretensões pela eliminação de algumas variáveis, cujo controle rigoroso identificou falhas em sua anotação e que poderiam

por em dúvidas a validade de seu estudo e interpretação. Outras, ao longo do trabalho, foram descartadas em função da análise mais profunda de sua importância na literatura correspondente e finalmente, algumas foram abandonadas em favor da necessidade da criação de condições para aprofundar o estudo de outras mais polêmicas e reconhecidamente mais significativas.

Importante ainda é ressaltar, que algumas variáveis onde a sistemática de coleta de informações revelou-se precária e insuficiente (ex. ganho ponderal materno), foram mantidas para discussão, pela importância que sua análise é destacada na abordagem da gravidez na adolescência.

Providência não menos importante, foi a de agrupar variáveis correlacionadas, a fim de permitir uma visão menos fracionada dos diferentes aspectos em questão e ensejar conclusões mais gerais, capazes de concretizar o enunciado dos objetivos levantados.

As dificuldades encontradas para atingir este desiderato foram inúmeras, uma vez que as classificações existentes são diversificadas e não obedecem a um consenso definitivo.

Entretanto, a preocupação de clareza e objetividade que a forma de apresentação por nós escolhida encerra, pretende transcender às críticas formais que certamente este trabalho merece, acatando as imperfeições apontadas por uma observação mais profunda e apurada.

#### VARIÁVEIS PRÉ-CONCEPCIONAIS BIOLÓGICAS

Algumas das variáveis aqui estudadas, como número de gravidezes, partos e abortos anteriores, tiveram como objetivo primordial, melhor caracterização da população alvo.

Outras como idade da mãe à menarca, ritmo menstrual, antecedentes mórbitos e estatura materna foram analisadas dentro da perspectiva de que pudessem se relacionar direta ou indiretamente como causantes da gravidez na adolescência (idade da menarca, ritmo menstrual) ou perturbar o seu curso natural



(antecedentes mórvidos, estatura materna).

### IDADE DA MENARCA

Um fator apontado freqüentemente como relacionado ao aumento da fertilidade na adolescência tem sido a tendência secular do aparecimento mais precoce da menarca (53).

A idade média à menarca na Europa tem baixado cerca de dez meses a cada geração (74). Decréscimos semelhantes foram constatados nos Estados Unidos (37, 134). Lima (64) entre nós, encontrou na classe pobre, mediana da menarca aos 13 anos e 5 meses, para mães e filhas, na classe média 11 meses de diferença da idade à menarca entre as 2 gerações para a raça branca e na classe alta, mediana de 12 anos e 5 meses em comparação às das genitoras que foi de 13 anos e 5 meses. Colli (26) em 1975 encontrou entre 668 adolescentes de São Paulo, menarca que oscilava entre 8 e 16 anos, com intervalo modal de 12 anos e 6 meses a 13 anos e média de 12 anos e 2 meses (D.E. = 1.5).

Em nosso grupo de adolescentes, todo proveniente de condições sócio-econômicas desfavoráveis, a média de idade à menarca foi 12.7 anos, significativamente menor daquela relatada pelas mulheres do grupo controle. Em estudo anterior (102) com puérperas primíparas e adolescentes a média encontrada foi semelhante, 12.5 anos.

A influência da paridade neste resultado pode ser excluída, o que nos leva a caracterizar o fato de que as adolescentes que deram à luz no Serviço, tiveram a menarca mais precocemente que as parturientes mais velhas.

A tendência de menarca mais precoce, verificada por numerosos outros autores (24, 31, 49, 79), que estudaram particularmente pacientes adolescentes comparadas a outras de mais idade, tem sido atribuída à fatores genéticos, sanitários e sócio-econômicos.

Dados recentes sugerem que o desenvolvimento do corpo até certo tamanho e o acúmulo de determinada proporção de adiposidade seriam necessários para o desencadear do primeiro episódio menstrual (39, 64).

Nossos resultados porém, poderiam ser objeto de críticas no sentido de que as informações colhidas das pacientes mais idosas poderiam ter sua consistência discutida, uma vez que o lapso de tempo decorrido entre o episódio em questão e o inquérito por nós formulado, é mais longo que para as adolescentes. A nosso favor, o raciocínio de que, não seria lógico supor um erro sistemático que ampliasse esta diferença, uma vez que numa distribuição ao acaso, informações para mais ou para menos deveriam anular qualquer tendência.

#### NÚMERO DE GESTAÇÕES

Como seria lógico esperar, a maior parte das adolescentes em estudo (62.1%) era de primigestas. Junto com as secundigestas, representaram 89.0% de toda população de estudo.

Fato digno de se registrar é o que assinala a existência de 20 pacientes adolescentes com 4 ou mais gravidezes, uma delas, inclusive, hepta-gesta.

No grupo controle, apenas 19.2% cursavam sua primeira gravidez e somadas às secundigestas atingem pouco mais de 40% de todos os casos. A paciente que mais vezes gestou, referiu um total de 11 gravidezes.

#### NÚMERO DE PARTOS

As nulíparas foram 364 (67.5%) no grupo mais jovem e 288 (27.2%) no controle, fato que comprova estar a estréia funcional quase sempre presente nos partos adolescentes assistidos e que por este motivo, foram destacados em inúmeras ocasiões para uma análise particular.

O consenso obstétrico admite uma série maior de problemas para a mulher que vai parir a primeira vez, alguns biológicos, relacionados a um colo e um canal de parto ainda não

dilatado por um parto anterior e outros relacionados intimamente a temor do desconhecido, à ansiedade gerada por preconceitos e falta de orientação, que contribuem à geração de distócias e gravames para a condução do parto. Somada a esta situação, a própria problemática peculiar à adolescente, que agrega elementos negativos bastante relevantes, compõe expectativa desfavorável ao bom desempenho obstétrico.

#### NÚMERO DE ABORTOS

Os dados por nós analisados mostram que 9.6% de todas as adolescentes, apresentaram pelo menos um episódio de aborto e duas, três.

Entre as mais idosas 23.7% referiram antecedentes de aborto, sendo que 23, mais de 3 abortos anteriores, embora a condição de maior número de gestações do grupo contribua para anular a validade de qualquer comparação estatística.

#### RÍTMO MENSTRUAL

Na puberdade os primeiros ciclos menstruais são frequentemente irregulares, anovulatórios e de abundância variável. Em 5% dos casos a menstruação se prolonga, a hemorragia é excessiva e a paciente pode se tornar anêmica. Esta menorragia representa os distúrbios menstruais de maior incidência na estréia da vida adolescente. Nesta época, o sistema endócrino não está ainda definitivamente amadurecido (107, 114), e a incidência de esterilidade funcional em plena menâcme, gira em torno de 15%.

Widholm (129) na Finlândia, estudando o perfil hormonal de adolescentes concluiu que o hormônio luteinizante (LH) responsável pela ovulação, somente atinge nível de mulher adulta, ovulatório, em média 3 anos após a menarca.

Colli (26) em inquérito sobre a saúde de adolescen-

tes de São Paulo em 1975 encontrou que 25% das meninas referiram transtornos menstruais (ciclos irregulares e hpermenorréia)

Estas considerações fizeram-nos buscar entre nossas pacientes, a confirmação da ocorrência de episódios menstruais irregulares que pudessem confundir a ritmicidade cíclica e conseqüentemente comprometer o controle natural dos dias férteis quando o relacionamento sexual deveria ser evitado. Nos sos achados comprovam a informação entre adolescentes uma vez que 24.7% apresentaram irregularidade no seu passado menstrual coincidindo com os achados de Colli. Esta proporção, entretanto, foi superada (26.4%) pela manifestada por mulheres de 20 anos ou mais. Desta forma, não conseguimos estabelecer um comportamento menstrual distinto entre adolescentes, ao qual se pudesse atribuir envolvimento com sua fertilidade de modo peculiar.

#### ANTECEDENTES MÓRBIDOS

É grande o número de observações na literatura com referência a um conjunto de situações mórbidas prevalentes na faixa etária correspondente à adolescência (26).

Particularmente para a jovem grávida são apontadas várias patologias mais incidentes tais como: doenças venéreas , anemia, doenças pulmonares, infecção urinária e outras mais raras, como hipertensão, diabetes e cardiopatia (34 , 35, 49, 54, 55, 75, 83, 122, 127, 133).

Comparativamente, entretanto, nossas adolescentes referiram menos patologias em seus antecedentes que o grupo controle, embora o comportamento estatístico fosse semelhante. A mais freqüente, infecção urinária (11.9%), também citada como queixa importante nas observações de Duenhoelter (34), McGanity (79) e Youngs (133) , foi inferior todavia, à taxa de 15.9% encontrada para pacientes de 20 a 29 anos, o que talvez pudesse ser explicado pela presença nesta faixa de idade, de maior número de multíparas, que têm maior freqüência de infecção urinária. Mathias (75) e Valente (127) entre nós, encontraram taxas

de 3.7% e 1.1% respectivamente, muito aquém daquela do nosso material, diferença que poderia ser atribuída ao fato de que ampliamos em nossa investigação o interrogatório além das fronteiras da gravidez atual. Quando limitamos o período de observação à doenças infecciosas, ocorridas exclusivamente durante o período gestatório atual, os resultados são equivalentes, atingidos a cifra de 1.1%.

O mesmo tipo de análise pode ser aplicado à outras doenças. Hipertensão por exemplo, em nossa população adolescente, foi encontrada em 2.8% das pacientes contra 28.3% de Valente (127), que não distingue para efeitos de comparação a situação de hipertensão prévia, considerando conjuntamente os casos de toxemia, evidentemente originados na gravidez atual.

Alguns autores, como McGanity (79), Mussio (83) e Sherline observam número elevado de adolescentes grávidas com doenças venéreas. Outros como Azocar (8), Duenhoelter (34), Dwyer (35), Hassan (49) e Youngs (133), encontraram-nas raramente, ausentes muitas vezes ou mesmo em proporção equivalente à da população geral. Como antecedente, encontramos 4.4% de adolescentes com sífilis, número da mesma ordem de grandeza do referido por Valente (127), que acentua sua estranheza pela reduzida taxa em sua população (3,55%), uma vez que frustra sua expectativa de maiores cifras pela "promiscuidade sexual notoriamente maior", na faixa adolescente.

Sob este aspecto faltam-nos condições para opinar definitivamente. Algumas de nossas pacientes tiveram o diagnóstico de lues realizado à partir do achado da doença no recém-nascido ou mesmo do laudo necroscópico de seus natimortos. Além do mais, o diagnóstico de gonorréia é sabidamente subestimado pelas dificuldades em ser realizado clinicamente, principalmente em pacientes de baixo nível sócio-econômico. Entendemos que apenas um estudo desenhado especificamente para este fim, poderia trazer resultados de confiança para dirimir as dúvidas existentes.

Entretanto, a observação global dos nossos resultados, demonstra que nossas parturientes adolescentes não apresentaram antecedentes mórbidos especialmente elevados e que pudessem contribuir para um desempenho obstétrico desfavorável, em relação ao grupo controle.

### ESTATURA MATERNA

Um dos problemas que têm sido aventados para explicar o mau desempenho obstétrico das gestantes adolescentes é relacionado ao fato de que seu organismo, ainda em fase de crescimento e desenvolvimento, não estaria apto para exercer esta função.

Esta premissa de ordem biológica, autoriza-nos a imaginar que o grupo de estudo em questão, apresentaria algumas diferenças somáticas em relação às pacientes em idade adequada para procriação (20 a 29 anos).

Estudando a distribuição da altura materna, em ambos os grupos, não encontramos diferença estatisticamente significativa .

Para evitar que a validade de nossos resultados fosse confundida pela variável número de partos anteriores, confrontamos separadamente os 2 grupos, isolando para tratamento estatístico apenas pacientes nulíparas. Ainda assim, não encontramos diferenças estatisticamente significativas. Em outras palavras, independentemente da paridade, as adolescentes apresentaram estatura perfeitamente equiparável às das pacientes não adolescentes.

Em resumo podemos destacar, que as adolescentes estudadas, em geral apresentaram-se ao Serviço para ter o seu primeiro parto, ainda que número significativo já houvesse cursado mais de uma gravidez e não menos importante contingente referisse episódios de abortos anteriores.

Dentre as possíveis determinantes para esta gestação precoce, que nos cabe examinar neste grupo de variáveis, destacamos idade à menarca inferior àquela do grupo de maior idade que lhe serve de controle.

A menarca, acontecendo mais cedo na vida da adolescente, poderá determinar uma iniciação sexual mais precoce ou mesmo ampliar o espaço de nubilidade, situações que interagindo com outros fatores bem conhecidos, concorrem para aumen-

tar a probabilidade da gravidez fortuita e inesperada. Dentro deste panorama imaginamos que a irregularidade menstrual, pudesse contribuir de forma significativa para o agravamento desta probabilidade, na medida em que desarranjaria os parâmetros naturais habitualmente utilizados para alguns dos métodos do controle eficiente da fertilidade. Embora fosse alta e expressiva a taxa de irregularidade menstrual entre adolescentes não foi especialmente diferente das pacientes de controle e sua influência foi desconsiderada.

Ainda dentro do grupo de variáveis biológicas pudemos descartar em nossa população de adolescentes uma situação de doença mais prevalente, que pudesse influir de modo desfavorável no seu desempenho obstétrico, assim como pudemos demonstrar que o seu crescimento estatural, foi absolutamente semelhante ao do grupo controle, comprometendo a validade de hipóteses antes formuladas, de que este grupo ainda não apresentaria características somáticas compatíveis com a gravidez e o parto.

#### VARIÁVEIS PRÉ-CONCEPCIONAIS SOCIAIS

Neste grupo o destaque inicial que devemos fazer, relaciona-se à omissão proposital de algumas variáveis, que habitualmente têm sido discutidas como participantes importantes no rol de influências desempenhadas sobre a gravidez e sobre o parto.

Assim é que, embora não nos sendo possível desprezar sua hierarquia, variáveis como trabalho do esposo ou companheiro, ocupação materna durante a gravidez, escolaridade do companheiro, trabalho habitual da mulher e tipo de moradia, foram conscientemente relegadas, por pertencerem a uma categoria de índole sociológica, habitualmente manipuladas com deficiência por pessoal de formação médica. Além do mais, à necessidade de selecionar variáveis de importância prioritária, pareceu-nos mais coerente concentrar nossa atenção no estado civil materno, na sua escolaridade e nos antecedentes de uso de anticoncepcionais.

ESTADO CIVIL

Hunt (53) ao discutir os fatores responsáveis pelo aumento do número de gravidezes entre adolescentes atribui à idade de casar papel de importância transcendente. Considera, que além da maturidade sexual estar acontecendo mais cedo, o casamento mais tardio, determinado pela ampliação dos anos de escola e pela incorporação adiada ao mercado de trabalho, estende o período de fecundidade não conjugal.

Ampliado o hiato entre a idade sexual e a idade em que a organização social normalmente permite a união conjugal, as adolescentes estão expostas por mais anos, que as gerações anteriores, ao risco da gravidez pré-conjugal.

Os resultados obtidos confirmam ser este grupo etário particularmente vulnerável a gravidez extra-matrimonial, corroborando nossos achados anteriores (102) e os reportados por Mathias (75), Salvatore (114) e Valente (127) na literatura nacional.

As discrepâncias da magnitude das cifras que podem ser eventualmente observadas (8, 35, 83) prendem-se a vários fatores, entre os quais características culturais, local de atendimento (pré-natal, maternidade), seleção de pacientes de baixa idade, momento da gravidez em que a população é considerada, definição de solteira, uma vez que habitualmente se considera nos trabalhos à respeito solteiras e amasiadas como um único grupo. Osbourne (93) por exemplo, encontrou que 43% das adolescentes se casaram durante a gravidez, reduzindo portanto, no momento do parto o número de jovens em situação civil irregular.

ESCOLARIDADE

Tem sido relatado que a gravidez pode determinar interrupção no processo formal de educação da adolescente (47, 94). As meninas grávidas, podem ser excluídas da escola, impelidas direta ou indiretamente a abandoná-la, mesmo que se criem programas especiais e paralelos de educação. Depois da



gravidez, na fase de amamentação e com o início das novas responsabilidades familiares, a continuação dos trabalhos escolares torna-se cada vez mais complicada.

Em nosso material, chamam a atenção, as péssimas condições educacionais de toda a população considerada. Apesar do número de adolescentes analfabetas ser significativamente menor que a de pacientes de mais idade, 15.9% de jovens sem um ano sequer de instrução formal, constitui uma constatação extremamente desalentadora.

Igualmente entristecedora é a observação de que mais da metade das mulheres dos 2 grupos tem instrução mínima, ou seja, 3-4 anos de educação formal.

A relação causal entre a gravidez precoce e o nível de instrução logicamente não pode ser obviada pela análise dos nossos dados. Da mesma forma, não nos permitem inferir que a gravidez na adolescência seja um fator determinante da redução da escolaridade. Entretanto, a observação da casuística, enseja a oportunidade de caracterizar as condições precárias de sobrevivência a que estão submetida as adolescentes estudadas. Convém lembrar, que do grupo controle, muitas pacientes multíparas com certeza, tiveram sua primeira gravidez ainda na adolescência.

#### ANTECEDENTES DE USO DE ANTICONCEPCIONAIS (A.C.)

Estimou-se que aproximadamente 4/5 das mulheres entre 15 e 19 anos de idade, sexualmente ativas nos Estados Unidos, não utilizam proteção anticoncepcional.

As razões citadas para explicar a não utilização de A.C. pelas adolescentes, estão sendo revisadas atualmente.

Admite-se que as relações sexuais sem proteção entre adolescentes devem-se em parte ao limitado acesso às informações disponíveis sobre métodos de A.C. e serviços de planejamento familiar e o fato do exercício da sexualidade nessa fase do desenvolvimento, ter mais caráter exploratório do que uma função verdadeiramente procriativa.

Em estudo anterior (102) entre primíparas puérperas adolescentes, observamos que 92,7% conheciam pelo menos um

tipo de A.C. antes da gravidez, mas apenas 11.5% os utilizaram efetivamente em qualquer ocasião.

No trabalho atual 15.4% de nossa população adolescente estava utilizando algum tipo de A.C. antes de engravidar, número significativamente inferior ao relatado pelas mulheres acima de 20 anos. O método igualmente mais popular nos 2 grupos foi a pílula, confirmando nosso achado anterior para adolescentes somente (102).

Entre adolescentes, o analfabetismo associou-se significativamente ao uso menos frequente de qualquer tipo de A.C., fato que não ocorreu entre as pacientes do grupo controle.

Quando separamos os grupos por estado civil podemos confirmar que independente de seu estado marital as adolescentes usam menos A.C.. Esta associação de menor utilização de A.C. entre adolescentes, que se acentua com a deficiência de instrução e independe do estado civil da jovem, tem respaldo na literatura (63).

Este conjunto de variáveis resume de maneira extremamente convincente, a nosso juízo, a problemática verdadeira da gravidez na adolescência.

Quase metade destas jovens era solteira e proporção não menos significativa não possuía sequer, um companheiro vivendo em concubinato. Se os encargos familiares nos dias atuais já se fazem pesados para um casal estável, emancipado econômica e emocionalmente, o que não dizer para uma jovem solteira, ainda em plena etapa de amadurecimento físico e psicológico, não raro marginalizada da família e da sociedade, pelo crivo de preconceitos e de valores culturais muitas vezes ultrapassados e míopes.

A constatação de sua baixa escolaridade, além de ressaltar o lamentável nível educacional de nossa população, oferece elementos de complicação para sua precária situação, restringindo suas oportunidades de trabalho e agravando suas possibilidades (e de seu filho) de uma sobrevivência condigna. Se não encontra apoio na família ou nas instituições, com muita probabilidade o abandono à adoção, a prostituição, a morbi

dade e a mortalidade infantil, serão a marca principal de sua vida futura. Considerando que as circunstâncias freqüentemente precipitam e ampliam a desorganização do núcleo familiar, além de não encontrarem uma estrutura institucional apta a absorvê-la, fácil é imaginar as consequências desastrosas que tal situação impõe.

A análise dos resultados sobre o uso de anticoncepcionais completa o panorama desalentador da gravidez na adolescência. Não pretendemos polemizar à respeito da conveniência ou não desta prática neste grupo etário. Entretanto, a confirmação de uma vida sexual ativa, obriga-nos a uma reflexão permanente para o tema, de modo realista e despojado de preconceitos, sob pena de perpetuar com agravos, a situação por si só já tão crítica.

Observamos que a prática do uso de A.C. em nossas adolescentes foi insignificante. Relacionou-se de maneira inequívoca à sua condição civil, usando menos aquelas que teoricamente mais precisavam (solteiras e amasiadas). Além do mais, pudemos demonstrar, que o fator educação é de extrema relevância não só para as pacientes adolescentes, mas também para aquelas consideradas em idade para procriação mais adequada.

#### VARIÁVEIS DA GRAVIDEZ

Entre as variáveis da gravidez destacamos o estudo particularizado de antecedentes de cuidados pré-natais, ganho de peso materno, ruptura prematura de membranas, evolução de pressão arterial e ocorrência de processos infecciosos.

A variável que deixamos de comentar, idade da amenorréia, foi entre as selecionadas inicialmente, uma das que apresentaram maiores dificuldades de análise, visto que o grau de dúvidas e desconhecimento observado nas informações de nossas pacientes, desautorizavam-nos a tentar uma avaliação crítica de confiança. Sua falta, entretanto, pode ser minimizada com a apresentação da idade gestacional clínica calculada a partir do R.N. pelo método de Capurro.

Um comentário adicional, já esboçado no início da discussão, deve justificar a permanência da variável ganho de peso materno, apesar da convicção de que a qualidade das in formações obtidas absolutamente corresponde à importância que representa o seu estudo. Conseguida através da pesagem da paciente em seu ingresso na Maternidade (dado, portanto, absolutamente fidedigno) o cálculo do ganho ponderal completa-se a partir da informação dada pela mãe de seu peso habitual antes do início desta gravidez. Sabemos que o nível de nossas parturientes nem sempre favorece precisão de informação neste particular, o que põe em risco a integridade dos dados que analisamos. Por outro lado, a importância de considerar o debate deste aspecto, levou-nos a incluir os dados que tinham características mais aproveitáveis, ainda que sua interpretação pudes se ser objeto de suspeição.

#### ANTECEDENTES PRÉ-NATAL

Uma das razões atribuídas ao mau desempenho obstétrico das pacientes adolescentes tem sido a insuficiência de cui dado pré-natais a que geralmente estão submetidas.

Hollingsworth (51) refere que entre adolescentes que planejam continuar suas gravidezes a primeira consulta em ge ral se realiza em torno do 5º mês de gestação.

Nossos dados confirmam estes achados, demonstrando que foi maior o número de adolescentes que iniciou o pré-na tal do 6º mês em diante. As razões para esta tardia aproximação são muito variadas, mas basicamente estariam relacionadas às reações emocionais que experimentam, e à falta de disponibi lidade de serviços de saúde apropriados para recebê-las.

Fato agravante desta situação é a interrupção fre quente do acompanhamento pré-natal, determinada por razões múltiplas, entre as quais a nosso juízo estaria a falta de serviços apropriados à problemática específica da grávida no período de adolescência.

De nossas pacientes adolescentes 38.7% não frequenta ram qualquer tipo de Serviço de Pré-Natal, número significati-

vamente superior ao de pacientes mais idosas. Além do mais, o número total médio de consultas foi de 2.6 inferior ao apresentado pelas mulheres de 20 a 29 anos (3.3) e igualmente insuficiente.

Azocar (8) encontrou entre primigestas precoces (16 anos ou menos) 22% sem qualquer tipo de assistência pré-natal, número que se elevou a 46% entre solteiras. Ryan (111) com população de idade semelhante à nossa refere taxa de 30% Ausin (6) e Hutchins (54), apontam que é menor a frequência de gestantes adolescentes aos serviços de pré-natal comparativamente à da população geral. Entre nós, Mathias (75) observa cifra de 72%, Valente (127) apresenta 65%.

Considerando apenas aquelas que freqüentaram algum tipo de pré-natal, nossa média de consulta sobe para 4.3 contra 4.9 das do grupo controle, entre todas as paridades e para 4.4 entre adolescentes nulíparas.

Estes números apesar de satisfatórios dentro de uma perspectiva nacional, longe estão de uma proposta ideal (52) que requer pelo menos um exame mensal até o 7º mês, bi-semanal no 8º mês e semanal no último mês de gravidez, ou conforme propõe Hassan (49) um número mínimo de 5 consultas, desde que a paciente fosse captada antes da 13a. semana e fosse controlada no serviço.

Importante é destacar que em nossa Maternidade, por motivos relacionados à avaliação de procedimentos, procuramos dar prioridade à internação de pacientes acompanhadas no Ambulatório de Pré-Natal de Adolescentes, o que provavelmente modifica à favor, nossos números finais.

#### GANHO DE PESO

O ganho ponderal materno durante o período gestacional tem sido objeto de estudo dos pesquisadores de diferentes ângulos de interesse.

Naeye (84), por exemplo, destaca a importância da competição por nutrientes desencadeada pelas necessidades do feto e da mãe, ainda em idade de crescimento e desenvolvimento. En

controu este autor, crescimento em peso, semelhante para adolescentes e não adolescentes grávidas, embora destacasse que o baixo-peso do R.N. entre adolescentes, estaria relacionado à deficiência nutricional materna ou a um ganho de peso insuficiente para responder à exigência do binômio em desenvolvimento.

Hassan (49) acentua a necessidade de crescer da adolescente, que exigiria para este fim o equivalente suplementar ponderal de 2.5 a 3.6 kg, e que modificaria suas cifras de ganho de peso excessivo (acima de 11 kg) entre adolescentes de 35% para 15.6%.

Duenhoelter (34) e Tatelbaun (122) encontram igual comportamento entre adolescentes e controle, em relação ao excesso de peso (acima de 11 quilos) e ganho de peso inapropriado (abaixo de 5 e acima de 16 quilos), embora como Briggs (16) e Mussio (83) revelem taxas percentuais relativamente altas.

Em nossa população a distribuição de ganho ponderal nos 2 grupos foi estatisticamente semelhante.

Ainda que não exista consenso a respeito do ganho de peso ideal para a gravidez, fixamos um limite de 20 kg de ganho para a classificação de excesso ponderal, para encontrar um limite médio dos relatados na literatura. Com este critério pudemos observar, que não existe diferença significativa entre adolescentes e não adolescentes.

#### RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Mathias (76) ao considerar o fato de que em sua população de estudo nenhuma adolescente apresentou o diagnóstico de amniorrexe prematura, observa que a explicação possível poderia ser a falta de intercurso sexual, pois estas mulheres, geralmente solteiras, quando grávidas, isolar-se-iam mais frequentemente.

Nossos achados, entretanto, não nos permitem aderir a esta conceituação. 15% das adolescentes consideradas globalmente, ou individualizadas como nulíparas, apresentaram ruptura prematura de membranas. Ainda que o grupo controle tenha apresentado cifras estatisticamente equivalentes, estas taxas excedem

os números por nós encontrados anteriormente (9.7%) para nossa população hospitalar (101), embora encontrem-se dentro dos limites de freqüência referidos na literatura.

Da mesma forma, McGanity (79) e Uberti (125) não encontraram números diferentes dos da população em geral, se bem que Beri'C (14) tenha relatado cifras inferiores entre adolescentes, quando comparadas à população controle.

Perkins (98) e Youngs (133), dos poucos autores que apresentam os números referentes a seus resultados, apontam 8% e 5.2%, respectivamente, de ocorrência de ruptura prematura de membranas.

Não temos explicações definitivas para os elevados números encontrados entre nossas adolescentes. Algumas situações apontadas habitualmente como relacionadas a esta complicação anexial, tais como processos infecciosos vaginais e cervicais (37), exacerbação da contratilidade uterina (partos prematuros) (123), infecção urinária (112) e toxemia gravídica (101, 123), poderiam ser lembrados, uma vez que são situações mórbi- das encontradas com grande freqüência em nosso grupo de estudo.

#### EVOLUÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Segundo Chesley (23), entre os fatores que predispõe ao desenvolvimento da pré-eclâmpsia - eclâmpsia, alinham-se a nuliparidade e os extremos de idade na vida reprodutiva.

Desde 1694, Mauriceau, observou que primigrávidas, especialmente as mais velhas, são mais predispostas a desenvolver eclâmpsia que as multigrávidas. A condição de primigrávida seria um fator de tal importância que MacGillivray em 1958 encontrou uma reduzida incidência de pré-eclâmpsia em 516 mulheres que completaram sua segunda gravidez seguida de um aborto na primeira, quando comparadas à primigrávidas.

Muitos casos de eclâmpsia ocorrem em mulheres de 20 a 25 anos de idade, mas esta incidência se relaciona intimamente com o fato de que muitas primeiras gravidezes ocorrem neste grupo etário.

A incidência por idade demonstra que mulheres muito

jovens e acima de 35 anos têm um risco de contrair esta doença maior que as de outras faixas etárias. O aumento da incidência em mulheres mais idosas estaria relacionado ao fato de que nesta fase da vida é maior a prevalência de hipertensão essencial. A alta incidência em jovens adolescentes estaria por sua vez relacionada ao inadequado desenvolvimento da vasculatura uterina (embora esta explicação seja meramente especulativa).

Ainda Chesley, considera outros fatores de menor importância, como gravidez "ilegítima", estado sócio-econômico - cultural, raça e distribuição geográfica, que devem ser considerados dentro da mesma óptica de interpretação quando analisamos os resultados de literatura e os nossos próprios.

Marchetti (71) estudando adolescentes entre 12 e 16 anos, com 93.7% de primíparas, e quase todas negras, encontrou como complicação mais freqüente a toxemia, com incidência de 19.7%.

Aznar (7) e Briggs (16) em população com a mesma idade, mas com composição racial diferente, encontraram respectivamente 10% e 3%, salientando o segundo autor, que a notavelmente baixa incidência de toxemia, relacionava-se ao provimento de adequada atenção pré-natal e ao envolvimento da raça branca em 93% de seu material de estudo.

Mussio (83) e Poliakoff (103) apresentando estudos com primigestas de 12 a 15 anos, relatam 17.7% e 28% de toxemia respectivamente.

Hassan (49) com gestantes primíparas de 12 a 15 anos já apresenta cifras de 8.8% apenas ligeiramente superiores ao grupo controle de primíparas de 22 anos de idade, que teve 6.4% de toxemia.

Em trabalho mais recente, Duenhoelter (34), mostrou incidência de 35% para 471 pacientes abaixo de 15 anos de idade, estatisticamente diferente dos 25.5% de toxemia ocorridas no grupo da mesma dimensão e com idade variando entre 19 e 25 anos.

Hutchins (54) num trabalho retrospectivo de 4.224 partos de adolescentes encontrou 9.3% para menores de 16 anos, 6.7% entre 17 e 19 anos e apenas 3.9% no grupo controle de 20 a 34 anos.



Perkins (98) em estudo com adolescentes abaixo de 17 anos demonstrou incidência inferior à população controle 21.9% contra 25.0%, diferença entretanto, não estatisticamente significativa.

Dwyer (35), com 231 pacientes de 12 a 16 anos, a maioria primípara, encontrou uma incidência de toxemia extremamente baixa.

Osbourne (93) analisando comparativamente 715 primigrávidas abaixo de 20 anos e 464 primigrávidas entre 20 e 24 anos não encontrou diferença estatisticamente significativa entre os 7.2 e 9.5% dos respectivos grupos. Acentua o contraste dos seus dados com os disponíveis em outros trabalhos e a maior incidência no grupo controle (ainda que ligeira).

Tatelbaum (122) com população de 19 anos ou menos, primigrávidas e solteiras na primeira visita prenatal, comparadas com outros grupos igualmente adolescentes mas de serviços diferentes, encontrou também cifras baixas de pré-eclâmpsia e não diferentes entre si. No momento do parto e no puerpério estas cifras elevaram-se, equiparando-se às relatadas habitualmente, mantendo-se entretanto semelhantes estatisticamente, em que pese o tratamento pré-natal de origem diferente.

Faundes (38) observando as relações entre idade e síndromes hipertensivas, demonstra que sua frequência mantém-se mais ou menos constante desde os 15 anos até o grupo de 25 a 29 anos, aumentando a partir daí de modo significativo. Observa, por outro lado, que as maiores incidências de toxemia são observadas em nulíparas e em multíparas de 7 ou mais. Analisando de forma conjunta a relação da idade e paridade com a frequência de toxemia, anota que a incidência do aparecimento de síndrome hipertensivo aumenta em relação a maior idade de todas as mulheres de uma mesma paridade. A influência da paridade não apresenta igual característica ao manter constante a variável do grupo de idade. As diferenças estatísticas são significativas em todos os grupos de idade de igual paridade. Não tem significação nos grupos de 15 a 19 e 40 ou mais anos quando não se relaciona com aumento na paridade.

Costa (27) entre nós, em recente estudo com primíparas precoces (13 a 15 anos) comparadas à mais idosas (18 a 20 anos) encontrou 6.2% de toxemia grave nos 2 grupos. Destaca que

a pré-eclâmpsia grave (acima de 110 de diastólica) apareceu em maior proporção no grupo controle que no mais jovem, observando-se o inverso no concernente à eclâmpsia, que surgiu 1.47% no grupo jovem e 0.37% das vezes no controle. Submetendo estes valores a um teste estatístico não encontrou diferenças significativas.

Em nosso estudo encontramos para todas as adolescentes 19.2% de quadros hipertensivos, contra 21.3% para maiores de 19 anos. Quando particularizamos a análise para pacientes nulíparas o total de hipertensas no grupo mais jovem foi de 24.2% contra 21.8% no grupo controle. Estas cifras encontram uma posição mediana na literatura.

Quando separamos as formas de origem provavelmente gestacional (formas toxêmicas), excluindo-se as eclâmpsias, encontramos proporções equivalentes estatisticamente entre os 2 grupos.

Da mesma forma é extremamente semelhante a ocorrência de formas hipertensivas não toxêmicas em ambos os grupos, ainda que ligeiramente superiores para as pacientes de mais idade.

Quanto às eclâmpsias, importante é destacar que dos 10 quadros diagnosticados, 4 pertenciam ao grupo de adolescentes e 6 no grupo controle, embora todas tivessem ocorrido em pacientes nulíparas. A incidência de 0.54% de eclâmpsia nas 2 populações em conjunto tem correspondência na maior parte da literatura.

Quando confrontamos nulíparas e múltiparas intra-grupos, mantêm-se a expectativa da literatura, que observa maior incidência de D.H.E.G. para nulíparas em qualquer idade.

O fato de que não encontramos maior incidência de toxemia gravídica, entre adolescentes, está em desacordo aparente com parte da literatura. Entre resultados nacionais encontrariam apoio em Costa (27) e Uberti (125) e confronto em Mathias (76) e Valente (127). Entre trabalhos estrangeiros a maioria encontra maior incidência em adolescentes (7, 16, 34, 54, 71, 83, 103) e alguns poucos não confirmam esta tendência (35, 77, 93, 98).

Acreditamos que a explicação destas discrepâncias po

derã estar contida em várias circunstâncias já detectadas na discussão acima apresentada. As amostras são de dimensão muito variável, os limites de idade tanto nos grupos de estudo como nos controles são habitualmente diferentes e a própria definição de hipertensão e toxemia, obedece a critérios nem sempre superponíveis. Além do mais as diferenças raciais, socio-econômicas-culturais, nutricionais e o número de consultas pré-natais e a paridade, possivelmente sejam variáveis que modifiquem os resultados nos diferentes estudos considerados.

### INFECCÕES

Não existem referências especiais sobre a maior ocorrência de doenças infecciosas no grupo de adolescentes grávidas, exceto como já discutimos anteriormente, para moléstias venéreas e infecção urinária.

Em nosso grupo de adolescentes houve ligeiro predomínio estatisticamente significativo de doenças infecciosas, em comparação ao grupo controle, sendo a sífilis a entidade mais frequente. As viroses em geral e a infecção urinária vem a seguir, embora em separado não sejam significativamente mais frequentes que no grupo de 20 a 29 anos.

Em relação a infecção urinária Mathias (75), McGanity (79), Osbourne (93) e Youngs (133) apresentam cifras superiores às nossas. Duenhoelter (34) e Valente (127) também não dão à esta patologia, expressão numérica de monta.

Quanto à doenças venéreas, Azocar (8), Duenhoelter (34), Dwyer (35), Hassan (49) e Youngs (133), não encontraram taxas importantes entre adolescentes ao contrário de McGanity (79), Mussio (83) e Valente (127).

Como já havíamos comentado para variáveis sociais, chama a atenção a precariedade extra-biológica a que estão submetidas as gestantes adolescentes.

A observação dos números relativos à consulta pré-natal confirmam esta situação. As adolescentes freqüentam menos pré-natal, são menos assíduas e em geral são captadas tar-

diamente. O reflexo desta atitude fatalmente será sentido no desempenho perinatal, além de repercutir desfavoravelmente sobre nossas possibilidades de corrigir as anormalidades eventuais da gravidez e de impedir uma preparação emocional para o parto mais adequada.

As raízes deste comportamento, apesar de não serem objetos deste estudo, podem ser especuladas. A gravidez indesejada e repelida inconscientemente, a insuficiência de conhecimentos e recursos para um diagnóstico de certeza, o medo das repercussões familiares e sociais, a ausência de serviços pré-natais especializados ou mesmo a incapacidade de obter recursos para frequentar os existentes, atormentam a jovem grávida, que tende a isolar-se ou a buscar soluções acobertadoras, como o abortamento provocado.

A presença de um número maior de infecções no nosso grupo de estudo, com destaque para doenças venéreas, bem como de cifras excessivamente altas de síndromes hipertensivos e de ruptura prematura de membranas, servem para confirmar as observações acima efetuadas.

A análise do ganho ponderal materno, ainda que objeto de críticas, merece ser considerada dentro deste panorama, quando observamos 2.9% de pacientes com ganho negativo e 21.7% com ganho de 1 a 5 kg e que poderíamos considerar como insuficientes para as exigências da gravidez, particularmente em jovens, que por sua condição de crescimento e desenvolvimento, necessitam recursos suplementares de alimentação.

#### VARIÁVEIS DO PARTO

Procuramos neste grupo de variáveis analisar o maior número possível de aspectos relacionados ao trabalho de parto.

Sem dúvida, poderá ser apontada como falha, a não discussão de momento de ruptura de membranas, de alterações do líquido amniótico e da frequência cardíaca fetal e de detalhes do período de dequitação. Entretanto, a introdução destas variáveis exigiria um modelo de ficha complementar, o que complicaria as rotinas do Serviço, e não encontraria justificativa

sólida junto à literatura que discute a gravidez na adolescência.

#### ANALGESIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Na obstetrícia moderna, é relativamente comum a utilização de recursos farmacológicos para amenizar ou mesmo suprimir as dores do trabalho de parto.

Segundo Hollingsworth (52) "o mistério da parturição é especialmente assustador principalmente para uma adolescente despreparada". Nesse sentido, estas jovens teriam durante o trabalho de parturição um comportamento rebelde, difícil e pouco cooperativo.

O uso de substâncias analgésicas, por estas razões, seria particularmente alto nesta faixa etária, à despeito da atual revisão crítica, que procura avaliar os benefícios e prejuízos que esta atitude proporciona.

Em nosso grupo de estudo utilizou-se duas vezes mais analgesia que no controle. Nada menos que 30% de todas as jovens de menos de 20 anos de idade tiveram parte do seu trabalho de parto sob ação de algum tipo de analgésico.

Valente (127) refere ter usado 39.7% de sedação entre as primigestas e 9.69% entre multigestas, Mathias (75) observa 16.2% de analgesia de parto, enquanto Youngs (133) afirma que 92% de toda sua população adolescente utilizaram algum tipo de droga com esta finalidade durante o trabalho de parto.

Quando estudamos separadamente apenas nulíparas, observamos um incremento percentual do uso de analgésico nos 2 grupos. Entretanto, este aumento não é proporcional para adolescentes e não adolescentes, o que determina um achatamento da diferença entre os 2 grupos, à ponto de desaparecer a diferença estatística.

Assim, nossos resultados demonstram haver uma tendência manifesta em se administrar mais analgésicos às pacientes mais jovens, embora esta tendência seja devida principalmente ao predomínio de nulíparas entre adolescentes, já que quando as nulíparas são analisadas separadamente, anula-se a significação estatística.

A peridural continua, o bloqueio raquídeo, os benzoa-diazepínicos e a meperidina foram os tocoanalgésicos mais utilizados. Entre as adolescentes o mais comum foi a peridural e uso de meperidina e benzodiazepínicos isolados ou em combinação, foi significativamente maior entre pacientes de mais idade.

#### INDICAÇÕES DO USO DE OCITOCINA

Encontramos em nossa população de adolescentes número maior de circunstâncias, em que se utilizou ocitocina.

Entre as causas anotadas para seu uso observamos que a principal foi a necessidade de se "conduzir" o parto. Este resultado concorda com os achados de Ryan (111), Valente (127) e Santos (155) que referem cifras igualmente elevadas de uso de ocitocina com esta finalidade. Entretanto, outros autores como Israel (55) e Osbourne (93) Perkins (98), encontraram situações de "condução de parto" com o uso de ocitocina, mais freqüentemente entre pacientes do grupo controle que entre adolescentes. Já Mathias (75) sem referir a utilização da ocitocina com estes propósitos, observa que a segunda causa de cesárea entre as adolescentes que estudou foi distócia funcional.

As razões para o aparecimento de anormalidade na fisiologia da contratilidade uterina da adolescente, que caracterizam distócias de função e exigem providências especiais para a consecução do parto, são a nosso ver meramente especulativas. Poderíamos, com o apoio da literatura, referir a imaturidade da musculatura uterina, a distócia agravada (secundária, por exemplo à distócia de trajeto, à desproporção céfalo-pélvica) e fatores emocionais que geral incoordenação das contrações uterinas. Além dessas possibilidades devemos lembrar que grande número destas pacientes utiliza sedação e analgesia durante o trabalho de parto, procedimento que é referido como uma das causas de modificação do comportamento da dinâmica uterina (14).

Entretanto é mister destacar-se, que em nosso estudo , o uso de analgesia, não foi especialmente maior para adolescentes quando estudamos separadamente as nulíparas.

#### FORMA DE INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO

A maior parte das adolescentes teve o trabalho de parto deflagrado de forma espontânea. 3.1% de todos os casos (incluindo-se um caso de natimorto em que se utilizou ocitocina mais solução hipertônica para iniciar o parto) foram induzidos com ocitocina, número estatisticamente menor ao do controle.

Com exceção de Osbourne (93) que apesar de inferir menor número de indução entre adolescentes, apresenta a elevada taxa de 29.5% de induções, todos os demais autores pesquisados apresentam números da mesma ordem de grandeza que os nossos (55, 98, 127). Entendemos que a enorme discrepância apresentada por Osbourne, no que se refere aos altos índices de partos induzidos, deva-se ao fato de que o autor pertence à Escola Obstétrica Inglesa, que sabemos cultivar a indução farmacológica do trabalho de parto (29).

#### FORMA DE TERMINAÇÃO DO PARTO

As observações à respeito da terminação do parto de adolescentes existentes na literatura são numerosíssimas e dependem da análise de uma gama de fatores para correta interpretação.

As séries apresentadas nem sempre podem ser confrontadas, ora porque os limites de idade considerados são múltiplos, ora porque as dimensões das amostras são muito diferentes ou ainda porque a procedência sócio-econômico-cultural das pacientes é muito variada.

Sabemos que a decisão médica da forma de terminação do parto deve estar ligada à segurança de vida da mãe e do feto e à redução da morbidade de ambos. Mas, algumas vezes, as

razões são mais obscuras, transcendendo aquelas de natureza exclusivamente médicas (66), e o trabalho de comparar cifras fica invariavelmente comprometido.

O parto transpélvico, entre adolescentes tem sido a norma observada (6, 8, 34, 35, 49, 54, 55, 98, 133) fato que se confirma em nosso estudo. Também coincide com nossos n<sup>u</sup>m<sup>e</sup>ros a elevada incidência de partos terminados com fórcepe, particularmente aqueles chamados de "alívio ou baixos" (6, 16, 49, 55, 75, 98, 116, 122, 127, 133). Ainda é mister destacar o predomínio do uso de fórcepe entre as adolescentes nulíparas (115).

As nossas cifras de cesariana representam com raríssimas exceções (75, 127) as mais elevadas das que encontramos na literatura (6, 8, 24, 34, 35, 49, 54, 55, 98, 115, 116, 133) que geralmente estão abaixo de 10%. Por outro lado, são poucas as observações que apontam maior incidência de operações cesarianas entre adolescentes, comparativamente a idades superiores (27, 79, 122).

Como nós, alguns autores não encontraram diferença das taxas de cesariana entre adolescentes e seus grupos controles (54, 55, 111, 125, 127), enquanto outros (14, 16, 35, 98, 116), apresentam incidência de operação cesariana aquém daquela consignada no grupo controle.

Estas observações põem em destaque a falta de conceitos uniformes à respeito do problema.

#### APRESENTAÇÃO FETAL

Segundo Araujo (4), várias explicações poder ser aventadas para esclarecer o determinismo das apresentações. Fatores relacionados às leis físicas da gravitação, à lei de acomodação de Pajot, à localização da placenta, vícios da conformação fetal, anomalias uterinas e a multiparidade, condicionante de hipotonia uterina e relaxamento da parede abdominal, estariam co-participando no determinismo da apresentação.

Em nosso material, não houve diferenças entre os 2 grupos, tanto para nulíparas como múltiparas, quanto à inci



dência de apresentação de vértice e pélvicas. As únicas diferenças anotadas foram quanto a incidência de defletidas, menor no grupo de adolescentes e que desaparece quando se controla a paridade. Admitimos, por conseguinte, que a explicação possível para este achado, encontra-se provavelmente na maior frequência de múltiparas existentes no grupo controle.

McGanity (79) faz referências a um predomínio de apresentação e posição anormais entre adolescentes. Beri'c (14) encontra menor número de deflexões e anomalias de rotação Mathias (76) apresenta 7.6% de apresentações defletidas, número superior ao encontrado no grupo de mais idosas. Faundes (38) analisando de forma conjunta as relações entre idade e paridade e frequência de apresentação de tronco só observou diferenças significativas para a idade nos casos de paridade 1-2 e 5-6 e diferenças significativas para a paridade na idade de 20 a 34 anos. Conclui que com estes resultados não é possível apurar qual destes fatores tem maior importância como fator de risco para que ocorra esta distócia.

De modo geral, a maior parte dos trabalhos, não faz referência especial ao predomínio de alguma anormalidade de apresentação, para gestantes adolescentes (8, 49, 55, 83, 98, 127, 133).

#### VARIEDADE DE POSIÇÃO

É bem antigo o conceito entre os parteiros de que as variedades posteriores têm um prognóstico desfavorável. Tal impressão derivou, provavelmente, de que classicamente admitiam-se serem as occipto-posteriores extremamente raras, terminando sempre em rotação para o sacro. Para Rezende (108), os estudos de Nagele, Stoltz, Velpan e outros, derrubaram estes conceitos equivocados, entretanto, permanece para alguns a impressão de que as posteriores tem uma rotação mais lenta e mais penosa, pela flexão incompleta da cabeça.

Buscamos por estas razões, descobrir se em nosso material, haveria diferenças de incidência de variedade de posição

que pudesse influir em outras variáveis, tais como: duração do trabalho de parto, parto operatório, incidência de fórceps, etc.

Entre nossas adolescentes as frequências percentuais das variedades de posição foram: E.A. (45.6%), E.T. (18.5) D.P. (14.1%), D.T. (10.2%), D.A. (7.7%) e E.P. (3.9%), assemelhando-se às encontradas na literatura, exceção feita a incidência mais elevada das direita-anteriores (108).

Comparativamente ao grupo controle, entretanto, houve uma incidência maior mas não significativa das variedades posteriores, particularmente as da 1ª oblíqua, entre as adolescentes.

O peso desta constatação e seu rol de influência no comportamento de outras variáveis é tarefa difícil de se implementar, entretanto, entendemos que o seu registro deve ser efetuado para somar novos elementos de interpretação para os estudiosos da gravidez na adolescência.

#### DURAÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO

Variam as opiniões sobre o que seja parto prolongado, embora haja concordância em se reconhecer maior morboletalidade materna e fetal decorrente da sua presença.

Os procedimentos modernos de assistência ao parto, através de toques repetidos, uso de fármacos, ruptura artificial de membranas, fórceps e outros, modificam a duração do período de dilatação, comprometendo a validade das estatísticas e o interesse de sua comparação. Ainda assim, podemos admitir as palavras de Rezende (108) segundo os quais "biologicamente os extremos são indesejáveis".

Segundo Hunt (53) seria maior a incidência de partos prolongados entre adolescentes, opinião esposada por Tatelbaum (122) que encontrou 23.4% dos trabalhos de parto entre adolescentes, anormalmente longos. Hassan (49) discute o problema pormenorizadamente, e observa 3.15% de partos prolongados entre jovens de 15 anos ou menos, porcentagem superior a encontrada no grupo controle. Bohner (15) dá uma incidência de 4%

entre pacientes de 12 a 16 anos, significativamente maior que a de 0.3% das controles, de 20 a 29 anos. Aznar (7) também aponta maior incidência de trabalho de parto prolongado em pacientes com 15 anos ou menos.

Em nosso trabalho pudemos observar que a duração do período de dilatação foi mais longa no grupo de menores de 20 anos, dados concordante com os de Uberti (125), que qualifi - cou melhor seus resultados monitorizando eletronicamente todas as suas pacientes. Entretanto, não confirmamos os achados desta autora, quando estudamos isoladamente as pacientes nulíparas, que se comportaram igualmente àquelas do grupo controle, o que demonstra que a paridade é a variável determinante desta diferença.

Se considerarmos válida a definição de Hirst, segundo a qual é distócico o parto que ultrapassa 24 horas de duração, tivemos 11.6% de partos anormalmente prolongados entre as adolescentes de todas as paridades e 13.7% entre adolescentes nulíparas. Importante é ressaltar que estas cifras, são não obstante, da mesma ordem de grandeza das observadas no grupo controle. Entretanto, estes números são equivalentes aos encontrados por Claman (24) em população de 15 anos ou menos e para os quais, o autor apesar de considerá-los altos, não tem explicação.

#### DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO

Poucos autores mencionam separadamente a duração do período expulsivo entre adolescentes. Mussio (83) refere que a duração média do expulsivo entre 50 jovens de 14 anos ou menos, foi de 1 hora e 4 minutos. Tatelbaum (122) encontrou 17% de suas adolescentes com período expulsivo prolongado, assim entendendo aquelas situações que sobrepassam o tempo de 2 horas. Duenhoelter (34) refere igual duração para adoles - centes e seu grupo controle. Azocar (8) observa que 32% apresentaram período expulsivo inferior a 10 minutos, 40.6% entre 10 e 20 e 12.3% entre 20 e 30 minutos.

Em nosso estudo a duração do período expulsivo foi significativamente maior entre adolescentes, onde a exemplo de Duenhoelter, o comportamento de ambos os grupos foi igual. Entretanto, esta duração maior corresponde principalmente a uma menor proporção de expulsivos com menos de 5 minutos, sendo que a porcentagem de expulsivos de 30 minutos ou mais de duração foi igual nos 2 grupos.

Nossas porcentuais assemelham-se muito aos de Azocar, mas apenas uma adolescente teve seu período expulsivo superior a 2 horas, conforme a definição de Tatelbaum.

### INDICAÇÕES DE CESÁREA

O número de cesáreas entre adolescentes não foi diferente daquele encontrado para as pacientes de 20 a 29 anos, quer seja para nulíparas ou multíparas, dados aliás de acordo com os achados dos outros autores. Entretanto, as indicações de cirurgia são variadas e nem sempre concordantes.

Entre as adolescentes consideradas todas as paridades, a principal indicação de cesárea foi sofrimento fetal achados que concordam com os referidos por Mathias (75) para pacientes nulíparas. Entretanto, grande parte da literatura tem referido que a desproporção céfalo-pélvica (DCP) é a causa principal de cesárea entre adolescentes, uma vez que neste grupo etário a bacia óssea não teria atingido seu pleno desenvolvimento (53, 55, 78, 116). Sob este aspecto convém destacar que apesar de a DCP ser a segunda causa de cesariana para o grupo adolescente (outra vez concordante com Mathias (75)), sua incidência não foi significativamente maior que no grupo controle. Outros autores, porém, também confirmam estes achados (27, 34, 125).

Outro aspecto digno de se realçar é a "cesárea anterior" como a terceira causa de cesárea no grupo de adolescentes. Esta situação, aparentemente despropositada, configura a tendência atual da Obstetrícia Brasileira de apresentar altos índices de partos cirúrgicos (59, 66, 82).

Entre nulíparas adolescentes a terceira principal indicação foi "apresentações pélvicas e córmicas", mostrando um tipo de conduta desde há muito adotada em nosso Serviço, de indicar operação cesariana sistematicamente nestas situações.

Assim é que no grupo controle a principal indicação de cesárea foi antecedente de cesárea anterior.

Ainda no grupo controle, a segunda causa de cesárea foi sofrimento fetal e a terceira, DCP. Entre nulíparas, neste grupo, a ordem foi sofrimento fetal, distócia de partos molles e DCP.

Outro fato interessante de se destacar é a ausência de cesarianas entre adolescentes motivadas por placenta prévia, gravidez prolongada, acidente de cordão, diabetes e logicamente, infertilidade.

#### INDICAÇÃO DE FÓRCIPE

Já destacamos em outra parte que entre adolescentes foi maior o uso de fôrcipe. Como no grupo controle, houve equilíbrio nas indicações de sua utilização, ou seja, houve igual proporção de fôrcipe de alívio e fôrcipe para corrigir distócias.

Esta situação, de maior indicação de fôrcipe para adolescentes tem sido de observação freqüente (6, 55, 75, 127, 133), sendo considerada boa prática obstétrica e portanto bastante difundida. Para Briggs que usou fôrcipe em 78% dos casos, a maior parte foi com sentido de alívio materno (16) ; Israel (55) como nós, indica igualmente para alívio e para corrigir distócias; Valente (127) usou duas vezes mais como alívio e Mussio (83) com suas adolescentes de 14 anos ou menos, usou praticamente só como alívio.

#### ANESTESIA PARA O EXPULSIVO E/OU INTERVENÇÕES

Apenas 14.5% das adolescentes não fizeram uso de qual

quer tipo de anestesia, número significativamente inferior aos 32.6% encontrados no grupo controle.

As explicações para esta situação residem nas observações anteriormente discutidas, ou seja, maior número de nulíparas e de partos operatórios entre adolescentes. Além do mais, poderíamos acrescentar que maior número de parturientes abaixo de 20 anos chegou ao período expulsivo com anestesia já instalada no período de dilatação, se bem que a diferença se mantém mesmo quando excetuamos estas situações.

Mathias (75) apresenta casuística ainda inferior de pacientes sem anestesia (7.5%), destacando grande número de partos com anestesia local (43.8%) e boa parte com anestesia de condução. Youngs (133) refere 5% de suas adolescentes sem anestesia, 5% com local, 21% pudenda e 67% com anestesia de condução.

Apenas em 1.3% de nossas adolescentes foi utilizada anestesia geral, número que coincide com o relato de Mathias (75).

#### OPERAÇÕES COMPLEMENTARES MENORES

Em 65.6% das pacientes adolescentes praticou-se algum tipo de operação complementar, número significativamente maior que o encontrado para as do grupo controle. A razão desta diferença pode ser explicada pelo número maior de episiotomias praticadas no grupo mais jovem, uma vez que ali predominam pacientes nulíparas e que freqüentemente tiveram seus partos ultimados por fórceps.

Quando excluimos as episiotomias, encontramos 14.5% das adolescentes que necessitaram de operações complementares para o reparo de lacerações e rupturas das partes moles do canal de parto, contra 11.4% entre as do grupo controle, diferença não significativa estatisticamente.

Briggs (16) encontrou em seu estudo que o maior número de complicações maternas deveu-se à lacerações genitais intra-parto. Discute a sua correlação com o uso de fórceps, erro

de assistência e a fatores possivelmente relacionados com a imaturidade do canal mole do parto. Hassan (49) encontrou apenas lacerações cervicais (4.4%) em número ligeiramente superior ao apresentado por seus controles, e as correlacionou, com as mesmas causas apontadas por Briggs.

Dwyer (35), também confirma maior incidência de lacerações genitais, mas é Valente (127) que apresenta a elevada taxa de 22.77% de lacerações de todo o trato mole do parto, considerando que a explicação para o fato reside também, na relativa imaturidade do canal de parto da adolescente.

Beri'c (14) ao contrário da maioria dos autores e de nossos próprios resultados, encontra menor percentual de injúrias ao canal de parto entre as adolescentes do que entre as de mais idade.

As variáveis do trabalho de parto são extremamente interessantes para corroborar a hipótese de que as adolescentes são mulheres aptas do ponto de vista biológico (ou orgânico) para dar à luz.

A forma de início do seu trabalho de parto é na maioria das vezes, espontânea. A utilização maior de analgesia durante o trabalho de parto e de anestesia para o período expulsivo, está ligada basicamente à protocolos de condutas do nosso Serviço, que preconizam um alargamento das indicações de analgesia para nulíparas (em maior número entre adolescentes) e a terminação do parto por fórceps para esta condição obstétrica.

Não há predomínio de qualquer tipo de apresentação e nem tampouco de alguma variedade de posição em particular. O maior uso de ocitocina é explicado por uma maior incidência de condução do parto, que entretanto se anula com o controle da paridade.

O parto cesáreo é equivalente nos 2 grupos, chegando mesmo a ser significativamente inferior entre nulíparas adolescentes, embora as indicações para sua realização, sejam, como seria lícito supor, diferentes nos 2 grupos de idade. Não há maior número de desproporção feto-pélvica entre as mais jovens, como habitualmente se apregoa, como também, são semelhantes os prejuízos determinados ao canal mole de parto.

E finalmente, os períodos de dilatação e expulsivo são aparecem como sendo diferentes, quando não tomamos o cuidado de considerar, pelo lado das adolescentes, um maior número de nulíparas e pelo das controle, a maior incidência de múltiplas.

#### VARIÁVEIS DO RECÉM-NASCIDO (R.N.)

As variáveis selecionadas para o estudo dos R.N., compreendem a nosso modo de ver, todas as principais características que são consideradas importantes para a avaliação do comportamento neonatal das populações em questão.

Apenas nos dispensamos, dentro do protocolo inicial, de analisar a altura do R.N., uma vez que não foi encontrada justificativa consistente para sua consideração.

#### PESO DO RECÉM-NASCIDO

O propósito de classificar aos neonatos segundo a relação entre o peso e idade gestacional responde à necessidade de ter um método que permita estimar com a maior precisão possível o risco de morrer de uma população neonatal (28). Sabe-se também que certas patologias neonatais, têm maior frequência em determinados grupos de peso e idade gestacional (icterícias, síndromes respiratórias, hemorragias) e que são as causas básicas ou mais freqüentemente associadas às mortes neonatais.

Entretanto, para simplificar a análise de nossos resultados, uma vez que um aprofundamento no seu estudo não atende aos principais interesses deste trabalho, deixamos de considerar estas duas variáveis em conjunto (como seria possível realizar com as curvas construídas para este fim), utilizando apenas os critérios internacionalmente aceitos para a definição de baixo peso e prematuro.

Está comprovado que em diferentes grupos humanos o



crescimento intra-uterino para cada idade gestacional é diferente, havendo sido aventadas múltiplas razões (ecológicas , biológicas) para explicar estas diferenças (43).

Segundo Monie (81) o crescimento fetal é modificado por numerosos fatores, que resultam de alterações do macroambiente, do matroambiente e do microambiente. No matroambiente, são considerados os fatores biológicos e psíquicos da gestante, no microambiente as características do útero, anexos e carga genética do feto e no macroambiente aqueles ditos ecológicos e do meio sócio-econômico-cultural em que vive a paciente.

Para a maioria dos autores existe uma idade materna ideal para a reprodução que está compreendida entre 20 e 30 anos. Abaixo ou acima destes limites a incidência de pré-termo e de baixo peso (menos de 2500 g) é maior (1, 131) aumentando também a mortalidade neonatal (87).

Nas gestantes menores de 20 anos a incidência de recém-nascidos de menos de 1500 g é o dobro que das grávidas de 25 a 30 anos (9).

Entretanto, há autores (80) que negam o efeito da idade materna sobre o peso dos recém-nascidos, considerando que se é controlado o fator paridade, desaparecem as diferenças de peso entre os diferentes grupos etários.

Tem-se observado que o peso do primeiro filho é menor que os dos subseqüentes, assim como também que as curvas de crescimento intra-uterino para primogênitos mostram na 38ª semana de amenorréia, um peso médio 100 g menor que as curvas de neonatos filhos de mães secundigestas ou multigestas (67, 120). O efeito da paridade por si só, sobre o peso dos R.N. é muito discutido. Alguns (20) consideram que o crescimento do peso médio dos R.N. a partir do 5º filho dever-se-ia mais às más condições sócio-econômicas que ao fator paridade.

Gibson (41) observou que a média de peso aumentava com a paridade quando se fixava a idade materna, mas que não aumentava com a idade quando se fixava a paridade.

Barros (11) entre nós afirma que "o peso de nascimento aumenta com a paridade e a idade materna, estando estas variáveis sempre associadas". "Vários estudos relacionando o efeito da

da paridade e da idade materna sobre o peso ao nascimento", ainda segundo este autor, "indicam que a paridade é das duas, o fator mais importante".

Por outra parte, alguns admitem que certas patologias, como a toxemia gravídica e a anemia por exemplo, incidem mais frequentemente entre as primigestas e particularmente nas mais jovens, redundando em maior incidência de R.N. de baixo-peso.

Ainda poderíamos relacionar, altura e ganho de peso materno, diabetes, infecções, hábito de fumar e outras situações reconhecidas como influentes no crescimento fetal e que distribuídas de modo irregular nas diversas faixas de idade, poderiam interferir na identificação da variável realmente modificadora do peso do R.N.

Apesar das ressalvas e observações acima referidas, existe uma tendência em se aceitar como maior a proporção de R.N. de baixo peso na faixa etária adolescente. Hunt (53) destaca esta tendência, confirmada por Dwyer (35) e por Perkins (98). Mc Ganity (79) apresenta cifra de 15.3%, Hutchins (54) 15.4% e Mc Anarney (78) 14.9%.

Entre autores brasileiros Costa (27) apresenta 24.2% para primigestas abaixo de 18 anos, Mathias (75) 21.3% para um grupo semelhante e Uberti (125) com população de até 18 anos sem levar em conta a paridade, acusa 4.05% apenas de baixo-peso.

Entretanto, apesar das taxas elevadas de baixo peso observada por alguns, muitos são aqueles que não encontram diferença entre adolescentes e a população geral ou controle (27, 78, 116), e há até alguns, como Uberti (125), que encontram média de peso significativamente inferior que a dos controles, embora não encontrasse maior incidência de baixo-peso.

O peso médio do R.N. no grupo de adolescentes foi de 2.831 (D.P. = 602 g) e no controle 2.979 g (D.P. = 588 g).

Tivemos 21.1% de baixo peso entre adolescentes e 15.6% no grupo controle, números da mesma dimensão de outros autores brasileiros (27, 75), e esta diferença foi estatisticamente significativa. Entre nulíparas, os números encontrados foram 22.1% e 16.3%, respectivamente para a adolescentes e não adolescentes, diferença esta que estatisticamente não foi sig-

nificativa. Considerando só as multíparas dos 2 grupos a diferença continua não significativa.

A explicação para estes resultados, que mostram maior proporção entre baixo-peso entre adolescentes, mas que não se mantêm quando controlamos pela paridade, estaria no fato de que no grupo de adolescentes é grande o predomínio de nullíparas, o que estaria modificando o resultado e induzindo à falsa interpretação.

Naeye (84) em recente estudo sobre as conseqüências da competição materno-fetal por nutrientes conclui que os fetos de mães de 10 a 16 anos crescem mais lentamente que os de mulheres mais velhas. Segundo suas observações, o requerimento de nutrientes para o próprio crescimento da adolescente, determina um desfavorável aproveitamento para o crescimento fetal. Se a mãe tem um armazenamento nutricional pré-gravidez favorável (obesidade), o feto seria poupado desta deficiência. Acrescenta ainda, que este "déficit" não permanece após o nascimento, não se refletindo a longo prazo no crescimento pondero-estatural da criança, que seria compensado com uma aceleração ulterior em seu desenvolvimento.

#### APGAR

A distribuição do índice de Apgar em ambos os grupos foi extremamente semelhante, não havendo diferença significativa entre a ocorrência de R.N. vigorosos (7-10) e deprimidos (0-6), ao 1º e 5º minutos, em ambos os grupos.

Ausin (6) em estudo comparativo encontrou diferença estatística ao 1º minuto, em nota de 4 a 6, desfavorável para as adolescentes.

McGanity (79) e Youngs (133) apresentam proporções semelhantes às nossas ao 1º e 5º minutos.

Mc Armarney (77) refere que a distribuição do Apgar é semelhante ao grupo controle, confirmando nossos achados.

Mathias (75) e Costa (27) entre nós corroboram nos resultados, não encontrando diferença estatisticamente sig

nificativas entre adolescentes e controle, ao 1º e 5º minutos.

#### IDADE GESTACIONAL CLÍNICA (CAPURRO)

Habitualmente, a gravidez é classificada de acordo com sua duração em semanas, a partir da informação fornecida pela paciente à respeito de seu último episódio menstrual.

Devemos criticar, entretanto, a validade do método, no mais das vezes o único disponível, porque freqüentemente a parturiente ignora a data da última menstruação e outras, confunde involuntariamente a sua informação com situações de sangramento anormais, amenorréia de lactação, uso de contraceptivos hormonais e outros. No meio sócio-econômico-cultural que vivem nossas pacientes, o hábito de registrar adequadamente esta informação é praticamente ausente, fato observado em 39.7% das adolescentes de Costa (27) e por nós em 30 a 40% em estudo anterior (100).

Assim é que foram desenvolvidos métodos clínicos, que considerando variáveis somáticas e neurológicas do R.N., servem para calcular, dentro de um erro previamente estimado, a idade gestacional (21, 126).

No Serviço de Neonatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas o método de Capurro é utilizado para caracterizar clinicamente a idade gestacional de todos os R.N. vivos, de forma sistematizada e por um residente especialmente treinado.

A idéia de utilizar para nosso estudo esta informação, teve por objetivo diminuir a possibilidade de erro conduzido pela pouca consistência nas informações sobre a duração de amenorréia, que habitualmente nos é fornecida por nossas pacientes.

Em 1970 um comitê especial da Organização Mundial da Saúde (92) definiu como R.N. de pré-termo (prematturos) aqueles que tiveram 37 semanas (259 dias) ou menos de gestação, calculada a partir do primeiro dia da data da última menstruação. A maioria dos R.N. de pré-termo pesa menos de 2500 g ainda que

muitos frequentemente ultrapassem este limite. As crianças que nascem antes das 37 semanas de gestação, com crescimento intra-uterino normal, tem como problema a imaturidade fisiológica (pulmonar, hepática, etc...), tanto mais grave quanto mais curto for o tempo de gestação (67).

No presente material pudemos observar que entre os R.N. de nossas adolescentes 24.3% tinham 37 semanas ou menos de gestação, estimadas pelo Capurro, contra 17.3% apenas do grupo controle, diferença estatisticamente significativa.

Também encontraram maior proporção de prematuros entre adolescentes Azocar (8), Briggs (16), Costa (27), Dwyer (35), Hunt (53), Israel (55), Mathias (75), Ryan (111), Valente (127) e Youngs (133).

Há entretanto, os que consideram que não há diferença nos índices de prematuridade entre adolescentes, como é o caso de Ausin (6), Beri'c (14), Perkins (98) e Uberti (125).

Chama a atenção a enorme variabilidade da incidência de prematuridade, não só entre as adolescentes como para a população controle e/ou em geral, que vai desde 7% até 37.8% , (8, 14, 16, 55, 75, 83, 98, 122, 125, 127 e 133). A disparidade de poderá ser explicada pela diversidade de critérios na seleção das amostras, diferenças sócio-econômico-culturais entre as pacientes estudadas, e até mesmo, pela adoção de definições de prematuridade não concordantes.

Quando separamos as nulíparas, nossa incidência de prematuros entre adolescentes é de 24.1% e de 21.1% no grupo controle, semelhantes estatisticamente. Interessante é notar que estes números concordam com aqueles encontrados por Costa (27), numa população de características sócio-econômico-culturais semelhantes, embora seus limites de idade não sejam em sua totalidade superponíveis.

Quando estudamos adolescentes e não adolescentes, com 1 ou mais paridades anteriores, evidencia-se o predomínio de prematuros entre as adolescentes. Ressalta-se assim, a circunstância de que entre adolescentes a multiparidade contribui para maior números de R.N. prematuros.

Para conclusões ulteriores, a circunstância de maior prematuridade entre adolescentes (multíparas) é muito importante, pela constatação universal (22) de que está intimamente re

lacionada a um aumento da morbo-letalidade perinatal.

#### MORBIDADE NEO-NATAL OU CAUSA DE MORTE

Não encontramos nos vários trabalhos consultados, referências específicas a qualquer situação mórbida neo-natal relacionada à condição de mãe adolescente.

Entretanto, acreditamos ser interessante apresentar à discussão nossos achados, como contribuição para possíveis relações com outras variáveis tais como: o peso ao nascer, o índice de Apgar, idade gestacional e taxas de mortalidade.

No conjunto, não houve diferença significativa entre as situações patológicas encontradas nos 2 grupos. Quando observamos comparativamente cada tipo de patologia, constatamos que também não houve em qualquer das populações consideradas, predomínio de uma entidade mórbida em especial.

A icterícia dita fisiológica foi, à exemplo da considerada patológica (incompatibilidade ABO, RH, e outras causas), da mesma ordem de grandeza em ambos os grupos.

Considerando a maior incidência de prematuros por idade gestacional entre adolescentes multíparas, seria correto admitir uma maior proporção de S.A.R.I. entre adolescentes, circunstância entretanto, que não se confirmou. Também não se confirmou entre as adolescentes uma incidência diferente de processos infecciosos dos seus R.N., como poderia ensejar a condição de maior quantidade de processos infecciosos detectada durante a gravidez deste grupo etário.

A análise global de nossos trabalhos, leva-nos finalmente à conclusão, de que não existe entre R.N. de pacientes adolescentes, qualquer tendência particular que os diferencie dos filhos de mulheres da faixa de idade compreendida entre 20 e 29 anos.

#### MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS

Um fator usualmente relacionado ao aparecimento de

anomalias nos produtos de gestação tem sido a idade materna.

Segundo Puffer (105), em trabalho colaborativo sobre Mortalidade na Infância, os índices de morte provocada por malformações por idade materna, têm sido demonstrados para a Síndrome de Down e para outras anomalias dos sistemas nervoso e circulatório. Neste trabalho, as mortes determinadas por malformações congênitas, variaram para mães abaixo de 20 anos em ampla margem, desde 607.5 a 882.7 por 100.000 nascidos vivos, nas 7 cidades que participaram do projeto. Quando se excluem as Síndromes de Down para comparação (anomalia mais frequente, entre mais idosas), pode-se observar entretanto, que as taxas de anomalias são similares para as mães mais jovens e mais velhas. Também Arena (5) faz as mesmas observações em trabalho realizado na cidade de Campinas.

Hunt (53) em estudo de recompilação de literatura afirma que são as malformações congênitas, mais frequentes em jovens adolescentes. Mussio (83) com primigestas prococes e muito jovens, encontra 29.0% de anomalias, contra 0.6% de Hassan (49) que apresenta um grupo controle com 1.3% e contra 9% do grupo de McGanity (79).

Faundes (38) estudando a influência da idade e da paridade sobre alguns parâmetros de morbidade materna e morbo-letalidade fetal, encontrou maior incidência de malformações fetais no grupo de 40 anos ou mais. Entre 15 e 34 anos a incidência se mantém sem variações, duplica-se nas curvas de 15 anos e no grupo de 35-39, quadruplicando-se no grupo de 40 anos ou mais. Acrescenta que as diferenças são estatisticamente significativas.

Em nosso estudo encontramos 3.2% entre adolescentes e 2.8% entre mulheres de 20 anos ou mais. As diferenças do ponto de vista estatístico não são significativas.

As discrepâncias numéricas existentes podem ser explicadas por vários fatores. As anomalias congênitas são conceituadas, geralmente, como sendo qualquer alteração anatômica, fisiológica e bioquímica, apresentadas ao nascimento, utilizando-se o termo malformação, para designar alterações anatômicas, congênitas externas ou internas (5). Entretanto, outros autores, como Tantum (121), consideram as anomalias congênitas co

mo qualquer alteração bioquímica detectada ao nascer. A incidência, também varia segundo a época e a técnica de reconhecimento das malformações (ao nascimento ou dias após, com ou sem seguimento ambulatorial, com exame feito por um só médico ou por vários, ou por enfermeiras, a experiência do examinador, a inclusão ou não de natimortos ou de gemelares na casuística, uso do exame físico desarmado exclusivamente ou em prego de raios X, por exemplo).

Importa salientar que uma investigação epidemiológica, prospectiva e aprofundada, foge ao escopo desta trabalho, razão pela qual sentimo-nos parcialmente satisfeitos em apresentar os resultados de forma apenas comparativa.

Arena (5) em 1974 para população de Campinas, apresenta 16.09% de anomalias para R.N. vivos, sendo 13.63% menor e 2.46% maior. Nosso estudo, encontra 3.2% e 2.8% apenas nos 2 grupos confrontados, o que em última análise demonstra menor acuracidade de diagnóstico, uma vez que a sistemática aplicada no exame do R.N. pelo autor antes referido, não tem sido utilizada de rotina em nosso Serviço de Neonatologia. Entretanto, estes números são sensivelmente parecidos com os publicados por Ramos, que são da ordem de 1.67% (coligidos em três Maternidades de São Paulo), e os de Saldanha referentes a 22.78% nascimentos vivos (ocorridos no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo) e que atingiram 3.24%. Também Ramos faz referência que as malformações são mais frequentes em mães muito jovens e idosas, mas apresenta como resultado estatisticamente significativo, uma incidência maior de malformações apenas para mulheres acima de 35 anos. Acrescenta ainda, não ter encontrado diferença em relação à paridade embora se acredite que as malformações em geral sejam mais comuns no primeiro filho que no segundo e no terceiro.

#### ESTADO DO RECÉM-NASCIDO

São muitas as observações que consideram maiores as cifras de mortalidade perinatal, neonatal e fetal para mulheres abaixo de 20 anos de idade.



Butler e Alberman, em 1969, reportando um estudo nacional na Inglaterra e Gales, descreveram maiores taxas de morte para infantes de mulheres de menos de 20 anos de idade (18).

Similarmente nos Estados Unidos, estudo especial realizado em 1971, reportou taxas de morte para crianças nascidas de mães abaixo de 15 anos mais altas que para mães mais idosas (130). As diferenças em mortalidade foram particularmente apreciáveis no primeiro mês de vida: 32.1 por 1000 nascidos vivos para mulheres brancas abaixo de 15 anos comparada com menos da metade (15.9) para mães no grupo de 20 a 24 anos de idade.

Israel (55) considerando população de raça negra encontrou diferença significativa para a mortalidade neonatal em relação ao controle, apresentando taxa de 23.5/1000 nascidos vivos.

Hassan (49) encontrou 2.51% de mortalidade perinatal entre adolescentes, significativamente maior que o índice geral de Hospital (1.98%).

Perkins (98), também para mortalidade perinatal, encontrou aumento na faixa de adolescentes (28/1000).

Schelesinger (117) dá o número de 32.6/1000 de mortalidade perinatal em primíparas abaixo de 20 anos de idade.

Dodge e Hassan (49) encontraram a mortalidade fetal aumentada entre primíparas de menos de 15 anos de idade, coincidindo no estudo de que quanto mais jovem as mães, maiores as perdas perinatais.

Hutchins (54) em estudo retrospectivos de 4.224 partos para mulheres de 19 anos ou menos, encontrou taxas de mortalidade perinatal, neonatal e fetal maiores comparativamente a mulheres de 20 a 34 anos, e particularmente mais altas para adolescentes de menos de 17 anos.

Ryan (111) apresenta um índice de mortalidade perinatal de 5.4% aproximadamente o dobro da correspondente à população geral.

Faundes (38) encontrou maior mortalidade neonatal em grupos de mães menores de 15 anos. Destaca que o grupo de menor mortalidade foi o de 20 a 24 anos. Nos grupos de 15 a 19,

25 a 29 e 35 a 39 a mortalidade aumenta ligeiramente, sem que se observassem entretanto, diferenças entre estes grupos. Com relação à paridade e a mortalidade neonatal, não encontrou correlação. Quanto a mortalidade fetal tardia observa que ela se mantém em cifras semelhantes até 34 anos.

Costa (27) em seu estudo de primigestas precoces encontrou 4.41% de óbitos fetais, contra 3.31% no grupo controle e 4.41% de óbitos hospitalares contra 1.10% no grupo de maior idade, diferença estatisticamente significativa, quando soma todos os óbitos ocorridos em cada grupo.

Mathias (76) conclui em estudo semelhante por maior mortalidade perinatal no grupo de adolescentes, dado confirmado por Valente (127) quando comparado à mortalidade geral hospitalar.

Klein (61) refere mortalidade perinatal de 39.4 abaixo de 16 anos, 36.1 para nascidos de mães entre 17 e 19 anos e 30.7 para pacientes acima de 20 anos. Afirma a autora que a mortalidade fetal, neonatal e perinatal são consistentemente mais altas para as jovens mães, mas o número de mortes é pequeno e as diferenças não podem ser provadas estatisticamente.

A mesma observação pode ser feita para boa parte dos trabalhos anteriores, particularmente para os extraídos da literatura nacional.

Em nossos resultados, não pudemos constatar diferen - ças significativas entre as taxas de mortalidade estudadas.

Além do mais, todas elas encontram-se em nível bas - tante semelhantes aquelas encontradas nos 2 últimos anos em nosso Serviço.

Entretanto, excetuando-se a mortalidade neonatal precoce que é da mesma grandeza nos 2 grupos confrontados, tanto a mortalidade perinatal como a fetal, apresentam-se tenden - ciosamente superiores no grupo de adolescentes. Se os valo - res superiores destas taxas, devem-se apenas ao acaso ou ao fato de que são medidas realizadas através de números ainda pequenos para suas características, é pergunta que no momento não podemos arriscar responder.

Considerando a mortalidade perinatal por outro ângu - lo de observação, ou seja, pela perspectiva de outras variã -

veis que participam como componentes de sua resultante final , independente da idade materna, ainda algumas observações devem ser acrescentadas. Variáveis sócio-econômicas (pré-natal, escolaridade, ingresso familiar per capita), nutricionais (ingesta de proteínas, requerimentos adicionais, altura e peso maternos), médicas (doenças infecciosas, anemia, toxemia) fetais e neonatais (baixo-peso, prematuridade, malformações congênitas) distribuem-se muitas vezes de maneira desigual nos grupos considerados, participando com pesos diferentes como componentes dos índices apresentados e alterando de maneira pouco previsível, o resultado final de comparação.

Em nosso material estas variáveis desfavoráveis estiveram distribuídas de modo equivalente nos 2 grupos, o que provavelmente tenha proporcionado a obtenção de índices de mortalidade mais fidedignos e consistentes, para as conclusões que nos interessam. Esta situação aliás, ao invés de complicar a descrição do assunto à luz da literatura, reforça a idéia de que as diferenças existentes são apenas aparentes, uma vez que dissimula a inter-relação de uma série de variáveis modificadoras e que têm um peso diferente nas diversas circunstâncias em que os trabalhos são executados.

A análise das variáveis do R.N. demonstra, em seu conjunto, que as condições de nascimento dos filhos de adolescentes diferem muito pouco das de mães entre 20 e 29 anos.

Apesar do número relativamente alto de R.N. com baixo peso e prematuros, quando comparado à cifras estrangeiras, a distribuição encontrada é absolutamente semelhante, quando tomamos o cuidado de controlar a influência da paridade. Neste particular, o único destaque que devemos fazer é para prematuridade, mais elevada entre filhos de mães adolescentes multiparas, o que provavelmente poderia ser explicado pela inadequacidade da repetição da gravidez em período de vida considerado tão crítico.

O índice de Apgar e o número de malformações congênitas, semelhantes nos 2 grupos, reforçam ainda mais o comportamento homogêneo dos nascituros das populações estudadas.

Finalmente, cabe-nos considerar alguns aspectos da mortalidade destes R.N.. Em primeiro lugar devemos lamentar as altas taxas de mortalidade encontradas nos 2 grupos. São, em última análise, reflexo incontestável das péssimas condições de sobrevivência de nosso povo. Por outro lado, quando cotejamos estas cifras, constatamos que não são em momento algum predominantes em qualquer das populações consideradas. Vale salientar que esta semelhança é consistentemente mais forte para o período de vida neo-natal.

As mortalidades perinatal e fetal são proporcionalmente superiores entre adolescentes, ainda que estatisticamente sejam iguais, a segunda seguramente determinando o aumento da primeira, e provavelmente relacionada de maneira íntima às principais diferenças que encontramos durante o estudo e que residem ao redor das condições sociais mais desfavoráveis que estão submetidas as adolescentes.

#### VARIÁVEIS PUERPERAIS

Todas as manifestações vitais do período puerperal consideradas importantes de serem pesquisadas, foram agrupadas em 3 grandes setores para facilitar a discussão.

Esta metodologia deixa de fora, por exemplo, as alterações da pressão arterial, principalmente aquelas relacionadas às situações bastante comuns como a hipertensão arterial. Entretanto, por motivos estratégicos, estas situações foram discutidas amplamente em conjunto com as alterações da pressão arterial originadas durante a gravidez e o parto, em capítulo anterior.

#### COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS

Entre pacientes adolescentes 5.4% e 5.2% de pacientes

entre 20 e 29 anos de idade, apresentaram no período de dequitação e no puerpério imediato complicações de índole hemorrágica. Não houve diferença estatisticamente significativa.

A inércia uterina foi a principal responsável por estas complicações nos 2 grupos considerados, e teve neles, incidência semelhante.

Quando estudamos as nulíparas separadamente a mesma proporção foi encontrada, embora houvesse um predomínio per - centual (5.2 x 3.8) no grupo mais jovem.

Confirmamos assim os achados de Dott (33), Hassan(49), Perkins (98) e Valente (127), em desacordo com a elevada cifra de 15.2% que Tatelbaum (122) encontrou para seu grupo de adolescentes.

#### COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS

Não foi observado o predomínio de complicações infecciosas no período puerperal para parturientes adolescentes e tampouco quando as separamos por paridade. Nossas cifras de 2.9% para todas as adolescentes e 3.0% para as nulíparas mais jovens, são das mais baixas encontradas na bibliografia con - sultada.

Mathias (76) encontrou 8.7% de infecções no pós-parto de suas adolescentes, sendo a infecção da episiorrafia respon - sável por 5.0% deste total. Valente (127) observa 8.2% de complicações infecciosas, apontando a infecção puerperal e deiscência de cicatriz mais proeminente nas pacientes cesa - riadas. Azocar (8) teve 13.2% de infecção entre suas puérpe - ras adolescentes, destacando a endometrite como o quadro mais frequente. Dwyer ( 35) aponta infecções puerperais como complicações extremamente raras, em contraposição a Mussio (83) que num grupo de 50 adolescentes com 15 anos ou menos relata 20% de infecções puerperais.

### COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS

Entre as complicações cirúrgicas por nós observadas a deiscência da ferida operatória foi a mais freqüente. Não obstante, não houve predomínio destes problemas entre as adolescentes e tampouco entre as nulíparas de ambos os grupos.

### MORTALIDADE MATERNA

Em muitos países atualmente, os índices de mortalidade materna são tão reduzidos, que se torna especialmente difícil julgar as diferenças eventualmente existentes entre faixas especiais de idade.

Russel (110) em 1974, comentando que à despeito de Ballard e Gold's observarem que em geral não aparecem relatadas mortes maternas nos grupos de adolescentes de maior parte dos estudos norte-americanos, é evidente pelas estatísticas nacionais, que muitos centros com resultados menos favoráveis não os publicam.

Entre nós, Costa (27), Mathias (75) (76), e Uberti (125), não referem em suas observações a ocorrência de óbito materno nos seus estudos sobre adolescentes.

Valente (127) observa apenas 1 óbito materno no quarto dia de puerpério por provável meningoencefalite tuberculose.

Em nossa série não encontramos tampouco qualquer morte materna, contra 1 no grupo controle. Apesar destas observações, entendemos ser importante considerar 2 fatos que certamente influenciaram este resultado: o primeiro diz respeito à insuficiência de casos para correta avaliação da variável desta magnitude e o segundo, e talvez mais importante, que o estudo considera apenas pacientes que deram à luz em nossa Maternidade, excluindo-se aquelas que tiveram sua gravidez inter-

rompida por processo de abortamento, com todas as complicações intercorrentes e que por motivo de organização hospitalar internam-se em outro Setor do Departamento que não está incluído nestas estatísticas.

Conforme pudemos observar as complicações principais hemorrágicas, infecciosas e cirúrgicas, foram relativamente raras e igualmente distribuídas nos 2 grupos considerados.

Esta observação vem completar de maneira bastante convincente, o panorama geral do comportamento da gestante adolescente, em relação às suas possibilidades de um desempenho obstétrico adequado, biologicamente bastante semelhante ao conseguido por pacientes de 20 a 29 anos, consideradas mulheres em idade conveniente para a gravidez e a parturição.

---

COMENTÁRIOS FINAIS

---



### COMENTÁRIOS FINAIS

A gravidez na mulher adolescente está, sem sombra de dúvidas, causando evidente consternação em vários países do mundo e como não poderia deixar de ser, deve começar a ser objeto de consideração das autoridades do nosso país, particularmente pela sua condição de nação em desenvolvimento.

As mulheres de menos de 20 anos contribuem com uma proporção cada vez maior ao número total de nascimentos, com o agravante de que tendo seus filhos em idades mais precoces, tendem a ter mais crianças adicionais e com maior rapidez, em comparação com mulheres que começam a ter seus filhos em idades mais tardias. Este espaçamento menor entre gravidezes traz consigo riscos aumentados à saúde das mães e de seus filhos.

As investigações publicadas na literatura internacional, à respeito do comportamento da fertilidade entre mulheres adolescentes, têm mostrado vários aspectos dignos de maior reflexão: um número crescente de mulheres entre 15 e 19 anos, torna-se sexualmente ativa; porcentagem significativa destas mulheres engravida antes de casar; destas gestações, a maioria não é desejada; número substancial de mulheres cuja primeira gravidez não foi desejada não se preocupou em preveni-la mediante uso de anticoncepcionais; poucas jovens entre 15 e 19 anos

sexualmente ativas usa de modo contínuo anticoncepcionais eficientes; não se encontra associação entre planos de matrimônio e uso de anticoncepcionais, ainda que entre as que apresentam estes planos, seja maior a frequência de relação sexual; boa parte das grávidas pré-matrimoniais termina com nascimentos ilegítimos e números decididamente alarmantes, inviabilizam-se através do aborto provocado.

Não pretendemos neste momento polemizar à respeito destas constatações, apresentar regras ou mesmo formular pautas de comportamento, mesmo porque os elementos que dispomos não nos permitem fazê-lo. Também não nos cabe discutir neste capítulo, a sexualidade ativa na adolescência, a validade moral da interrupção da gravidez, a ética do uso de anticoncepcionais para estas jovens ou as definições de ilegitimidade e da chamada paternidade responsável.

O objetivo primordial deste trabalho foi o de levantar a preocupação sobre o tema, a partir da caracterização da sua magnitude entre nós e dentro de um ângulo de visão eminentemente médico, perspectiva mais adaptada ao campo de conhecimento que professamos.

Acreditamos, que a tentativa de apresentar e discutir algumas facetas biológicas do problema gravidez na adolescência, a partir de uma população brasileira representativa e tendo como instrumento, uma metodologia cuidadosa e prospectiva, deverá acrescentar elementos ponderáveis para um melhor juízo das particularidades médicas, sociais e psicológicas que a temática deve considerar.

Não temos dúvidas, que estudos com estas características, devem ser implementados urgentemente entre nós. Quanto mais observações forem somadas às poucas existentes, maiores serão as perspectivas, de que uma abordagem mais realista e consentânea com a importância do problema seja deflagrada.

A observação de nossos resultados deixa claro que as adolescentes, de um modo geral, tem características biológicas aparentemente aceitáveis para um desempenho obstétrico satisfatório, pouco diferentes daquelas apresentadas por mulheres compreendidas na faixa etária de 20 a 29 anos.

A segunda constatação, ainda merecedora de uma reflexão mais profunda, relaciona-se à observação das desvantagens

sociais, econômicas e emocionais a que estão submetidas estas pacientes e que interferem com um peso fortemente negativo, sobre os resultados finais da gravidez nesta etapa da vida reprodutiva.

Em outras palavras, é nossa impressão de que apesar da adolescente demonstrar capacidade física para suportar a gravidez e o parto, não tem a seu favor uma série de fatores extra-biológicos, que acabam por prejudicá-la seriamente, assim como, ao conceito, em todos os terrenos relacionados com seu desenvolvimento físico, emocional e social.

Isto significa, que nas condições sociais relacionadas com o momento histórico que vivemos, apesar da adolescente estar apta para o fenômeno da procriação, esta ocorrência deve ser postergada em benefício dela mesma e do seu conceito.

Por isso, parece-nos importante deixar claro, de que o fato de encaminharmos uma visão favorável à sua capacidade de procriação, não é sinal de que concordamos com os mecanismos que facilitam a ocorrência desta possibilidade.

Face ao exposto, podemos também afirmar que nos casos de gravidez durante a adolescência, não basta a preocupação com a puerperalidade, mas é preciso enfatizar a extensão dessa preocupação com os demais fatores apontados, ou seja, com todo o ambiente que envolverá mãe e filho após o parto. Considerando o fato de que em geral o evento é não desejado e de que temos meios de preveni-lo, a preocupação deve também se estender para o estudo da forma pela qual, pode-se contribuir para a profilaxia do problema.

Por isso queremos deixar patente nossa preocupação com a omissão e com o desvio de responsabilidades. Não nos parece lícito transformar o problema num fato médico isolado, toldando a visão das matizes que suas reais dimensões encerram.

Dessa forma podemos afirmar com segurança, da necessidade de estudos mais completos e complexos, que atinjam com abrangência e profundidade os diferentes aspectos do problema. Estudos que investiguem a gravidez na adolescência do ponto de vista da mãe, incluindo as consequências psicológicas da gravidez, aborto, abandono, criação de infantes fora do matrimônio e aspectos outros, como sua orientação sobre seu papel sexual, aspirações, atitudes e perspectivas; da criança incluindo conse -

quências como desenvolvimentno emocional e social, ajustamento escolar e futuras oportunidades; do pai, tratando dos efeitos na sua educação, emprego, e adequação social e psicológica; de outros membros da família, que participam da responsabilidade de cuidar da criança e que arcam com parte da conseqüências econômicas, sociais e psicológicas do evento; e finalmente da sociedade como um todo, que vê milhares de jovens interromper sua educação pela gravidez inoportuna, pelos gastos adicionais para seu amparo, pela força de trabalho roubada à especialização e pela significativa parcela de sua população submetida a contundente prejuízo.

---

## CONCLUSÕES

---

### CONCLUSÕES GERAIS

As adolescentes até 19 anos, têm características biológicas compatíveis com um desempenho obstétrico satisfatório, pouco diferentes daquelas apresentadas por mulheres compreendidas na faixa de 20 a 29 anos de idade.

As condições sociais que cercam a gravidez na adolescência, são em geral desfavoráveis, comparativamente às de mulheres entre 20 e 29 anos.

Muitos dos resultados obstétricos atribuídos à condição de adolescentes, devem-se exclusivamente à coincidência da adolescência e nuliparidade.

---

CONCLUSÕES ESPECÍFICAS

---

### CONCLUSÕES ESPECÍFICAS

As parturientes adolescentes tiveram sua primeira menstruação mais precocemente que as de mais idade.

As adolescentes tiveram maior freqüência de analfabetismo e de condição civil instável. Demonstraram, independentemente de seu estado civil, menor incidência de uso de anticoncepcionais que foi tanto menor, quanto menor o nível de instrução.

As adolescentes fizeram menos pré-natal e foram captadas mais tardiamente. Entretanto, entre as que fizeram pré-natal, o número de pacientes adolescentes com 5 ou mais consultas foi maior que as do grupo controle.

Não houve diferença na freqüência de patologias ocorridas durante a gravidez, exceto para doenças infecciosas, em maior proporção na gravidez das adolescentes.

A indução de parto com ocitocina e o parto cesáreo foram menos freqüentes entre adolescentes. A diferença em



relação a cesárea ocorreu entre nulíparas. A episiotomia e a anestesia durante o parto foram mais frequentes nas adolescentes.

Os recém-nascidos das adolescentes apresentaram características semelhantes aos de pacientes de mais idade ( 20 a 29 anos) quando foi controlada a paridade materna. As adolescentes multíparas, entretanto, apresentaram maior proporção de recém-nascidos com 37 semanas ou menos de gestação.

As adolescentes apresentaram a mesma frequência de complicações no período puerperal, que as mulheres de 20 a 29 anos de idade.

---

B I B L I O G R A F I A

---

- 01 - AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on fetus and newborn. Standards and Recommendations for Hospital Care of Newborn Infants. Evanston, A.A.P., 1964.
- 02 - ANDREWS, B.F. Problems of teenage mothers their infants and influence of Family Planning. Pediatr. Res. 9:257,1975.
- 03 - APGAR, V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Anesth. Analg., 32:260, 1953.
- 04 - ARAUJO, O.F. Propedêutica da gravidez - D - Estática fetal. In: Rezende, J. de Obstetrícia. 2a. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1969, p.181-190.
- 05 - ARENA, J.F.P. Estudo clínico-epidemiológico prospectivo das anomalias congênitas na população de Campinas, S.P. Campinas, 1974, [ Tese - Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP ].
- 06 - AUSIN, J.; ZANON, G.; JOU, P.; ALBERDI, A. & RODRIGUEZ, L. Embarazo y parto en la adolescencia. Obstet. Gynecol. Lat. Amer., 33:154, 1975.
- 07 - AZNAR, R. & BENETT, A.E. Pregnancy in the adolescent girl. Am.J.Obstet. Gynecol., 81:934, 1961.
- 08 - AZOCAR, C. & LEIXELARD, P. Primiparidad precoz. Rev.Chil. Obstet. Ginecol., 34:33, 1969.
- 09 - BABSON, G.S. & BENSON, R.C. Management of high risk pregnancy and intensive care of the neonate, 2a. ed. St. Louis, Mosby, 1971, p. 1-313.
- 10 - BALLARD, W. & GOLD, E. Medical and health aspects of pregnancy in the adolescent. Clin. Obstet. Gynecol., 14:338, 1971.
- 11 - BARROS Fº, A.A. Influência de algumas variáveis no peso de R.N. do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. ( Ribeirão

Preto, 1976). [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP] .

- 12 - BATAGLIA, F.C.; FRAZIER, R.M. & HELLEGERS, A.K. Obstetrical and pediatric complications of juvenile pregnancy . Pediatrics, 32:902, 1963.
- 13 - BELFORT, P.; MENDES, L. & OLIVEIRA, E. Gestação de alto risco. J.bras.Ginec., 83:39, 1977.
- 14 - BERI'C, B.; BREGUN, N. & BUJAS, M. Obstetric aspects of adolescent pregnancy and delivery. Int. J. Gynaecol. Obstet., 15:15, 1978.
- 15 - BOHNER, K. Pregnancies in juveniles. Am. J. Obstet. Gynec., 83:269, 1962.
- 16 - BRIGGS, R.M.; HERREN, R.R. & THOMPSON, W.B. Pregnancy in the young adolescent. Am. J. Obstet. Gynec., 84:436, 1972.
- 17 - BRIQUET, R. Semiologia obstétrica. In: Obstetrícia Normal. 2a. ed. atualização por Delascio, D. e Guariento, A. São Paulo Editora, 1970. cap. 11 p. 197-252.
- 18 - BUTLER, N. & ALBERMAN, E. Perinatal problems. Second Report of the 1958 British Perinatal Mortality Survey. London, Linvisgtone, 1969.
- 19 - CALDEYRO-BARCIA, R.; POSE, S.U. & SICA BLANCO, Y. Discinesias. In: Rezende, J. de. Obstetrícia. 2a. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1969, p. 767-806.
- 20 - CAMILLERI, A.P. & CREMONA, U. The effects of parity on birth weight. J. Obstet. Gynec. Brit. Cwlth., 77: 145, 1970.
- 21 - CAPURRO, H. Método clínico para diagnosticar la edad gestacional en el recién nacido. Montevideo, 1973. [Tese Facultad de Medicina] .

- 22 - CENTRO LATINO AMERICANO DE PERINATOLOGIA. OPS/OMS. Manejo perinatal de la prematuridad. Publicación Científica nº 755, 1970.
- 23 - CHESLEY, L.C. Epidemiology of preclampsia - eclampsia. In: Hipertensive disorders in pregnancy. New York, Appleton-Century-Crofts, 1978. cap.3 p.35.
- 24 - CLAMAN, A.D. & BELL, H.M. Pregnancy in the very young teenager. Am. J. Obstet. Gynec., 90:350, 1964.
- 25 - COATES, J.B. Obstetrics in the very young. Am.J.Obstet. Gynec., 105:65, 1970.
- 26 - 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.
- 27 - COSTA, C.F.F. Primiparidade precoce na Maternidade Prof. Monteiro de Moraes: 1977-1979. Aspectos obstétricos e neonatológicos. Recife, 1981. [Tese Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco].
- 28 - CURBELLO, V. Crescimento fetal intrauterino (Peso y Talla) Estudio basado em datos de 2917 partos consecutivos. Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP), Publicación Científica nº 648, 1975.
- 29 - DAVEY, D.A. Indução do trabalho de partos. Clínicas obstétricas e ginecológicas, 7:481, 1980.
- 30 - DELASCIO, D. & ALMEIDA, P.A.M. de. Propedêutica da gestação de alto risco. São Paulo, Manole, 1974, p.4-7.
- 31 - DEWHURST, C.T. Integrated obstetrics and gynaecology for post-graduates. 2a. ed. Oxford, Blackwell, 1972, p.1-848.

- 32 - DONELLY, J.F. & ABERNATHY, J.R. Fetal and parental and enviromental factors associated with perinatal mortality in mothers under 20 years age. Am. J. Obstet. Gynec., 80:663, 1960.
- 33 - DOTT, A.B. & FORT, A.T. Medical and social factors affecting early teenage pregnancy. Am. J. Obstet. Gynec., 125:532, 1976.
- 34 - DUENHOELTER, J.H.; JIMENEZ, J. & BAUMANN, G. Pregnancy performance of patients under fifteen years of age. Obstet. Gynecol., 46:49, 1975.
- 35 - DWYER, J.F. Teenage pregnancy. Am. J. Obstet. Gynec., 118:373, 1974.
- 36 - ENGSTRON, L. Teenage pregnancy remarks on its magnituds and consequences in developing countries. Apresentado na OMS. "Consultation on contraceptive in Adolescence". Genebra, setembro, 8-10, 1975.
- 37 - ERNIG, O.R.; NAPIER, J.V. & BRAZIE, J.V. Inflammation of the placenta. Correlation with prematurity and perinatal death. Obstet. Gynecol., 17:743, 1961.
- 38 - 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.
- 39 - FRISCH, R.E. & REVELLE, R. Height and weight at menarche and a hypothesis of critical body weights and adolescent events. Science, 169:397, 1970.
- 40 - FUENTE, P.; GONZALES, A. & DIAS, CASTELHANO, R. El feto con riesgo elevado. Barcelona, Jinis, 1970, p. 1-215.

- 41 - GIBSON , J.R. & McKEOWN, T. Observation on all births (23.970) in Birmingham, 1947, birth weight. Br.J.Social Med., 5:98, 1951.
- 42 - GOLD, E.M. Identification of high risks fetus. Clin.Obstet. Gynecol., 11:1068, 1968.
- 43 - GRUNWALD, P. Pathology of the deprived and its supply line . Size and Birth. CIBA Foundation Symposium. Amsterdam, Associated Scientific Publishers, 1974.
- 44 - HAMILTON apud EFFER, S.B. Perinatal intensive care: obstetrical considerations. In: GOODWIN, J.W.; GOOLDEN, J.O. & CLANN, W.C. Perinatal medicine. Baltimore, Willians and Wilkins, 1976. p.578-592.
- 45 - HANSEN, H.; STROH, G. & WHITAKER, K. School achievement: risk factor in teenage pregnancies. AJPH, 68:753.
- 46 - HANSON, M.S. Abortion in teenage. Clin.Obstet.Gynecol., 21:1175, 1978.
- 47 - HARDY, J.B.; WELCHER, D.W.; STANLEY, J. & DALLAS, J.R. Long range outcome of adolescent pregnancy. Clin. Obstet. Gynecol., 21:1215, 1978.
- 48 - HARLEY, J.M.G. Operação cesariana. Clin. Obstet. Gynecol., 7:529, 1980.
- 49 - HASSAN, H.M. & FALLS, F.H. The young primipara. A clinical study. Am.J. Obstet. Gynec., 88:256, 1964.
- 50 - HAY, D.M. & BOYD, J.J. A study of the obstetric performance of the adolescent jamaican primigravidas. Am.J.Obstet. Gynec., 116:34, 1973.

- 51 - HOLLINGSWORTH, D.R. Labor and delivery of the pregnant adolescent. In: KREUTNER, A.K.K. and HOLLINGSWORTH, D. R. Adolescent Obstetric and Gynecology. Chicago, Year Book Medical Publ., 1978. cap. 2, p. 223.
- 52 - HOLLINGSWORTH, D.R. Perinatal care of the adolescent. In: KREUTNER, A.K.K. and HOLLINGSWORTH, D.R. Adolescent Obstetric and Gynecology. Chicago, Year Book Medical Publ., 1978, cap. 6 p. 121.
- 53 - HUNT, W.B. A fertilidade na adolescência: riscos e conseqüências. Popul. Rep. [J] (10), 1976.
- 54 - HUTCHINS JR., F.L.; KENDALL, N. & RUBINO, J. Experience with teenage pregnancy. Obstet. Gynecol., 54:1, 1979,
- 55 - ISRAEL, L. & WOUTERSZ, T. Teenage Obstetrics. Am.J. Obstet. Gynec., 85:659, 1964.
- 56 - JOVANOVIC, D. Pathology of pregnancy and labor in adolescent patients. J.Reprod. Med., 9:6, 1972.
- 57 - KALTRIDER, D.F. & JOHNSON, J.W.C. Patients at high risk for low birth weight delivery. Am.J. Obstet. Gynec., 124:251, 1976.
- 58 - KANTNER, J.F. & ZELNIK, M. Contraception and pregnancy. Experience of young unmarried women in the United States. Fam. Plann. Perspect., 5:21, 1973.
- 59 - KLEIN, J.R. Atualização: Ginecologia do adolescente. Clin. Pediatr. (Phila), 27:145, 1980.
- 60 - KLEIN, L. Antecedents of teenage pregnancy. Clin. Obstet. Gynecol., 21:1151, 1978.
- 61 - KLEIN, L. Early teenage pregnancy contraception and repeat pregnancy. Am. J. Obstet. Gynec., 120:249, 1974.



- 62 - KNOK, I.C. & HOERNER, I.C. The role of infection in pre mature rupture of the membranes. Am. J. Obstet. Gynec., 59:190, 1950.
- 63 - KREUTNER, A.K.K. Contraception. In: \_\_\_\_\_ & HOLLINGSWORTH, D.R. Adolescent obstetrics and gynecology. Chicago, Year Book Medical Publi., 1978. cap.16 p.361.
- 64 - LIMA, A.J.; LINARES, J.C.; OTANI, K.; OTANI, P.T. & REZENDE, J. de. Antecipação menarca. J.bras. Ginec., 83:53, 1977.
- 65 - LIMA, G.R. Conceituação clínica de risco. Femina, 3:616, 1975.
- 66 - LINS, F.E. & FORNEY, J.A. Cesaren section in four Rio de Janeiro Hospitals. Int. J. Gynaecol. Obstet., 19:27, 1981.
- 67 - LUBCHENKO, D.T.; SEARLS, D.T. & FRAZIE, J.U. Neonatal mortality rate: relationship to birth weight and gestational age. J.Pediatr., 81:814, 1972.
- 68 - LUCA, L.A de. O problema sexual da adolescente. São Paulo, Almed, 1980. p.15-16.
- 69 - LUZ, T.P. Gestação de alto risco. J.bras. Ginec., 80:105, 1975.
- 70 - MAC GILLIVRAY, J. Some observations on the incidence of pre-elampsia. J. Obstet. Gynec. Br. Cwlt., 65:536, 1958.
- 71 - MARCHETTI, A.S. & MENAKER, J. Pregnancy and the adolescent. Am. J. Obstet. Gynec., 59:1013, 1950.
- 72 - MARCONDES, E. Introdução ao estudo da adolescência. In: SETIAN, N.; COLE, A.S.; MARCONDES, E. Adolescência. São Paulo, Sarvier, 1979. p.1-2.

- 73 - MARMOL, J.G.; VOLLMAN, R.F.; GORDON, M. & PATTERSON, S. A.  
Maternal death and high risk pregnancy. Obstet. Gynec.,  
103:972, 1969.
- 74 - MASSE, N. & DESCHAMPS, J.P. Child development indicators  
and public health. Carnets de L'Enfance, 32:18, 1975.
- 75 - MATHIAS, L.; MAIA, E.M.C. & MAIA Fº, N.L. Complicações  
obstétricas nas primigestas precoces. Gin. Obst. Bras.,  
3:437, 1980
- 76 - MATHIAS, L.; MAIA, E.M.C.; MAIA Fº, N.L.; LANDI, V. &  
KOSAKA, E. Estudo comparativo entre primigesta adoles-  
cente e primigesta dos 18 aos 25 anos. J.bras. Ginec.,  
91:89, 1981.
- 77 - Mc ANARNEY, E.R.; ROGHMANN, K.J.; ADAMS, B.N.; TATELBAUM, R.  
C.; KASH, C.; COULTER, M.; PLUME, M. & CHARNEY, E. Obste-  
tric, neonatal and psychosocial outcome of pregnant ado-  
lescent. Pediatrics, 61:199, 1978.
- 78 - Mc ANARNEY, E.R. Adolescent pregnancy. A national priority.  
Am. J. Dis. Child., 132:125, 1978.
- 79 - 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. Gi-  
nec., 103:773, 1974.
- 80 - Mc KEOWN, T. & GIBSON, J.R. Observation on all births (23  
970) in Birmingham. Br. J. Social Med., 5:98, 1951.
- 81 - MONIE, J.W. Influence of the environment on the newborn.  
"Human Ecology". Massachussets, Addison Wesley, 1966.
- 82 - MORAGUEZ, A.J.A.; PINTO E SILVA, J.L.; PINOTTI, J.A. &  
FAUNDES, A. Prognóstico obstétrico e perinatal da mulher

portadora de cicatriz de operação cesariana. Gin. Obst. Bras., 4:173, 1981.

- 83 - MUSSIO, J.T. Primigravidas under age 14. Am. J. Obstet. Gynec., 84:442, 1962.
- 84 - NAEYE, R.L. Teenaged and pre-teenaged pregnancies: consequences of the fetal-maternal competition for nutrientes. Pediatrics, 67:146, 1981.
- 85 - NELSON, R.M. Physiologic correlates of puberty. Clin. Obstet. Gynecol., 21:1137, 1978.
- 86 - NESBITT, R.E.L. & AUBRY, R.H. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. Am. J. Obstet. Gynec., 103:972, 1969.
- 87 - NISWANDER, K. R. and GORDON, M. The women and their pregnancies. Philadelphia, Saunders, 1972.
- 88 - NORTMAN, D. Parental age as factor in pregnancy outcome and child development. Popul. Rep. [J] (16) 1974.
- 89 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Primeira conferência inter-hemisférica sobre fecundidade da adolescência. Agosto 31, Set. 4 de 1976. Airlie-Virginia. Doc. xerografado.
- 90 - ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. El embarazo y el aborto en la adolescencia. Série de Informes Técnicos, nº 583, 1975.
- 91 - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Necesidades de salud de los adolescentes. Série de Informes Técnicos, nº 609 , 1977.
- 92 - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de la morbilidad y mortalidad perinatales. Série de Informes Técnicos, nº 457, 1970.

- 93 - OSBOURNE, G. K.; HOWAT, R.C.L. & JORDAN, M.M. The obstetric outcome of teenage pregnancy. Br. J. Obstet. Gynaecol., 88:215, 1981.
- 94 - OSOFSKY, J. & OSOFSKY, H.J. Teenage pregnancy: psychosocial considerations. Clin. Obstet. Gynecol., 21:1161, 1978.
- 95 - PAPIERNIK, E. & CENTENE, J. Déspitage di grossesses, à haut risque. Étude préliminaire rétrospective. Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obst., 22:413, 1970.
- 96 - PEREIRA, J.M.S. "Delirium operandi" em obstetrícia e ginecologia. Femina, 5:636, 1977.
- 97 - PERKIN, G. W. Assessment of reproductive risk in non pregnant women. Am. J. Obstet. Gynec., 101:709, 1968.
- 98 - PERKINS, R.P.; NAKASHIMA, I.I.; MULLIN, M.; DUBANSKY, L. S. & CHIN, M.L. Intensive care in adolescent pregnancy. Obstet. Gynecol., 52:179, 1978.
- 99 - PERNOLL, M.L. Gestação de alto risco. In: BENSON, R.C. Diagnóstico e tratamento em Obstetrícia e Ginecologia. 2a. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980. cap. 28, p. 550-571.
- 100 - PINTO E SILVA, J.L.; BRITO, W.S.; GAMA DA SILVA, J.C.; MELLO, A.R. & PINOTTI, J.A. Estudo crítico de um novo método de avaliação de idade gestacional. Mat. Inf., 35:87, 1976.
- 101 - PINTO E SILVA, J.L.; SARMENTO, R.C.; LANDERER, C. & FAUNDES, A. Ruptura prematura de membranas. J. bras. Ginec., 90:83, 1980.
- 102 - PINTO E SILVA, J.L.; SARMENTO, R.C.; LANDERER, C. & FAUNDES, A. Gravidez na adolescência. I - Conduta frente à anticoncepção e ao sexo. J. bras. Ginec., 90:283, 1980.

- 103 - POLIAKOFF, S. Pregnancy in the young primigravida. Am. J. Obstet. Gynecol., 76:746, 1958.
- 104 - PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. Birth weight maternal age and birth order: three important determinants in infant mortality. OPAS, Public. Cientif. nº 294, 1975.
- 105 - PUFFER, R. & SERRANO, C.V. Patterns of mortality in childhood. PHO/OMS, 1973.
- 106 - RAUH, J. L.; JOHNSON, L. B. & BENKET, R.L. The reproductive adolescent. Pediatr. Clin. North Am., 20:1005, 1973.
- 107 - REY-STOCKER. Le menorrhagie giovanili. In: DEWURST, C.J. and NEGRI, M. de, eds. Adolescentologia. Milão, Fondazione Carlo Erba, 1973. p. 87-91.
- 108 - REZENDE, J. de. Distocias acidentas e complicações da parturição. O parto antitético. In: \_\_\_\_\_ Obstetrícia. 2a. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1969. p. 757-766.
- 109 - REZENDE, J. de. Patologia da gravidez: toxemias, gestoses, tocopatias. Tocopatias generalidades. In: \_\_\_\_\_. Obstetrícia. 2a. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1969, cap. 20 p.491.
- 110 - RUSSEL, J. Sexual activity and its consequences in the teenager. Clin. Obstet. Gynecol., 1:683, 1974.
- 111 - RYAN, G.M. & SCHNEIDER, J. M. Teenage obstetric complications. Clin. Obstet. Gynecol., 21:1191, 1978.
- 112 - SABATINO, J.H.; PINOTTI, J.A. & ARAKI, R. Valor prognóstico do aspecto do líquido amniótico durante o trabalho de parto. Rev.Bras. Ginec. Obstet., 3:102, 1981.

- 113 - SABATINO, J. H.; SILVA, J.C.G.; PINTO E SILVA, J.L & FAUNDES, A. Experiência com o uso de uma ficha clínica obstétrica pré-codificada. Rev. Bras. Gynec. Obstet., 2: 5, 1980.
- 114 - SALVATORE, C. A. O uso de anovulatórios em adolescentes. Gin. Obst. Bras., 3:289, 1980.
- 115 - SANTOS, D. A.; ACOSTA, S.H.; CONTER, S.L.; CALLEGARI, T. R. & COSTA, P.L. Partograma em adolescentes. Gin. Obst. Bras., 2:601, 1979.
- 116 - SARREL, P. M. & KLERMAN, L.V. The young unwed mother. Am. J. Obstet. Gynec., 105:575, 1969.
- 117 - SCHLESINGER, E.R. & NESBITT Jr., R.E.L. The young mother. Clin. Obstet. Gynec., 4:317, 1961.
- 118 - STEMBERA, Z. K. Factors influencing length of gestation and fetal growth (aetiology of low birth weight). Geneva 1975 ( Documento não publicado da O.M.S., M.C.H./ L.B.W/W.P.75. 3 ).
- 119 - TANNER, J. M. Development of the female reproductive system during adolescence. Clin. Obstet. Gynecol., 3:135, 1960.
- 120 - TANNER, J.M. & THONSON, A.M. Standards for birth weight at at gestation periods from 32 to 42 weeks allowing for maternal height and weight. Pediatrics, 46:135, 1970.
- 121 - TANTUM, E. L. Some molecular aspects of congenital malformations. In: FIRST INTERN. CONT. ON CONG. MALFORMATIONS J. B. Philadelphia, 1961. p. 281-288.
- 122 - TATELBAUM, R.; ADAMS, B.; KASH, C.; McANARNEY, E.; ROGHMANN, K.M. COULTER, M.; CHARNEY, E. & PLUME, M. Management of Teenage Pregnancies in Three Different Health Care Settings. Adolescence, 13:713, 1978.

- 123 - TAYLOR, E.S.; MORGAN, R.L.; BRUNS, P. D. & DROSE, V.E.  
Spontaneous premature rupture of the fetal membranes .  
Am. J. Obstet. Gynec., 82:1341, 1961.
- 124 - TYRER, L.B.; MAZLEN, R.G. & BRADSHAW, L.E. Meeting the  
special needs of pregnant teenagers. Clin. Obstet.  
Gynecol., 21:1199, 1978.
- 125 - UBERTI, E.M.; CALLEGARI, T.R.; CONTER, S.L.; COSTA, P.L.  
& BOLOGNESE, L. Trabalho de parto monitorizado em  
adolescentes. Gin. Obst. Bras., 1:431, 1978.
- 126 - USHER, R.; McLEAN, F. & SCOTT, K.E. Judgment of fetal  
age. II. Clinical significance of gestacional age  
and an objective method for its assessment. Pediatr.  
Clin. North AM., 13:835, 1966.
- 127 - VALENTE, C.A.; ANDRADE, A.S.; VITIELLO, N.; BERCOVICI ,  
S.; BEARZI, V.T. & NUNES, L.A. Assistência pr e e pe  
rinatal   m e adolescente. J.bras. Ginec., 83:229,  
1977.
- 128 - WALLACE, M.H. Teenage pregnancy. Am. J. Obstet. Gynec.,  
92:1125, 1965.
- 129 - WIDHOLM, O.; KANTERO, R.L. & RAUTANEN, E. Medical and  
social aspects of adolescents pregnancies. Acta Obstet.  
Gynecol. Scand., 53:147, 1974.
- 130 - WORKING Party Report on Pregnancy and Adolescence. Rela  
tion of nutrition to pregnangy in adolescence. Clin.  
Obstet. Gynecol., 14:367, 1971.
- 131 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Public health aspects of low  
birth weight babies. Technical Report Series, n  217:  
17, 1961.

- 132 - YAZLLE, M.E.H.D.; CUNHA, S.P.; SÁ, M.F.S.; SALA, M.M.; CARVALHO, R.L.; BARUFFI, I. & ALMEIDA, S.M. Pré-eclampsia. I. Aspectos clínicos. Rev. Bras.Ginec. Obstet., 1:89, 1979.
- 133 - YOUNGS, 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, 1977.
- 134 - ZACHARIAS, L.; WURTMAN, R.J. & SCHATZOFF, M. Sexual maturation in contemporary american girls. Am. J. Obstet. Gynec., 108:833, 1970.
- 135 - ZACKLER, I.; ANDELMAN, S.J. & BAUER, F. The young adolescent as an obstetric risk. Am. J. Obstet. Gynec., 103:305, 1969.



A N E X O S

ANEXO 1

FICHA OBSTÉTRICA  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS – UNICAMP

NOME \_\_\_\_\_ SAME Nº \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_

LOCAL DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

D.U.M. \_\_\_\_\_ D.P.P. \_\_\_\_\_

CONVULSIVA ☐ SIM ☐ NÃO

IDADE DA MENARCA    11 12

RITMO MENSTRUAL  1  2  3  9  13

ALCOOLISMO

ANTES DE ENGRAVIDAR DURANTE GRAVIDEZ  
☐ NUNCA BEBEU ☐ NÃO BEBEU  
☐ < 1/21. PINGA EQUIV. X DIA ☐ < 1/21 PINGA OU EQUIV. X DIA  
☐ > 1/21. PINGA OU EQUIV. X DIA ☐ > 1/21 PINGA OU EQUIV. X DIA

GESTACÕES

ÚLTIMO PARTO HÁ (MESES)   14 15 FILHOS VIVOS ATUAL //   16 17 NATIMORTOS   18  
GRAV. GEMELAR   19 CESÁREAS   20 TOTAL GRAVIDEZ   21 22  
TOTAL ABORTOS   23 FILHOS MORTOS   24 TOTAL PARTOS   25 26  
ABORTOS ESPONTÂNEOS \_\_\_\_\_ ABORTOS PROVOCADOS \_\_\_\_\_

|    |                                              | 1            | 2                                              | 3                                              | 4                                                    | 5                                       | 6                                      | 7                       | 8                                                    | 9                                      | 0                                                    | y   |    |
|----|----------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------|-----|----|
| 27 | GRUPO SANGÜÍNEO                              | A            | B                                              | AB                                             | O                                                    | —                                       | —                                      | —                       | —                                                    | —                                      | —                                                    | IGN | 27 |
| 28 | ANT SENS RH<br>ENF. HEMOL. RH                | RH +         | (-) NÃO SENS                                   | (-) SENS<br>S/ ANT DE<br>ENF. HEMOL.<br>DO RH  | (-) SENS C/<br>ANT DE<br>ENF. HEMOL.<br>DO RH        | (-) I.G.N.<br>SENSIBIL.<br>ZAÇÃO        | —                                      | —                       | —                                                    | —                                      | —                                                    | IGN | 28 |
| 29 | ANTECEDENTES<br>MORBIDOS                     | SEM          | T B C                                          | SÍFILIS                                        | DIABETES                                             | CARDIOPATIA                             | INFECÇÃO<br>URINÁRIA                   | HIPER-<br>TENSÃO        | SEQUELA OS-<br>SEA DE FEL-<br>VIS OU INFE-<br>RIORES | CIRURGIA<br>ABDOMINAL                  | OUTROS                                               | IGN | 29 |
| 30 | ANTECEDENTES<br>OBSTÉTRICOS                  | SEM          | TOXEMIA                                        | METORRRA-<br>GIA DUR.<br>A GRAVIDEZ            | METORRA-<br>GIA PÓS<br>PARTO                         | GRAVIDEZ<br>PROLONGADA                  | MALFORM.<br>CONGENITA                  | INFECÇÕES<br>PUERPERAIS | POLIHIDRO<br>AMNIO                                   | PARTOS<br>PREMAT.                      | OUTRAS<br>PATOL.<br>OBSTR.                           | IGN | 30 |
| 31 | USO ANTICONCEP.<br>ANTERIOR ESTA<br>GESTAÇÃO | NÃO<br>USAVA | GESTÁGENO<br>SUSPENSO<br>GRAVIDEZ<br>PLANEJADA | GESTÁGENO<br>SUSPENSO<br>POR INTO-<br>LERÂNCIA | GESTÁGENO<br>INTERROM-<br>P. GRAVIDEZ<br>NÃO PLANEJ. | DIU RETIRA-<br>DO GRAVIDEZ<br>PLANEJADA | DIU RETIRA-<br>DO POR NÃO<br>ADAPTAÇÃO | DIU<br>FRACASSADO       | OUTRO ANTICONCEP.<br>GRAVIDEZ<br>PLANEJADA           | OUTRO ANTICONCEP.<br>INTOLERÂN-<br>CIA | OUTRO ANTI-<br>CONCEP. P/<br>GRAVIDEZ<br>NÃO PLANEJ. | IGN | 31 |
| 32 | ESCOLA (ANOS)                                | 0            | 1-2                                            | 3-4                                            | 5                                                    | 6-7                                     | 8-9                                    | 10-11                   | 12 ou mais                                           | —                                      | —                                                    | IGN | 32 |

OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

|                    | DATA | PESO (Kg) | ALTURA UTER. | PRESSÃO ARTERIAL | FOCO | APRES. | EDEMA | MOV. FETAIS | SEMAN. GRAV. | EVOLUÇÃO |
|--------------------|------|-----------|--------------|------------------|------|--------|-------|-------------|--------------|----------|
| CONTROLE PRÉ-NATAL |      |           |              |                  |      |        |       |             |              |          |
|                    |      |           |              |                  |      |        |       |             |              |          |
|                    |      |           |              |                  |      |        |       |             |              |          |
|                    |      |           |              |                  |      |        |       |             |              |          |
|                    |      |           |              |                  |      |        |       |             |              |          |
|                    |      |           |              |                  |      |        |       |             |              |          |
|                    |      |           |              |                  |      |        |       |             |              |          |
|                    |      |           |              |                  |      |        |       |             |              |          |

Nº TOTAL CONSULTAS   33

MÊS DE GESTAÇÃO INÍCIO PRÉ-NATAL   34

ANUSCO OBSTÉTRICO   35 36

SE NÃO FEZ PRÉ-NATAL, PORQUE NÃO FEZ? \_\_\_\_\_

LOCAL DO PRÉ-NATAL \_\_\_\_\_

ADMITIDA PARA PARTO DATA 7/ / HORA

EXAME FÍSICO GERAL  
Motivo da consulta

EST. GERAL

PULSO P.A. T. AXILAR

CABEÇA E PESCOÇO

TÓRAX (mamas, coração, pulmões)

PESO HABITUAL

PESO NO INGRESSO

DIFERENÇA PONDERAL

ALTURA

SEM. DE AMENORRÉIA

DIFERENÇA PONDERAL

DIFERENÇA PONDERAL : Kg

37  
39

40  
41

42

43  
44

ABDOMEM

EXTREMIDADES

|       |     |         |        |         |          |          |    |
|-------|-----|---------|--------|---------|----------|----------|----|
|       | 1   | 2       | 3      | 4       | 5        | 6        |    |
| EDEMA | SEM | MAIOLAR | TIBIAL | ABDOMEM | ANABARCA | IGNORADO | 45 |

OUTROS DADOS

INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO DATA 7/ / HORA RUTURA DA BOLSA DATA 7/ / HORA

EXAME OBSTÉTRICO Nº B.C.F. Xmin. DINÂMICA

ALTURA UTERINA

|   |                |        |                    |              |                |       |             |          |         |               |      |
|---|----------------|--------|--------------------|--------------|----------------|-------|-------------|----------|---------|---------------|------|
| T | ESTADO DO COLO | DILAT. | MEB. E LIG. OVULAR | APRESENTAÇÃO | VARIED. POSIC. | PLANO | PROMONTÓRIO | C. DIAG. | C. VERA | ESP. CIÁTICAS | POCO |
| V |                |        |                    |              |                |       |             |          |         |               |      |
| R |                |        |                    |              |                |       |             |          |         |               |      |

OUTROS DADOS

| DIAGNÓSTICOS DE ADMISSÃO | INDICAÇÕES NA ADMISSÃO E PLANO DE ASSISTÊNCIA | NOME RESPONSÁVEL |
|--------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
|                          |                                               |                  |
|                          |                                               |                  |
|                          |                                               |                  |
|                          |                                               |                  |
|                          |                                               |                  |
|                          |                                               |                  |
|                          |                                               |                  |

PARTO: HORA DIA MÊS ANO

(63) DURAÇÃO P. DILATAÇÃO (64) T. ADMISSÃO AO PARTO (65) T. R. M. PARTO (66) DURAÇÃO P. EXPULSIVO

OBSERVAÇÕES (DISTOCIAIS, ACIDENTES, INTERVENÇÕES, etc.)

PARTO ATENDIDO POR

NOME LEGÍVEL (LETRA DE FORMA)

CODIFICAÇÃO DE DADOS SOBRE EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

|    |                                      | 1                  | 2                               | 3                              | 4                        | 5                               | 6                              | 7                                 | 8                                            | 9                                            | 0                        | y                                            |     |    |
|----|--------------------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|-----|----|
| 50 | TIPO DE RUPTURA DE MEMBRANAS         | R.E.M. PREMATURA   | R.E.M. ATÉ 5 cm                 | R.E.M. 5 - 9 cm                | R.E.M. > 9 cm            | RUPTURA ALTA                    | R.A.M. ATÉ 5 cm                | R.A.M. 5 - 9 cm                   | R.A.M. > 9 cm                                | CESÁREA C/ MEMBR. INTEGRAS                   | PARTO FORA DO SERVIÇO    | IGN                                          | 50  |    |
| 51 | ESTADO DO LÍQUIDO OVULAR             | CLARO              | LIGEIRAMENTE TINGIDO DE MECÔNIO | TINGIDO DE MECÔNIO             | MECÔNIO ESPESSE          | MECÔNIO ANTIGO                  | HEMORRÁGICO                    | PURULENTO                         | COM MAU CHEIRO                               | HEMOR. + MECÔNIO                             | INFECÇÃO DE MECÔNIO      | IGN                                          | 51  |    |
| 52 | QUANT. LÍQUIDO OVULAR                | NORMAL             | OLIGO-AMNIO                     | POLIHIDRAMNIO                  | —                        | —                               | —                              | —                                 | —                                            | —                                            | —                        | IGN                                          | 52  |    |
| 53 | S. C. F. (ANDOTAR 0 + GRAVE)         | NORMAL (120 - 160) | DIP I                           | TACUICARDIA (161 ou +)         | DIP UMBELICAL            | DIP II                          | BRADICARDIA SUSTENTADA         | DESAP. FOCO SEM SINAIS SOFRIMENTO | DESAP. FOCO COM SINAIS SOFRIMENTO            | AUSENTE NA ADMISSÃO                          | DESAP. FOCO DUR. MANOBR. | IGN                                          | 53  |    |
| 54 | Nº TOQUES DESDE RUPTURA DE MEMBRANAS | 0 OU NENHUM        | 1                               | 2                              | 3                        | 4                               | 5                              | 6                                 | 7                                            | 8                                            | 9 ou +                   | COM MEMBR. INTEGRAS OU PARTO FORA DO SERVIÇO | IGN | 54 |
| 55 | ANALGESIA NO PER. DILATAÇÃO          | SEM                | MEPERID. OU BENZODIAZ.          | BLOQ. EPID. SIMPLES OU CONTIN. | BLOQ. RAQ. BAIXO OU ALTO | MEPER. OU BENZOD. + BLOQ. EPID. | MEPER. OU BENZOD. + BLOQ. RAQ. | BLOQ. EPID. + BLOQ. RAQ.          | MEPER. OU BENZOD. + BLOQ. EPID. + BLOQ. RAQ. | MEPER. OU BENZOD. + BLOQ. EPID. + BLOQ. RAQ. | OUTRAS                   | IGN                                          | 55  |    |
| 56 | HORAS ANALG. ANTES EXPULSIVO         | SEM                | 1                               | 2                              | 3                        | 4                               | 5                              | 6                                 | 7                                            | 8                                            | 9 ou +                   | IGN                                          | 56  |    |
| 57 | INDICAÇÃO DE OCITOCINA               | SEM OCITOCINA      | GRAVIDEZ PROLONGADA             | AMNIOREXE PREMATURA            | INFECÇÃO OVULAR          | DIABETES                        | CONDUÇÃO DE PARTO              | TOXEMIA                           | ÓBITO FETAL                                  | R.H. (—)                                     | OUTRAS                   | IGN                                          | 57  |    |

CODIFICAÇÃO DE DADOS SOBRE O PARTO

|    |                                     | 1                   | 2                        | 3                             | 4                                           | 5                            | 6                           | 7                                           | 8                                | 9                                     | 0                     | y   |
|----|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----|
| 58 | HORA PARTO                          | 00:00-03:59         | 04:00-07:59              | 08:00-11:59                   | 12:00-15:59                                 | 16:00-19:59                  | 20:00-23:59                 | PARTO FORA DO SERVIÇO                       | -                                | -                                     | -                     | IGN |
| 59 | FORMA DE INÍCIO DE PARTO            | ESPONTÂNEA          | INDUÇÃO OCITOLÓGICA PURA | CESÁREA ELETIVA               | INDUÇÃO OCITOLÓGICA PÓS-SENSIB. ESTROGENICA | KRAUSE                       | ABUREL                      | INDUÇÃO OCITOLÓGICA + ABUREL                | PROSTAGLANDINAS                  | -                                     | OUTRAS                | IGN |
| 60 | FORMA DE TÉRMINO DE PARTO           | ESPONTÂNEO          | ASSISTIDO EM PÉLVICA     | EXTRAÇÃO PÉLVICA              | GRANDE EXTRAÇÃO PÉLVICA                     | FÓRCIPE                      | VÁCUO                       | VÁCUO + FÓRCIPE                             | FÓRCIPE PRAG. + CESÁREA          | VÁCUO + CESÁREA                       | CESÁREA               | IGN |
| 61 | APRESENTAÇÃO                        | VÉRTICE             | FACE                     | FRONTE                        | CEFÁLICA INDEFINIDA                         | PÉLVICA COMPLETA             | PÉLVICA INCOMPLETA          | PÉLVICA INDEFINIDA                          | CORMICA                          | DELIQUA                               | OUTRA                 | IGN |
| 62 | VARIEDADE DE POSIÇÃO                | E A                 | E T                      | E P                           | D A                                         | D T                          | D P                         | PUBICA                                      | SACRA                            | CESÁREA SEM DIAG.                     | OUTRAS                | IGN |
| 63 | DURAÇÃO PERÍODO DILAT.              | SEM PERÍODO DILAT.  | ATÉ 3 HORAS              | ATÉ 6 HORAS                   | ATÉ 9 HORAS                                 | ATÉ 12 HORAS                 | ATÉ 15 HORAS                | ATÉ 18 HORAS                                | ATÉ 21 HORAS                     | ATÉ 24 HORAS                          | + DE 24 HORAS         | IGN |
| 64 | TEMPO DESDE ADMISSÃO ATÉ AO PARTO   | ATÉ 30 min.         | ATÉ 1 HORA               | ATÉ 3 HORAS                   | ATÉ 6 HORAS                                 | ATÉ 12 HORAS                 | ATÉ 18 HORAS                | ATÉ 21 HORAS                                | + DE 24 HORAS                    | ADMISSÃO POR GRAVIDEZ PATOL.          | PARTO FORA DO SERVIÇO | IGN |
| 65 | TEMPO DESDE R. M. AO PARTO          | ATÉ 3 HORAS         | ATÉ 6 HORAS              | ATÉ 12 HORAS                  | ATÉ 18 HORAS                                | ATÉ 24 HORAS                 | ATÉ 36 HORAS                | ATÉ 48 HORAS                                | + de 48 HORAS                    | CESÁREA COM M.1 PARTO FORA DO SERVIÇO | COM MEMBRANA INTEGRAS | IGN |
| 66 | DURAÇÃO PERÍODO EXPULSIVO (min)     | CESÁREA S/EXPULSIVO | ATÉ 5 min.               | ATÉ 10 min.                   | ATÉ 20 min.                                 | ATÉ 30 min.                  | ATÉ 45 min.                 | ATÉ 60 min.                                 | ATÉ 75 min.                      | ATÉ 90 min.                           | + DE 90 min.          | IGN |
| 67 | PRINCIPAL INDICAÇÃO DE CESÁREA      | 01 PARTO VAGINAL    | 02 SOFRIMENTO FETAL      | 03 DESP. CEF. PÉLVICA         | 04 CONDILOMATOSE                            | 05 PÉLVICA OU CORMICA        | 06 OUTRAS DIST. APRES.      | 07 PLACENTA PRÉVIA                          | 08 GRAVIDEZ PROLONG.             | 09 INFECÇÃO OVULAR                    | 10 SENSIB. FATOR RH   | IGN |
| 68 |                                     | 11 TOXEMIA          | 12 ANT. CES.             | 13 ACIDENTE CORDÃO            | 14 PRIMP. PARA TARDIA                       | 15 ANT. INFER. OU ESTER.     | 16 DIABETES                 | 17 DIST. DE PARTE MOLE                      | 18 D P P                         | 19 SEM INDICAÇÃO                      | 20 OUTRAS             |     |
| 69 | ANESTESIA PARA EXP. OU INTERVENÇÕES | SEM                 | GERAL                    | RAQUÍDEA                      | EPIDURAL SIMPLES                            | EPIDURAL CONTÍNUA            | PUDENDA                     | SÓ LOCAL                                    | CAUDAL                           | C/ANEST. DESDE PRE-PARTO              | OUTRAS                | IGN |
| 70 | FÓRCIPE OU VÁCUO                    | SEM                 | ALÍVIO                   | DISTOCIA ROTAÇÃO              | DISTOCIA PROGRESSÃO                         | ABREVIAÇÃO PERÍODO EXPULSIVO | CAREÇA DERRADEIRA           | FÓRCIPE NA CESÁREA                          | -                                | -                                     | OUTROS                | IGN |
| 71 | OPERAÇÕES COMPLEMENTARES MENORES    | SEM                 | EPISIOTOMIA              | SUTURA DO COLO                | EPISIOTOMIA + SUT. DO COLO                  | SUTURA DESGARR. VAGINAL      | SUT. DESOVAS + SUT. DO COLO | SUTURA DESG. VAG. + SUT. DO COLO + EPISIOT. | -                                | -                                     | OUTRAS                | IGN |
| 72 | OPERAÇÕES COMPLEMENTARES MAIORES    | SEM                 | ESTERELIZ. INTRA-PARTO   | ESTERELIZ. PÓS-PARTO IMEDIATO | SUTURA UTERINA                              | HISTEREC. SUB-TOTAL          | HISTEREC. TOTAL             | LIGADURA HIPOGÁSTRICA                       | SUT. RUTURA UTERINA + ESTERELIZ. | -                                     | OUTROS                | IGN |
|    |                                     | 1                   | 2                        | 3                             | 4                                           | 5                            | 6                           | 7                                           | 8                                | 9                                     | 0                     | y   |

OBSERVAÇÕES

DEQUITAÇÃO

(73) DURAÇÃO

(74) PESO

|          |                |            |        |
|----------|----------------|------------|--------|
| COMPLETA | ADER. ANORMAIS | INCOMPLETA | ACRETA |
|----------|----------------|------------|--------|

|             |         |           |
|-------------|---------|-----------|
| SEM REVISÃO | CURAGEM | CURETAGEM |
|-------------|---------|-----------|

OBSERVAÇÕES (ACIDENTES, ANOMALIAS PLACENTÁRIAS, INTERVENÇÕES, etc.)

MÉDICO

CODIFICAÇÃO DE DADOS DA DEQUITAÇÃO

|    | 1                 | 2         | 3                | 4              | 5               | 6         | 7                   | 8                   | 9                        | 0                  | v            |     |
|----|-------------------|-----------|------------------|----------------|-----------------|-----------|---------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--------------|-----|
| 73 | DURAÇÃO (min)     | 1 - 9     | 10 - 19          | 20 - 29        | 30 - 39         | 40 - 49   | 50 - 59             | 60 - 69             | 70 ou +                  | CESÁREA            | FORA SERVIÇO | IGN |
| 74 | PESO PLACENTA (g) | 200 - 299 | 300 - 399        | 400 - 499      | 500 - 599       | 600 - 699 | 700 - 799           | 800 - 899           | 900 - 999                | 1000 ou +          | FORA SERVIÇO | IGN |
| 75 | TIPO DEQUITAÇÃO   | NATURAL   | DIRIGIDO         | CREDE          | EXTRAÇÃO MANUAL | CURAGEM   | EXTR. MAN + CURAGEM | EXTR. C/ INV. UTER. | HISTER. POR PLAC. ACRETA | HISTERECT EM BLOCO | OUTRAS       | IGN |
| 76 | CORDÃO            | NORMAL    | CIRCULAR SIMPLES | CIRCULAR DUPLA | MAIS DE DUAS    | NÓ        | PROLAP. CORDÃO      | PROCIDENCIA         | BREVIDADE                | CIRCULAR + NÓ      | OUTRAS       | IGN |

IDENTIFICAÇÃO

|   |   |   |   |    |    |
|---|---|---|---|----|----|
| F | O | 2 | 1 | 77 | 80 |
|---|---|---|---|----|----|

SAME Nº

Nº

RECÉM-NASCIDO

RESSUSCITAÇÃO

SEM

COM

IGN

6

ENV. ANAT. PATOL

VIVO

SIM

NÃO

IGN

7

ALTURA

8

9

PESO

10

10

OBSERVAÇÕES

(LESÕES, MALFORMAÇÕES, MORBILIDADE, etc.)

A

1 min.

14

15

P

5 min.

16

17

L

10 min.

18

19

R

10 min.

18

19

IDADE GESTACIONAL CLÍNICA (CAPURRO)

20

21

MÉDICO BERÇÁRIO

| DADOS DO R.N.                           | 1                 | 2                       | 3                     | 4                            | 5                                    | 6                             | 7                               | 8                      | 9                       | 0                                | y      |
|-----------------------------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------|--------|
| 22 SEXO E TIPO DE PARTO                 | MASCULINO SIMPLES | FEMININO SIMPLES        | MASCULINO DUPLO       | FEMININO DUPLO               | MASCULINO TRÍPLO                     | FEMININO TRÍPLO               | -                               | -                      | -                       | OUTROS                           | IGN 22 |
| 23 MALFORMAÇÃO CONGÊNITA                | SEM               | ADRIANIA OU ANENCEFALIA | HIDROCE FALIA         | MEMINGO CELE                 | CARDIOPATIA CONGÊNITA                | MONGOLISMO                    | ONFALOCELE                      | LÁBIO LEPORINO         | SINAIS PÓS-MORTE        | OUTRAS                           | IGN 23 |
| 24 MORBIDADE NEONATAL OU CAUSA DE MORTE | 01 SEM            | 02 ICTERICIA FISIOLOG.  | 03 ICTERICIA PATOLÓG. | 04 S.D.R                     | 05 COAGULO-PATIA                     | 06 SEPSIS                     | 07 OUTRAS ENFERMID. INFECCIOSAS | 08 ANOMALIAS NEUROLÓG. | 09 ANOMALIAS CONGÊNITAS | 10 HEMORRAGIAS CEREBRO MENINGEAL | IGN 24 |
| 25 ESTADO DO R.N. NA ALTA MATERNA       | VIVO SÃO          | VIVO ENFERMO            | NATIMORTO             | MORTE NEO NATAL ATÉ 24 HORAS | MORTE NEO NATAL + 24 HORAS AO 7º DIA | MORTE NEO NATAL 8º AO 28º DIA | MORTE + 28 DIAS                 | -                      | -                       | -                                | IGN 25 |

OBSERVAÇÕES (TRATAMENTO, ANÁLISE, etc.)

| CODIFICAÇÃO COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ OU PARTO | 1      | 2                                               | 3                                            | 4                                             | 5                          | 6                                    | 7                            | 8                                           | 9                        | 0                     | y      |
|-----------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------|
| 27 EVOLUÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL               | NORMAL | CAIDAS TENSIONAIS SEM SINAIS DE CHOQUE < 100/60 | CHOQUE CLÍNICO REVERSÍVEL DE QUALQUER ORIGEM | CHOQUE CLÍNICO IRRVERSÍVEL DE QUALQUER ORIGEM | HIPERTEN-SÃO LEVE ≤ 150/90 | HIPERTEN-SÃO MOD. > 150/90 < 180/120 | HIPERTEN-SÃO GRAVE > 180/120 | ACIDENTE VASCULAR OU VISCERAL HIPERTEN-SIVA | -                        | -                     | IGN 27 |
| 28 TOXEMIA E HIPERTENSÃO                      | SEM    | HIPERT. LEVE PROVA/TOXEMIA                      | HIPERT. MOD. PROVA TOXEMIA                   | HIPERT. SEVERA PROVAVEL/TOXEMIA               | PRÉ-ECLAM-PSIA MODERADA    | PRÉ-ECLAM-PSIA SEVERA                | HIPERT. CRÔNICA ESSENCIAL    | HIP. ART. OUTRAS ORI-NÃO PRÉ ECLAMP.        | ECLAMP. GRAVIDICA        | ECLAMP. PUERPR.       | IGN 28 |
| 29 DIABETES                                   | SEM    | PRÉ-DIABETE + CLASSE A                          | CLASSE B                                     | CLASSE C                                      | CLASSE D + E               | CLASSE F                             | CLASSE R                     | A COM FATORES AGRAVANTES                    | B COM FATORES AGRAVANTES | OUTRAS COM AGRAVANTES | IGN 29 |
| 30 INFECCIOSAS                                | SEM    | TOXOPLAS-MOSE                                   | TUBERCU-LOSE                                 | INF. URI-S/FEBRE                              | INF. URI-C/FEBRE           | GONORREIA                            | VIROSE                       | ESTAFILOC. OU ESTREPTO.                     | SIFILIS                  | OUTRAS                | IGN 30 |
| 31 HEMORRAGIAS (H IMPORTANTES)                | SEM    | DO 1º TRIMESTRE                                 | DO 2º TRIMESTRE                              | PLACENTA PRÉVIA                               | DPP                        | RUPTURA UTERINA                      | LESÕES PARTES MOLES          | SEM DIAS                                    | -                        | OUTRAS                | IGN 31 |
| 32 CIRURGIA DURANTE GRAVIDEZ                  | SEM    | CERCLA-GEM 1º TRIMESTRE                         | CERCLA-GEM 2º TRIMESTRE                      | CERCLA-GEM 3º TRIMESTRE                       | RESSEC. CONDILOMA          | CONIZAÇÃO                            | AMPUTAÇÃO DO COLO            | APENDICE-TOMIA                              | CIRURGIA DA MAMA         | OUTRAS                | IGN 32 |

| COD. COMPL. DEQ. PUERP. E OUTRAS | 1           | 2                                | 3                                 | 4                                 | 5                                  | 6                                  | 7                                | 8                | 9                                  | 0                       | y      |
|----------------------------------|-------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------------|------------------------------------|-------------------------|--------|
| 33 HEMORRAGIAS                   | SEM         | RETENÇÃO PLACENT. IMETOR-PRÉCOCE | ADERÊNCIA PLACENTÁRIA ANORMAL     | RETENÇÃO DE RESTOS PLACENT.       | INÉRCIA UTERINA SEM REVISÃO        | INÉRCIA UTERINA COM REVISÃO        | METORRRA-GIA TARDIA DO PUERPERIO | PLACENTA ACRETA  | EMB. LIQ. AMNIOT. OU CAUSA SISTEM. | OUTRAS CAUSAS           | IGN 33 |
| 34 INFECCIOSAS                   | SEM         | ENDOMETRITE                      | INFECÇÃO FERIDA OPERATÓRIA        | MASTITE                           | TROMBO FLEBITE                     | ANEXITE OU PARA-METR.              | ABCESSO DE DOUGLAS               | PERITONITE       | SEPSIS                             | OUTRAS                  | IGN 34 |
| 35 CIRÚRGICAS                    | SEM         | DEISCÊNCIA FERIDA OPERATÓRIA     | EVISCER-AÇÃO                      | CORPO ESTRANHO                    | HEMATOMIA LIGAMENTO LARGO          | HEMOPE-RITÓRIO                     | HEMAT. VUL. OU VAGINAL POR SUT.  | RUPTURA VESICAL  | LIGADURA UTERERES                  | OUTRAS CURETAG.         | IGN 35 |
| 36 ESTADO DA MÃE NA ALTA         | SADIA       | VIVA ENF. INFECCIOSA             | VIVA ENF. COMPLICA-ÇÃO OBS-TÉTICA | VIVA ENF. COMPLICA-ÇÃO MÉDICA     | VIVA ENF. COMPLICA-ÇÃO CIRUR-GICA  | MORTA POR INFECCÃO                 | MORTA POR ANEMIA                 | MORTA ECLAMP-SIA | MORTA OU-TRAS CAUSAS               | TRANSF. A OUTRO SERVIÇO | IGN 36 |
| 37 CURETAGEM                     | SEM         | PÓS-PARTO IMEDIATO               | PUERPERIO                         | REINGRESSO                        | ÍTEM 2 + 3                         | ÍTEM 2 + 4                         | ÍTEM 3 + 4                       | ÍTEM 2 + 3 + 4   | -                                  | OUTRAS                  | IGN 37 |
| 38 ESTUDOS REALIZADOS            | SEM         | AMNIO-S-CÓPIA                    | AMNIO-CENTESE                     | VIDOSOM                           | MONITO-RIZAÇÃO                     | R X                                | MAIS DE UM                       | TODOS            | QUALQUER ANTERIOR + OUTRO          | SÓ OUTROS               | IGN 38 |
| 39 TABAGISMO                     | NUNCA FUMOU | NÃO FUMOU DURANTE A GRAVIDEZ     | SÓ ATÉ 40 MES ≤ 10 CIGARROS X DIA | SÓ ATÉ 40 MES ≤ 10 CIGARROS X DIA | ALÉM DO 40 MES ≤ 10 CIGARROS X DIA | ALÉM DO 40 MES ≤ 10 CIGARROS X DIA | -                                | -                | -                                  | -                       | IGN 39 |

ALTA

DATA

DIAS DE INTERNAÇÃO DA MÃE

ANTES DO PARTO

40

41

DEPOIS DO PARTO

42

43

REINTER. NAÇÃO

44

45

CONDIÇÕES

CAUSA

MÉDICO

DÍAS INTERNAÇÃO DO R.N.

46

47

IDENTIFICAÇÃO

F

0

2

2

7

80

ANEXO 2 - DISTRIBUIÇÃO DA IDADE MATERNA À MENARCA EM ANOS, INCLUINDO TODAS AS PARIDADES

| IDADE À MENARCA \ GRUPO |  | 9        | 10        | 11         | 12          | 13          | 14          | 15          | 16        | 17        | 18        | TOTAL         |
|-------------------------|--|----------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| ATÉ 19 ANOS             |  | 9<br>1.7 | 28<br>5.3 | 70<br>13.3 | 133<br>25.3 | 147<br>28.0 | 68<br>12.9  | 42<br>8.0   | 22<br>4.2 | 3<br>0.6  | 3<br>0.6  | 525<br>100.0  |
| DE 20 A 29 ANOS         |  | 7<br>0.6 | 41<br>3.2 | 108<br>8.5 | 273<br>21.6 | 301<br>23.8 | 261<br>20.6 | 154<br>12.2 | 88<br>7.0 | 19<br>1.5 | 14<br>1.1 | 1266<br>100.0 |

D = 0.159    KOLMOGOROV - SMIRNOV    SIGNIFICATIVO    P < 0.001

ANEXO 3 - DISTRIBUIÇÃO DA IDADE MATERNA À MENARCA EM ANOS, INCLUINDO APENAS AS MULHERES

| IDADE À MENARCA |  | ≤10 | 11   | 12   | 13   | 14   | 15   | 16  | 17  | 18  | TOTAL |
|-----------------|--|-----|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-------|
| GRUPO           |  |     |      |      |      |      |      |     |     |     |       |
| ATÉ 19 ANOS     |  | 22  | 38   | 83   | 101  | 53   | 30   | 21  | 2   | 3   | 353   |
|                 |  | 6.2 | 10.8 | 23.5 | 28.6 | 15.0 | 8.5  | 5.9 | 0.6 | 0.8 | 100.0 |
| DE 20 A 29 ANOS |  | 9   | 12   | 53   | 59   | 69   | 41   | 21  | 9   | 6   | 279   |
|                 |  | 3.2 | 4.3  | 18.9 | 21.1 | 24.7 | 14.7 | 7.5 | 3.2 | 2.1 | 100.0 |

D = 0.216    KOLMOGOROV - SMIRNOV    SIGNIFICATIVO    P < 0.001

ANEXO 4 - RITMO MENSTRUAL APRESENTADO ANTERIORMENTE À GRAVIDEZ ATUAL EM AMBOS OS GRUPOS

| RITMO MENSTRUAL |    |      | REGULAR | IRREGULAR     | TOTAL |
|-----------------|----|------|---------|---------------|-------|
| GRUPO           |    |      |         |               |       |
| ATÉ             | 19 | ANOS | 393     | 129<br>24.7 % | 522   |
| DE 20 A 29      |    | ANOS | 926     | 332<br>26.4 % | 1258  |
| T O T A L       |    |      | 1319    | 461           | 1880  |

$\chi^2 = 0.54$       N.S.



ANEXO 5 - ANTECEDENTES MÓRBIDOS ( PRÉVIOS À GRAVIDEZ ATUAL )

| GRUPO           | TIPO DE ANTECEDENTE | INFEÇÃO         |           |           |             |           |             |                 |          |           | TOTAL         |
|-----------------|---------------------|-----------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------------|----------|-----------|---------------|
|                 |                     | SEM TUBERCULOSE | SÍFILIS   | DIABETES  | CARDIOPATIA | URINÁRIA  | HIPERTENSÃO | SEQÜELAS VÁRIAS | OUTRAS   |           |               |
| ATÉ 19 ANOS     |                     | 375<br>74.8     | 4<br>0.8  | 22<br>4.4 | 0<br>0.0    | 13<br>2.6 | 60<br>11.9  | 14<br>2.8       | 1<br>0.2 | 12<br>2.4 | 501<br>100.0  |
| DE 20 A 29 ANOS |                     | 803<br>70.9     | 21<br>1.8 | 52<br>4.6 | 11<br>0.9   | 41<br>3.6 | 180<br>15.9 | 3<br>0.3        | 3<br>0.3 | 17<br>1.5 | 1131<br>100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA: SEM ANTECEDENTE X COM ANTECEDENTE -  $\chi^2 = 2.56$ , G.L. = 1,  $P \geq 0.05$

SEM SÍFILIS X COM SÍFILIS -  $\chi^2 = 0.03$ , G.L. = 1,  $P \geq 0.05$

ANEXO 6 - DISTRIBUIÇÃO DA ESTATURA MATERNA EM CENTÍMETROS, INCLUINDO TODAS AS PARIDADES

| ESTATURA<br>EM CM<br>GRUPO |  | <140     | 140-144   | 145-149     | 150-154     | 155-159     | 160-164     | 165-169   | > 170     | TOTAL         |
|----------------------------|--|----------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------|---------------|
| ATÉ 29 ANOS                |  | 6<br>1.2 | 29<br>6.0 | 67<br>13.9  | 125<br>25.9 | 152<br>31.6 | 65<br>13.5  | 25<br>5.3 | 12<br>2.5 | 481<br>100.0  |
| DE 20 A 29 ANOS            |  | 5<br>0.5 | 45<br>3.9 | 141<br>12.3 | 355<br>31.0 | 324<br>28.4 | 172<br>15.6 | 84<br>7.4 | 10<br>0.9 | 1142<br>100.0 |

D = 0.04      KOLMOGOROV - SMIRNOV      NÃO SIGNIFICATIVO

ANEXO 7 - DISTRIBUIÇÃO ESTATURA MATERNA EM CENTÍMETROS, INCLUINDO APENAS AS NULÍPARAS

| GRUPO           | ESTATURA EM<br>CM |  | ≤140     | 140-144   | 145-149    | 150-154    | 155-159     | 160-164    | 165-169   | ≥170     | TOTAL        |
|-----------------|-------------------|--|----------|-----------|------------|------------|-------------|------------|-----------|----------|--------------|
|                 | ATÉ 19 ANOS       |  | 4<br>1.2 | 18<br>5.5 | 41<br>12.5 | 84<br>25.7 | 104<br>31.8 | 50<br>15.3 | 17<br>5.2 | 9<br>2.7 | 327<br>100.0 |
| DE 20 A 29 ANOS |                   |  | 2<br>0.8 | 8<br>3.1  | 31<br>11.9 | 88<br>32.9 | 73<br>28.1  | 36<br>13.9 | 19<br>7.3 | 2<br>0.8 | 259<br>100.0 |

D = 0.048    KOLMOGOROV - SMIRNOV    NÃO SIGNIFICATIVO

ANEXO 8 - ANOS COMPLETOS DE ESCOLA FREQUENTADA

| GRUPO           | ANOS DE ESCOLA |      | 1 - 2            |     | 3 - 4 |                   | 5   |     | 6 - 7                   |  | 8 - 9 |  | 10 - 11 |  | 12 OU + |  | TOTAL |  |
|-----------------|----------------|------|------------------|-----|-------|-------------------|-----|-----|-------------------------|--|-------|--|---------|--|---------|--|-------|--|
|                 | ZERO           |      |                  |     |       |                   |     |     |                         |  |       |  |         |  |         |  |       |  |
| ATÉ 19 ANOS     | 82             | 116  | 233              | 34  | 33    | 10                | 8   | 0   | 516                     |  |       |  |         |  |         |  |       |  |
|                 | 15.9           | 22.5 | 45.2             | 6.6 | 6.4   | 1.9               | 1.5 | 0.0 | 100.0                   |  |       |  |         |  |         |  |       |  |
| DE 20 A 29 ANOS | 249            | 313  | 497              | 39  | 79    | 27                | 14  | 14  | 1232                    |  |       |  |         |  |         |  |       |  |
|                 | 20.2           | 25.4 | 40.3             | 3.2 | 6.4   | 2.2               | 1.1 | 1.1 | 100.0                   |  |       |  |         |  |         |  |       |  |
| SEM INSTRUÇÃO   |                |      | INSTRUÇÃO MINIMA |     |       | BÁSICO INCOMPLETO |     |     | BÁSICO COMPLETO OU MAIS |  |       |  |         |  |         |  |       |  |

ANÁLISE ESTATÍSTICA : SEM INSTRUÇÃO X QUALQUER INSTRUÇÃO  $\chi^2 = 4.42$ , G.L. = 1,  $p < 0.03$

ANEXO 9 - DISTRIBUIÇÃO DE ANTECEDENTES DE USO DE ANTICONCEPCIONAIS E TIPO DE ANTICONCEPCIONAL UTILIZADO

| USO DE ANTICON-<br>CEPCIONAL<br><br>GRUPO | NÃO<br>USAVA      |                    |                      |                |                 |          |                      |                    |                    |        | TOTAL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|-------------------|--------------------|----------------------|----------------|-----------------|----------|----------------------|--------------------|--------------------|--------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                           | A.C.O.<br>G.PLAN. | A.C.O.<br>S.INTOL. | A.C.O.<br>S.GRAVIDEZ | DIU<br>G.PLAN. | DIU<br>S.INTOL. | FRACASSO | OUTRAS<br>G. PLANEJ. | OUTROS<br>S.INTOL. | OUTROS<br>FRACASSO | OUTROS |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ATÉ 19 ANOS                               | 451               | 20                 | 28                   | 23             | 0               | 0        | 3                    | 1                  | 7                  | 533    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 84.6              | 3.7                | 5.2                  | 4.3            | 0.0             | 0.0      | 0.6                  | 0.2                | 1.3                | 100.0  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DE 20 A 29 ANOS                           | 802               | 103                | 179                  | 136            | 1               | 6        | 11                   | 8                  | 26                 | 1275   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 62.9              | 8.1                | 14.0                 | 10.7           | 0.1             | 0.5      | 0.9                  | 0.6                | 2.0                | 100.0  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

A.C.O. = ANTICONCEPCIONAL ORAL    DIU = DISPOSITIVO INTRA-UTERINO    G.PLAN. = GRAVIDEZ PLANEJADA  
S.INTOL. = SUSPENSO POR INTOLERÂNCIA, S.GRAVIDEZ = SUSPENSO POR OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ

ANÁLISE ESTATÍSTICA - ENTRE GRUPOS :COM X SEM (ANTICONCEPCIONAL) -  $\chi^2 = 83.3$ , G.L. = 1,  $P < 0.001$   
INTRA GRUPO :ANALFATA X 1 ANO OU + DE ESCOLA (ADOLESCENTES) -  $\chi^2 = 6.45$ , G.L. = 1,  $P < 0.01$   
ANALFABETA X 1 ANO OU + DE ESCOLA (CONTROLE) -  $\chi^2 = 3.34$ , G.L. = 1, N.S.  
ENTRE GRUPOS:USAVAM X NÃO USAVAM (SOLTEIRAS) -  $\chi^2 = 21.98$ , G.L. = 1,  $P < 0.001$   
USAVAM X NÃO USAVAM (AMASIADAS) -  $\chi^2 = 33.48$ , G.L. = 1,  $P < 0.001$   
USAVAM X NÃO USAVAM (CASADAS) -  $\chi^2 = 11.97$ , G.L. = 1,  $P < 0.001$

ANEXO 10 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS REALIZADAS, INCLUÍDAS TODAS AS PARIDADES

| GRUPO           | N.º DE CONSULTAS |            |             |             |             |            |           |             | TOTAL        |
|-----------------|------------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----------|-------------|--------------|
|                 | 1                | 2          | 3           | 4           | 5           | 6          | 7         | 8+          |              |
| ATÉ 19 ANOS     | 37<br>11.6       | 51<br>16.0 | 41<br>12.9  | 47<br>14.8  | 36<br>11.3  | 37<br>11.6 | 24<br>7.5 | 45<br>14.1  | 318<br>100.0 |
| DE 20 A 29 ANOS | 69<br>8.2        | 89<br>10.6 | 106<br>12.6 | 109<br>12.9 | 106<br>12.6 | 89<br>10.6 | 76<br>9.0 | 195<br>23.2 | 839<br>100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA :SEM PRÉ-NATAL    X COM PRÉ-NATAL    -  $\chi^2_2 = 6.75$ , G.L. = 1,    P < 0.01  
ATÉ 4 CONSULTAS X 5 OU MAIS CONSULTAS- X    =10.03, G.L. = 1,    P < 0.01

ANEXO 11 - MÊS DE INÍCIO DO PRÉ-NATAL PARA PACIENTES DE TODAS AS PARIDADES

| MÊS DE INÍCIO DO PRÉ-NATAL |  | 1         | 2          | 3           | 4           | 5           | 6          | 7           | 8+          | TOTAL        |
|----------------------------|--|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|--------------|
| GRUPO                      |  |           |            |             |             |             |            |             |             |              |
| ATÉ 19 ANOS                |  | 6<br>2.0  | 23<br>7.7  | 47<br>15.8  | 50<br>16.8  | 35<br>11.8  | 52<br>17.5 | 46<br>15.5  | 38<br>12.8  | 297<br>100.0 |
| DE 20 A 29 ANOS            |  | 22<br>2.7 | 93<br>11.4 | 139<br>17.1 | 126<br>15.5 | 117<br>14.4 | 94<br>11.5 | 104<br>12.8 | 119<br>14.6 | 814<br>100.0 |

ANEXO 12 - DISTRIBUIÇÃO DE GANHO DE PESO GESTACIONAL EM QUILOGRAMAS, INCLUÍDAS PACIENTES DE TODAS AS PARIDADES

| GANHO DE PESO<br>EM QUILOS |  | - 14 A<br>- 10 | - 9 A<br>- 5 | - 4 A<br>ZERO | 1 A 5       | 6 A 10      | 11 A 15     | 16 A 20   | 21 A 25   | 26 A 30   | MAIS DE 30 | TOTAL        |
|----------------------------|--|----------------|--------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------|-----------|------------|--------------|
| GRUPO                      |  |                |              |               |             |             |             |           |           |           |            |              |
| ATÉ 19 ANOS                |  | 1<br>0.3       | 1<br>0.3     | 8<br>2.3      | 75<br>21.7  | 144<br>41.7 | 82<br>23.8  | 24<br>6.9 | 7<br>2.0  | 2<br>0.6  | 1<br>0.3   | 345<br>100.0 |
| DE 20 A 29 ANOS            |  | 4<br>0.5       | 3<br>0.3     | 14<br>1.6     | 163<br>18.9 | 341<br>39.6 | 233<br>27.1 | 76<br>8.8 | 14<br>1.6 | 10<br>1.2 | 2<br>0.2   | 860<br>100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA: KOLMOGOROV - SMIRNOV      D= 0.05      N.S.

GANHO MAIOR DE 20 QUILOS X GANHO MENOR DE 20 QUILOS -  $\chi^2 = 0.01$ , G.L. = 1, N.S.



ANEXO 13 - RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ( INCLUINDO  
RUPTURAS ALTAS) EM AMBOS OS GRUPOS

| GRUPO           | RUPTURA PREMATURA<br>MEMBRANAS |               |      |       |
|-----------------|--------------------------------|---------------|------|-------|
|                 |                                | SIM           | NÃO  | TOTAL |
| ATÉ 19 ANOS     |                                | 80<br>15.0 %  | 452  | 532   |
| DE 20 A 29 ANOS |                                | 176<br>13.8 % | 1095 | 1271  |
| TOTAL           |                                | 256           | 1547 | 2803  |

$\chi^2 = 0.44$ , G.L. = 1,  $P > 0.05$  NÃO SIGNIFICATIVO

ANEXO 14 - TIPO DE HIPERTENSÃO APRESENTADO DURANTE O CICLO GRÁVIDO PUERPERAL. INCLUINDO PACIENTES DE TODAS AS PARIDADES

| TIPO DE HIPERTENSAO |      | HIPERTENSÃO                             |                                             |                                           |                     |                     |                     |       | ECLÂMPSIA GRAVÍDICA | ECLÂMPSIA PUERPERAL | TOTAL |
|---------------------|------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------|---------------------|---------------------|-------|
| GRUPO               | SEM  | HIPERTENSÃO LEVE PROVÁVELMENTE TOXÊMICA | HIPERTENSÃO MODERADA PROVÁVELMENTE TOXÊMICA | HIPERTENSÃO SEVERA PROVÁVELMENTE TOXÊMICA | HIPERTENSÃO CRÔNICA | ECLÂMPSIA GRAVÍDICA | ECLÂMPSIA PUERPERAL | TOTAL |                     |                     |       |
| ATÉ 19 ANOS         | 433  | 64                                      | 24                                          | 7                                         | 4                   | 3                   | 1                   | 536   |                     |                     |       |
|                     | 80.8 | 11.9                                    | 4.5                                         | 1.3                                       | 0.8                 | 0.5                 | 0.2                 | 100.0 |                     |                     |       |
| DE 20 A 29 ANOS     | 1030 | 153                                     | 53                                          | 14                                        | 36                  | 6                   | 0                   | 1292  |                     |                     |       |
|                     | 79.7 | 11.8                                    | 4.1                                         | 1.0                                       | 2.7                 | 0.5                 | 0.0                 | 100.0 |                     |                     |       |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - SEM HIPERTENSÃO X COM HIPERTENSAO :  $\chi^2 = 0.27$ , G.L. = 1, N.S.  
 SÃO (QUALQUER TIPO)

SEM TOXEMIA X COM TOXEMIA:  $\chi^2 = 0.10$ , G.L. = 1, N.S.  
 NULÍPARAS X MULTÍPARAS (ATÉ 19 ANOS) :  $\chi^2 = 16.41$ , G.L. = 1  
 NULÍPARAS X MULTÍPARAS (DE 20 A 29 ANOS) =  $\chi^2 = 12.21$ , G.L. = 1

ANEXO 15 - TIPO DE HIPERTENSÃO APRESENTADO DURANTE O CICLO GRÁVIDO - PUERPERAL, APENAS ENTRE NULÍPARAS

| TIPO DE<br>HIPERTENSÃO<br><br>GRUPO | HIPERTENSÃO |                                |                                   |                                 |                        |          | ECLÂPSIA<br>GRAVÍDICA | ECLÂPSIA<br>PUERPERAL | TOTAL        |
|-------------------------------------|-------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------|----------|-----------------------|-----------------------|--------------|
|                                     | SEM         | HIPERTENSÃO<br>LEVE<br>(DHEG ) | HIPERTENSÃO<br>MODERADA<br>(DHEG) | HIPERTENSÃO<br>SEVERA<br>(DHEG) | HIPERTENSÃO<br>CRÔNICA |          |                       |                       |              |
| ATÉ 19 ANOS                         | 276<br>75.8 | 52<br>14.3                     | 210<br>5.4                        | 7<br>1.9                        | 3<br>0.9               | 3<br>0.8 | 1<br>0.3              |                       | 363<br>100.0 |
| DE 20 A 29 ANOS                     | 226<br>78.2 | 36<br>12.8                     | 14<br>4.8                         | 5<br>1.7                        | 1<br>0.3               | 6<br>2.1 | 0<br>0.0              |                       | 289<br>100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - SEM HIPERTENSÃO X COM HIPERTENSÃO :  $\chi^2 = 0.54$ , G.L. = 1, N.S.  
(QUALQUER TIPO)

SEM TOXÊMIA X COM TOXEMIA :  $\chi^2 = 0.40$ , G.L. = 1, N.S.

ANEXO 16 - INFECÇÕES CONTRAÍDAS DURANTE A GRAVIDEZ

| TIPO DE<br>INFECÇÃO<br><br>GRUPO | SEM TOXOPLASMOSE |          | TUBERCULOSE |           | INFECÇÃO<br>URINÁRIA |           | GONORRÉIA |           | VIROSE   |           | ESTAFILOCOCO<br>OU<br>ESTREPTOCOCO |           | SÍFILIS   | OUTRAS   | TOTAL         |
|----------------------------------|------------------|----------|-------------|-----------|----------------------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|------------------------------------|-----------|-----------|----------|---------------|
|                                  |                  |          |             |           |                      |           |           |           |          |           |                                    |           |           |          |               |
| ATÉ 19 ANOS                      | 481<br>90.4      | 1<br>0.2 | 2<br>0.4    | 6<br>1.1  | 2<br>0.4             | 10<br>1.9 | 2<br>0.4  | 16<br>3.1 | 3<br>0.6 | 33<br>6.6 | 6<br>1.2                           | 10<br>2.0 | 20<br>4.0 | 9<br>1.7 | 532<br>100.0  |
| DE 20 A 29 ANOS                  | 1193<br>93.1     | 4<br>0.3 | 3<br>0.2    | 33<br>1.8 | 0<br>0.0             | 16<br>1.2 | 2<br>0.2  | 31<br>2.4 | 9<br>0.7 | 53<br>4.0 | 2<br>0.2                           | 16<br>1.2 | 31<br>2.4 | 9<br>0.7 | 1281<br>100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICO - COM INFECÇÃO X SEM INFECÇÃO ,  $\chi^2 = 3.92$ , G.L. = 1,  $p < 0.04$   
 COM DOENÇAS VENÉREAS X SEM DOENÇAS VENÉREAS,  $\chi^2 = 2.42$ , G.L.= 1, N.S.

ANEXO 17 - TIPO DE ANALGESIA UTILIZADO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, INCLUINDO TODAS AS PARIDADES

| TIPO DE ANALGESIA<br>GRUPO | MERERIDINA<br>E/OU<br>BENZODIAZEP. | PERIDURAL |          | MEPERIDINA +<br>PERIDURAL |          | MEPERIDINA +<br>RAQUÍDEA |          | PERIDURAL +<br>RAQUÍDEA |          | OUTROS | SEM  | TOTAL |
|----------------------------|------------------------------------|-----------|----------|---------------------------|----------|--------------------------|----------|-------------------------|----------|--------|------|-------|
|                            |                                    | PERIDURAL | RAQUÍDEA | PERIDURAL                 | RAQUÍDEA | PERIDURAL                | RAQUÍDEA | PERIDURAL               | RAQUÍDEA |        |      |       |
| ATÉ 19 ANOS                | 28                                 | 120       | 12       | 0                         | 1        | 0                        | 0        | 1                       | 377      | 1      | 377  | 539   |
|                            | 5.2                                | 22.2      | 2.2      | 0.0                       | 0.2      | 0.0                      | 0.0      | 0.2                     | 69.9     | 0.2    | 69.9 | 100.0 |
| DE 20 A 29 ANOS            | 47                                 | 123       | 15       | 7                         | 0        | 1                        | 1        | 1                       | 1104     | 1      | 1104 | 1298  |
|                            | 3.6                                | 9.5       | 1.1      | 0.5                       | 0.0      | 0.07                     | 0.07     | 0.07                    | 85.0     | 0.07   | 85.0 | 100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - COM ANALGESIA X SEM ANALGESIA : $\chi^2 = 55.65$ , G.L. = 1,  $P < 0.001$

ANEXO 18 - TIPO DE ANALGESIA UTILIZADO DURANTE O TRABALHO DE PARTO POR PACIENTES NULÍPARAS

| TIPO DE ANALGESIA<br>GRUPO | MEPERIDINA SEM E/OU BENZODIAZEP. |           | PERIDURAL RAQUIDEA |           | MEPERIDINA + PERIDURAL |          | MEPERIDINA + RAQUIDEA |          | PERIDURAL + RAQUIDEA |          | OUTROS   |          | TOTAL        |
|----------------------------|----------------------------------|-----------|--------------------|-----------|------------------------|----------|-----------------------|----------|----------------------|----------|----------|----------|--------------|
|                            |                                  |           |                    |           |                        |          |                       |          |                      |          |          |          |              |
| ATÉ 19 ANOS                | 216<br>59.3                      | 24<br>6.6 | 113<br>31.0        | 10<br>2.7 | 0<br>0.0               | 1<br>0.3 | 0<br>0.0              | 0<br>0.0 | 0<br>0.0             | 0<br>0.0 | 0<br>0.0 | 0<br>0.0 | 364<br>100.0 |
| DE 20 A 29 ANOS            | 188<br>65.3                      | 18<br>6.2 | 74<br>25.7         | 2<br>0.7  | 6<br>2.1               | 0<br>0.0 | 6<br>2.1              | 0<br>0.0 | 0<br>0.0             | 0<br>0.0 | 0<br>0.0 | 0<br>0.0 | 288<br>100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - COM ANALGESIA X SEM ANALGESIA : $\chi^2 = 2.40$ , G.L.= 1, N.S.

ANEXO 19 - INDICAÇÃO DO USO DE OCITOCINA DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARA TODAS AS PARIDADES

| GRUPO           | INDICAÇÃO DE OCITOCINA |                     | INCOMPAT.           |                 |          |                   |         |       |          |        |       |  |
|-----------------|------------------------|---------------------|---------------------|-----------------|----------|-------------------|---------|-------|----------|--------|-------|--|
|                 | SEM                    | GRAVIDEZ PROLONGADA | AMNIOREXE PREMATURA | INFECÇÃO OVULAR | DIABETES | CONDUÇÃO DE PARTO | TOXEMIA | ÓBITO | FATOR RH | OUTRAS | TOTAL |  |
| ATÉ 19 ANOS     | 390                    | 2                   | 19                  | 0               | 0        | 118               | 1       | 7     | 0        | 2      | 539   |  |
|                 | 72.4                   | 0.4                 | 3.5                 | 0.0             | 0.0      | 21.9              | 0.2     | 1.3   | 0.0      | 0.4    | 100.0 |  |
| DE 20 A 29 ANOS | 998                    | 15                  | 54                  | 3               | 0        | 197               | 7       | 12    | 2        | 9      | 1297  |  |
|                 | 76.9                   | 1.2                 | 4.2                 | 0.2             | 0.0      | 15.2              | 0.5     | 0.9   | 0.1      | 0.7    | 100.0 |  |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - COM OCITOCINA X SEM OCITOCINA : $\chi^2= 4.35$ , G.L. = 1,  $P < 0.03$   
 COM CONDUÇÃO DO PARTO X SEM CONDUÇÃO DO PARTO : $\chi^2= 12.04$ , G.L. = 1,  $P < 0.001$   
 ( TODAS AS PARIDADES )  
 COM CONDUÇÃO DO PARTO X SEM CONDUÇÃO DO PARTO: $\chi^2= 4.76$ , G.L. = 1,  $P < 0.02$   
 ( SO NULÍPARAS )

ANEXO 20 - FORMAS DE INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO, INCLUINDO TODAS AS PARIDADES

| GRUPO | FORMA DE INÍCIO DO T.P. |                 | INDUÇÃO ESPONTÂNEO | INDUÇÃO OCITOCINA PURA | CESÁREA ELETIVA | KRAUSE   | ABUREL   | INDUÇÃO OCITOCINA + ABUREL | OUTRAS   | TOTAL         |
|-------|-------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|-----------------|----------|----------|----------------------------|----------|---------------|
|       | ATÉ 19 ANOS             | DE 20 A 29 ANOS |                    |                        |                 |          |          |                            |          |               |
|       | 505<br>93.7             | 1143<br>88.1    | 16<br>2.9          | 14<br>2.6              | 0<br>0.0        | 3<br>0.6 | 1<br>0.2 | 0<br>0.0                   | 0<br>0.0 | 521<br>100.0  |
|       |                         |                 | 80<br>6.8          | 62<br>4.8              | 1<br>0.1        | 6<br>0.5 | 2<br>0.2 | 3<br>0.2                   |          | 1223<br>100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - COM INDUÇÃO OCITOCINA X SEM INDUÇÃO OCITOCINA :  $\chi^2 = 8.46$ , G.L. = 1,  $P < 0.04$



ANEXO 21 - FORMAS DE TERMINAÇÃO DO PARTO, PARA TODAS AS PARIDADES

| GRUPO | FORMA DE<br>TERMINAÇÃO<br>DO PARTO |                 | ESPONTÂNEA | ASSISTIDO<br>PÉLVICO | EXTRAÇÃO<br>PÉLVICA | FÓRCIPE  | FÓRCIPE<br>+<br>CESÁREA | CESÁREA       | TOTAL |
|-------|------------------------------------|-----------------|------------|----------------------|---------------------|----------|-------------------------|---------------|-------|
|       | ATÉ 19 ANOS                        | DE 20 A 19 ANOS |            |                      |                     |          |                         |               |       |
|       | 291<br>53.9                        | 831<br>64.0     | 5<br>0.9   | 4<br>0.7             | 125<br>23.2         | 6<br>1.1 | 108<br>20.1             | 539<br>100.0  |       |
|       |                                    |                 | 25<br>1.9  | 6<br>0.5             | 140<br>10.8         | 2<br>0.2 | 294<br>22.6             | 1298<br>100.0 |       |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - PARTOS VAGINAIS X PARTOS ABDOMINAIS :  $\chi^2 = 0.60$ , G.L. = 1, N.S.  
 PARTOS ESPONTÂNEOS X PARTOS OPERATÓRIOS :  $\chi^2 = 18.94$ , G.L. = 1,  $P < 0.001$   
 (INSTRUMENTAL)

ANEXO 22 - FORMAS DE TERMINAÇÃO DE PARTO ENTRE NULÍPARAS

| FORMA DE<br>TERMINAÇÃO<br>DO PARTO |  | ESPONTÂNEA |  | ASSISTIDO |  | EXTRAÇÃO |  | FÔRCIPE |  | FÔRCIPE<br>+<br>-<br>CESAREA |  | CESAREA |  | TOTAL |  |
|------------------------------------|--|------------|--|-----------|--|----------|--|---------|--|------------------------------|--|---------|--|-------|--|
| GRUPO                              |  |            |  | PÉLVICO   |  | PÉLVICA  |  |         |  |                              |  |         |  |       |  |
| ATÉ 19 ANOS                        |  | 153        |  | 3         |  | 3        |  | 118     |  | 6                            |  | 80      |  | 364   |  |
|                                    |  | 42.3       |  | 0.8       |  | 0.9      |  | 32.4    |  | 1.6                          |  | 23.0    |  | 100.0 |  |
| DE 20 A 29 ANOS                    |  | 110        |  | 1         |  | 1        |  | 89      |  | 0                            |  | 87      |  | 288   |  |
|                                    |  | 38.1       |  | 0.3       |  | 0.3      |  | 30.9    |  | 0.0                          |  | 30.2    |  | 100.0 |  |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - PARTOS VAGINAIS X PARTOS ABODMINAIS : $\chi^2 = 4.71, G.L. = 1, P < 0.03$   
PARTOS ESPONTÂNEOS X PARTOS OPERATÓRIOS : $\chi^2 = 1.70, G.L. = 1, N.S.$   
(INSTRUMENTAL)

ANEXO 23 - FORMAS DE TERMINAÇÃO DE PARTO PARA TODAS AS  
PARIDADES (EXCLUEM-SE GÊMEOS E PÉLVICOS VAGINAIS )

| GRUPO           | FORMA DE PARTO | NORMAL      | FÓRCIPE     | CESÁREA     | TOTAL         |
|-----------------|----------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
|                 |                |             |             |             |               |
| ATÉ 19 ANOS     |                | 291<br>54.9 | 125<br>23.6 | 114<br>21.5 | 530<br>100.0  |
| DE 20 A 29 ANOS |                | 831<br>65.6 | 140<br>11.0 | 296<br>23.4 | 1267<br>100.0 |
| TOTAL           |                | 1122        | 265         | 410         | 1797          |

$$\chi^2 = 47.21 , G.L. = 2 , P < 0.001$$

ANEXO 24 - FORMAS DE TERMINAÇÃO DE PARTO ENTRE NULÍPARAS

| GRUPO           | FORMA DE PARTO | NORMAL      | FÓRCIPE     | CESÁREA    | TOTAL        |
|-----------------|----------------|-------------|-------------|------------|--------------|
|                 |                |             |             |            |              |
| ATÉ DE 19 ANOS  |                | 160<br>44.0 | 118<br>32.4 | 86<br>23.6 | 364<br>100.0 |
| DE 20 A 19 ANOS |                | 112<br>38.7 | 89<br>30.5  | 87<br>30.2 | 288<br>100.0 |
| TOTAL           |                | 272         | 207         | 173        | 652          |

$\chi^2 = 373$  , G.L. = 2    N.S.

ANEXO 25 - TIPO DE APRESENTAÇÃO FETAL ENCONTRADA EM PACIENTES DE TODAS AS PARIDADES

| TIPO DE APRESENTAÇÃO | GRUPO | VÉRTICE | FACE | FRONTE | BREGMA | PÉLVICA  |            | PÉLVICA INDETERMINADA | CÔRMICA | OUTRAS | TOTAL |
|----------------------|-------|---------|------|--------|--------|----------|------------|-----------------------|---------|--------|-------|
|                      |       |         |      |        |        | COMPLETA | INCOMPLETA |                       |         |        |       |
| ATÉ 19 ANOS          |       | 478     | 1    | 5      | 13     | 9        | 16         | 3                     | 5       | 0      | 530   |
|                      |       | 90.2    | 0.2  | 0.9    | 2.4    | 1.7      | 3.01       | 0.6                   | 0.9     | 0.0    | 100.0 |
| DE 20 A 29 ANOS      |       | 1117    | 2    | 5      | 69     | 39       | 26         | 6                     | 13      | 1      | 1278  |
|                      |       | 87.4    | 0.2  | 0.4    | 5.4    | 3.0      | 2.0        | 0.5                   | 1.0     | 0.07   | 100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - CEFÁLICAS X PÉLVICAS X CÓRMICAS : $\chi^2= 4.38$ , G.L. = 2, N.S.

ANEXO 26 - TIPO DE APRESENTAÇÃO FETAL ENCONTRADA EM PACIENTES NULÍPARAS

| TIPO DE APRESENTAÇÃO<br>GRUPO | PÉLVICA |      |        |        |          |            |         |        |                   |       |  | TOTAL |
|-------------------------------|---------|------|--------|--------|----------|------------|---------|--------|-------------------|-------|--|-------|
|                               | VÉRTICE | FACE | FRONTE | BREGMA | COMPLETA | INCOMPLETA | CÔRMICA | OUTRAS | PÉLVICAS INDIFER. |       |  |       |
| ATÉ 19 ANOS                   | 321     | 1    | 4      | 10     | 7        | 11         | 0       | 1      | 2                 | 357   |  |       |
|                               | 89.9    | 0.3  | 1.1    | 2.8    | 1.9      | 3.1        | 0.0     | 0.3    | 0.6               | 100.0 |  |       |
| DE 20 A 29 ANOS               | 252     | 0    | 0      | 18     | 11       | 2          | 3       | 0      | 2                 | 288   |  |       |
|                               | 87.2    | 0.0  | 0.0    | 6.2    | 3.8      | 0.7        | 1.0     | 0.0    | 0.7               | 100.0 |  |       |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - CEFÁLICAS X PÉLVICAS X CÔRMICAS :  $\chi^2 = 1.45$ , G.L. = 2, N.S.

# ANEXO 27 - VARIEDADE DE POSIÇÃO ( POSTERIORES )

| GRUPO           | VARIEDADE<br>DE POSIÇÃO | OUTRAS | POSTERIORES   | TOTAL |
|-----------------|-------------------------|--------|---------------|-------|
|                 |                         |        |               |       |
| ATÉ 19 ANOS     |                         | 297    | 65<br>18.0 %  | 362   |
| DE 20 A 29 ANOS |                         | 698    | 110<br>13.6 % | 808   |
| T O T A L       |                         | 995    | 175           | 1170  |

$$\chi^2 = 3.71, \text{ G.L.} = 1, \text{ N.S.}$$

ANEXO 28 - DURAÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO, EM HORAS, PARA TODAS AS PARIDADES

| GRUPO           | DURAÇÃO DA DILATAÇÃO |  | ATÉ 3 | 4 - 6 | 7 - 9 | 10 - 12 | 13 - 15 | 16 - 18 | 19 - 21 | 22 - 24 | MAIS OU 24 | TOTAL |
|-----------------|----------------------|--|-------|-------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|------------|-------|
|                 |                      |  |       |       |       |         |         |         |         |         |            |       |
| ATÉ 19 ANOS     |                      |  | 30    | 69    | 81    | 64      | 61      | 32      | 33      | 20      | 51         | 441   |
|                 |                      |  | 6.8   | 15.6  | 18.4  | 14.5    | 13.8    | 7.2     | 7.5     | 4.5     | 11.6       | 100.0 |
| DE 20 A 29 ANOS |                      |  | 117   | 238   | 171   | 147     | 94      | 68      | 48      | 38      | 100        | 1021  |
|                 |                      |  | 11.4  | 23.3  | 16.7  | 14.4    | 9.2     | 6.7     | 4.7     | 3.7     | 9.8        | 100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - D = 0.123, KOLMOGOROV - SMIRNOV, P < 0.001



ANEXO 29 - DURAÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO EM HORAS, PARA NULÍPARAS

| GRUPO           | DURAÇÃO DA DILATAÇÃO HORAS |            |            |            |            |            |           |           |            |              | MAIS OU 24 | TOTAL |
|-----------------|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|--------------|------------|-------|
|                 | ATÊ 3                      | 4 - 6      | 7 - 9      | 10 - 12    | 13 - 15    | 16 - 18    | 19 - 21   | 22 - 24   |            |              |            |       |
| ATÊ 19 ANOS     | 15<br>4.9                  | 45<br>14:9 | 41<br>13.7 | 51<br>16.9 | 40<br>13.2 | 21<br>6.9  | 28<br>9.3 | 19<br>6.4 | 41<br>13.7 | 301<br>100.0 |            |       |
| DE 20 A 29 ANOS | 12<br>5.2                  | 27<br>11.8 | 46<br>20.1 | 34<br>14.8 | 23<br>10.0 | 25<br>10.9 | 10<br>4.4 | 14<br>6.1 | 38<br>16.6 | 229<br>100.0 |            |       |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - D = 0.037, KOLMOGOROV - SMIRNOV, N.S.

ANEXO 30 - DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO EM MINUTOS, PARA TODAS AS PARIDADES(EXCLUÍDAS CESÁREAS E FÓRCIPES)

| GRUPO           | DURAÇÃO DO<br>EXPULSIVO<br>(MINUTOS) |             |             |           |          |           |          |          |            |          |              | TOTAL |
|-----------------|--------------------------------------|-------------|-------------|-----------|----------|-----------|----------|----------|------------|----------|--------------|-------|
|                 | ATÉ 5                                | 6 - 10      | 11 - 20     | 21 - 30   | 31 - 45  | 46 - 60   | 61 - 75  | 76 - 90  | MAIS DE 90 |          |              |       |
| ATÉ 19 ANOS     | 88<br>32.6                           | 86<br>31.8  | 63<br>23.3  | 24<br>8.9 | 4<br>1.5 | 4<br>1.5  | 0<br>0.0 | 0<br>0.0 | 1<br>0.4   | 1<br>0.4 | 270<br>100.0 |       |
| DE 20 A 29 ANOS | 375<br>46.0                          | 238<br>29.2 | 135<br>16.6 | 45<br>5.5 | 6<br>0.7 | 10<br>1.2 | 0<br>0.0 | 1<br>0.1 | 5<br>0.6   | 5<br>0.6 | 815<br>100.0 |       |

ANÁLISE ESTATÍSTICA:D = 0.13, KOLMOGOROV - SMIRNOV , P < 0.01

ANEXO 31 - INDICAÇÕES DE CESÁREA (410) PARA TODAS AS PARIDADES

| I N D I C A Ç Ã O                  | ATÉ 19 ANOS |      | DE 20 A 29 ANOS |      |
|------------------------------------|-------------|------|-----------------|------|
|                                    | N           | %    | N               | %    |
| SOFRIMENTO FETAL                   | 34          | 29.8 | 67              | 22.7 |
| DESPROPORÇÃO                       | 20          | 17.5 | 30              | 10.2 |
| ANTECEDENTES DE CESÁREAS           | 13          | 11.4 | 83              | 28.1 |
| PÉLVICAS/CÓRMICAS                  | 12          | 10.5 | 32              | 10.8 |
| DISTÓCIA PARTES MOLES              | 11          | 9.6  | 28              | 9.5  |
| TOXEMIA                            | 7           | 6.1  | 16              | 5.4  |
| OUTRAS DISTÓCIAS                   | 5           | 4.4  | 3               | 1.0  |
| DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA | 2           | 1.7  | 9               | 3.0  |
| OUTRAS                             | 8           | 7.0  | 9               | 3.0  |
| FATOR Rh                           | 1           | 0.9  | 2               | 0.7  |
| PLACENTA PRÉVIA                    | 0           | 0.0  | 5               | 1.7  |
| GRAVIDEZ PROLONGADA                | 0           | 0.0  | 5               | 1.7  |
| ACIDENTE DE CORDÃO                 | 0           | 0.0  | 3               | 1.0  |
| INFERTILIDADE                      | 0           | 0.0  | 2               | 0.7  |
| DIABETES                           | 0           | 0.0  | 2               | 0.7  |
| CONDILOMATOSE                      | 1           | 0.9  | 1               | 0.3  |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - COM DESPROPORÇÃO X SEM DESPROPORÇÃO :  $\chi^2 = 2.73$ , G.L. = 1,  $p \geq 0.05$

ANEXO 32 - INDICAÇÕES DE CESÁREAS (173) ENTRE NULÍPARAS

| ATÉ 19 ANOS                        | N.A. | DE 20 A 29 ANOS             | N.A. |
|------------------------------------|------|-----------------------------|------|
| SOFRIMENTO FETAL                   | 30   | SOFRIMENTO FETAL            | 24   |
| DESproporção céfalo pélvica        | 16   | DISTÓCIA PARTES MOLES       | 19   |
| PÉLVICAS-CÓRMICAS                  | 11   | DESproporção céfalo pélvica | 16   |
| DISTÓCIA PARTE MOLES               | 8    | PÉLVICAS E CÓRMICAS         | 15   |
| OUTRAS                             | 8    | TOXEMIA                     | 7    |
| TOXEMIA                            | 7    | OUTRAS                      | 3    |
| OUTRAS DISTÓCIAS APRESENTADAS      | 4    | ACIDENTE DE CORDÃO          | 1    |
| CONDILOMATOSE                      | 1    | PLACENTA PRÉVIA             | 1    |
| DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA | 1    | GRAVIDEZ PROLONGADA         | 11   |
| TOTAL                              | 86   | TOTAL                       | 87   |

ANEXO 33 - USO DE FÓRCIPE E INDICAÇÕES

| USO DE FÓRCIPE<br>GRUPO | SEM FÓRCIPE  | ALIVIO     | DISTÓCIA DE ROTAÇÃO | DISTÓCIA DE PROGRESSÃO | CABEÇA DERRADEIRA | TOTAL         |
|-------------------------|--------------|------------|---------------------|------------------------|-------------------|---------------|
| ATÉ 19 ANOS             | 414<br>76.8  | 61<br>11.3 | 60<br>11.1          | 4<br>0.7               | 0<br>0.0          | 539<br>100.0  |
| DE 20 A 29 ANOS         | 1158<br>89.2 | 72<br>5.5  | 61<br>4.7           | 5<br>0.4               | 2<br>0.1          | 1298<br>100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - COM FÓRCIPE X SEM FÓRCIPE :  $\chi^2 = 47.48$ , G.L. = 1,  $p < 0.001$

ANEXO 34 - TIPO DE ANESTESIA PARA O EXPULSIVO E/OU INTERVENÇÕES

| TIPO DE ANESTESIA<br>GRUPO | SEM ANESTESIA |       |       |  | PERIDURAL |          | PERIDURAL |      | PUDENDA |      | LOCAL |  | CAUDAL |  | COM ANESTESIA       |        | TOTAL |  |
|----------------------------|---------------|-------|-------|--|-----------|----------|-----------|------|---------|------|-------|--|--------|--|---------------------|--------|-------|--|
|                            | SEM           | GERAL | RAQUI |  | SIMPLES   | CONTINUA | CONTINUA  |      |         |      |       |  |        |  | DESDE PRÉ-PAR<br>TO | OUTRAS | TOTAL |  |
| ATÉ 19 ANOS                | 78            | 7     | 107   |  | 48        | 9        | 97        | 87   | 0       | 102  |       |  |        |  |                     | 4      | 539   |  |
|                            | 14.5          | 1.3   | 19.8  |  | 8.9       | 1.7      | 1.8       | 16.1 | 0.0     | 18.9 |       |  |        |  |                     | 0.7    | 100.0 |  |
| DE 20 A 29 ANOS            | 422           | 6     | 275   |  | 57        | 16       | 158       | 243  | 1       | 110  |       |  |        |  |                     | 5      | 1293  |  |
|                            | 32.6          | 0.5   | 21.3  |  | 4.4       | 1.2      | 12.2      | 18.8 | 0.1     | 8.5  |       |  |        |  |                     | 0.4    | 100.0 |  |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - COM ANESTESIA X SEM ANESTESIA :  $\chi^2 = 63.2$ , G.L. = 1, P < 0.001  
 COM ANESTESIA X SEM ANESTESIA :  $\chi^2 = 47.51$ , G.L. = 1, P < 0.001  
 (EXCETO AS DO PRÉ-PARTO)

ANEXO 35 - OPERAÇÕES COMPLEMENTARES MENORES

| TIPO DE<br>OPERAÇÃO<br>GRUPO | SEM<br>EPISIOTOMIA |      | SUTURA DE<br>COLO |     | EPISIOTOMIA<br>+ SUTURA DE<br>COLO |     | SUTURA DE<br>LACERAÇÃO<br>VAGINAL |       | SUTURA DE LACERAÇÃO<br>VAGINAL E<br>COLO |  | SUTURA DE LACERAÇÃO<br>VAGINAL + COLO<br>+<br>EPISIOTOMIA |  | TOTAL |
|------------------------------|--------------------|------|-------------------|-----|------------------------------------|-----|-----------------------------------|-------|------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|-------|
|                              |                    |      |                   |     |                                    |     |                                   |       |                                          |  |                                                           |  |       |
| ATÉ 19 ANOS                  | 186                | 274  | 3                 | 43  | 26                                 | 1   | 6                                 | 539   |                                          |  |                                                           |  |       |
|                              | 34.5               | 50.8 | 0.6               | 7.9 | 4.8                                | 0.1 | 1.1                               | 100.0 |                                          |  |                                                           |  |       |
| DE 20 A 29 ANOS              | 671                | 468  | 4                 | 38  | 109                                | 0   | 7                                 | 1297  |                                          |  |                                                           |  |       |
|                              | 51.7               | 36.1 | 0.3               | 2.9 | 8.4                                | 0.0 | 0.5                               | 100.0 |                                          |  |                                                           |  |       |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - COM OPERAÇÕES X SEM OPERAÇÕES :  $\chi^2 = 45.4$ , G.L. = 1, P < 0.001  
 DESGARROS DE PARTES MOLES, EXCETO EPISIOTOMIA : COM X SEM = 3.48, G.L. = 1, N.S.

ANEXO 36 - PESO DO RECÉM-NASCIDO MEDIDO EM GRAMAS, PARA TODAS AS PARIDADES

| GRUPO           | PESO EM GRAMAS |    | 1000  |      | 1500 |      | 2000 |      | 2500 |      | 3000 |      | 3500 |       | 4000 |      | 4500 |      | TOTAL |       |
|-----------------|----------------|----|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|-------|-------|
|                 |                |    | ≤1000 | 1499 | 1999 | 1499 | 1999 | 1499 | 1999 | 1499 | 1999 | 1499 | 1999 | 1499  | 1999 | 1499 | 1999 | 1499 | 1999  | 1499  |
| ATÉ 19 ANOS     | 4              | 20 | 3.7   | 18   | 75   | 173  | 191  | 32.1 | 35.5 | 32.1 | 35.5 | 32.1 | 35.5 | 32.1  | 35.5 | 32.1 | 35.5 | 32.1 | 35.5  | 32.1  |
| DE 20 A 29 ANOS | 7              | 21 | 1.6   | 53   | 121  | 498  | 386  | 9.3  | 29.8 | 38.5 | 13.3 | 2.5  | 0.2  | 100.0 | 0.0  | 0.0  | 0.0  | 0.0  | 0.0   | 100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - MAIOR OU IGUAL 2500 GRAMAS X MENOR 2500 GRAMAS : $\chi^2 = 7.76$ , G.L. = 1,  $P < 0.005$



ANEXO 37 - PESO DO RECÉM-NASCIDO EM GRAMAS, SOMENTE PARA NULÍPARAS

| PESO EM GRAMAS \ GRUPO |  | ≤1000    | 1000<br>1499 | 1500<br>1999 | 2000<br>2499 | 2500<br>2999 | 3000<br>3499 | 3500<br>3999 | 4000<br>4999 | 4500<br>OU MAIS | TOTAL        |
|------------------------|--|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|--------------|
| ATÉ 19 ANOS            |  | 3<br>0.3 | 17<br>4.7    | 12<br>3.3    | 48<br>13.2   | 144<br>39.7  | 103<br>28.4  | 32<br>8.8    | 4<br>1.1     | 0<br>0.0        | 363<br>100.0 |
| DE 20 A 29 ANOS        |  | 2<br>0.7 | 5<br>1.7     | 14<br>4.9    | 26<br>9.0    | 100<br>34.7  | 107<br>37.1  | 27<br>9.4    | 6<br>2.1     | 1<br>0.3        | 288<br>100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - MAIOR OU IGUAL 2500 GRAMAS X MENOR 2500 GRAMAS -  $\chi^2 = 3.35$ , G.L. = 1, N.S.

ANEXO 38 - APGAR 1º MINUTO (EXCETO NATIMORTOS)

| GRUPO \ APGAR   | IGUAL OU MAIOR |               | TOTAL |
|-----------------|----------------|---------------|-------|
|                 | QUE            | MENOR QUE     |       |
|                 | SETE           | SETE          |       |
| ATÉ 19 ANOS     | 408            | 98<br>19.4 %  | 506   |
| DE 20 A 29 ANOS | 1018           | 204<br>16.6 % | 1222  |
| T O T A L       | 1426           | 302           | 1728  |

$\chi^2 = 1.77$  G.L. = 1,  $P \geq 0.05$

ANEXO 39 - APGAR 5.º MINUTO (EXCETO NATIMORTOS)

| GRUPO           | APGAR | IGUAL OU MAIOR<br>QUE SETE | MENOR QUE<br>SETE | TOTAL |
|-----------------|-------|----------------------------|-------------------|-------|
|                 |       |                            |                   |       |
| ATÉ 19 ANOS     |       | 472                        | 36<br>7.0 %       | 508   |
| DE 20 A 29 ANOS |       | 1129                       | 107<br>8.8 %      | 1236  |
| TOTAL           |       | 1601                       | 143               | 1744  |

$$\chi^2 = 1.18, \text{ G.L.} = 1, P \geq 0.05$$

ANEXO 40 - IDADE GESTACIONAL CLÍNICA, EM SEMANAS, AVALIADA PELO METODO DE CAPURRO, DE RECÉM-NASCIDOS  
DE MÃES DE TODAS AS PARIDADES

| IDADE GESTACIONAL<br>EM SEMANAS |  | ≤ 28     | 29 - 31   | 32 - 34   | 35 - 37     | 38 - 40     | 41 - 43     | >44      | TOTAL         |
|---------------------------------|--|----------|-----------|-----------|-------------|-------------|-------------|----------|---------------|
| GRUPO                           |  |          |           |           |             |             |             |          |               |
| ATÉ 19 ANOS                     |  | 2<br>0.4 | 10<br>1.9 | 19<br>3.7 | 94<br>18.2  | 342<br>66.4 | 48<br>9.3   | 0<br>0.0 | 515<br>100.0  |
| DE 20 A 29 ANOS                 |  | 4<br>0.3 | 10<br>0.8 | 44<br>3.5 | 157<br>12.6 | 876<br>70.4 | 151<br>12.1 | 3<br>0.2 | 1245<br>100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - 37 SEMANAS OU MENOS X MAIS DE 37 SEMANAS : $\chi^2 = 11.46$ , G.L. = 1, P < 0.001

(TODAS AS PARIDADES)

37 SEMANAS OU MENOS X MAIS DE 37 SEMANAS : $\chi^2 = 7.08$ , G.L. = 1, P < 0.01

( MULTÍPARAS APENAS )

ANEXO 41 - IDADE GESTACIONAL CLÍNICA EM SEMANAS, AVALIADA PELO MÉTODO DE CAPURRO, DE RECIÉM-NASCIDO DE MÃES NULÍPARAS

| IDADE GESTACIONAL<br>EM SEMANAS |                 | ≤ 28     | 29 - 31  | 32 - 34   | 35 - 37    | 38 - 40     | 41 - 43    | ≥ 44     | TOTAL        |
|---------------------------------|-----------------|----------|----------|-----------|------------|-------------|------------|----------|--------------|
| GRUPO                           | ATÉ 19 ANOS     | 2<br>0.6 | 7<br>2.0 | 13<br>3.8 | 61<br>17.7 | 233<br>67.7 | 28<br>8.1  | 0<br>0.0 | 344<br>100.0 |
|                                 | DE 20 A 29 ANOS | 0<br>0.0 | 3<br>1.1 | 10<br>3.6 | 45<br>16.4 | 188<br>68.7 | 28<br>10.2 | 1<br>0.4 | 275<br>100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - 37 SEMANAS OU MENOS X MAIS DE 37 SEMANAS :  $\chi^2 = 0.8$ , G.L. = 1, N.S.

ANEXO 42 - PATOLOGIAS DETECTADAS NO PERÍODO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS DE PACIENTES ADOLESCENTES

| PATOLOGIA                                        | FREQUÊNCIA<br>ABSOLUTA | INCIDÊNCIA % NO TOTAL<br>DOS RECÉM-NASCIDOS | FREQUÊNCIA RELATIVA<br>% DENTRO DAS PATOLOGIAS |
|--------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|
| SEM                                              | 382                    | 70.9                                        | -                                              |
| ICTERÍCIA FISIOLÓGICA                            | 63                     | 11.7                                        | 40.1                                           |
| ICTERÍCIA PATOLÓGICA                             | 21                     | 3.9                                         | 13.4                                           |
| SÍNDROME DE ANGÚSTICA RESPIRATORIA<br>IDIOPÁTICA | 9                      | 1.7                                         | 5.7                                            |
| INFECCIOSA                                       | 24                     | 4.4                                         | 25.3                                           |
| NEUROLÓGICA                                      | 1                      | 0.2                                         | 0.6                                            |
| METABÓLICA                                       | 0                      | 0.0                                         | 0.0                                            |
| TRAUMA OBSTÉTRICO                                | 3                      | 0.5                                         | 1.9                                            |
| TRAUMA NEONATAL                                  | 3                      | 0.5                                         | 1.9                                            |
| OUTRAS                                           | 33                     | 6.1                                         | 21.0                                           |
| T O T A L                                        | 539                    | 99.9                                        | 99.9                                           |

ANEXO 43 - PATOLOGIAS DETECTADAS NO PERÍODO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS DE PACIENTES DE 20 A 29 ANOS

| PATOLOGIA                                       | FREQUÊNCIA<br>ABSOLUTA | INCIDÊNCIA % NO TOTAL<br>DOS RECÉM-NASCIDOS | FREQUÊNCIA RELATIVA<br>% DENTRO DAS PATOLOGIAS |
|-------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|
| SEM                                             | 989                    | 69.2                                        |                                                |
| ICTERÍCIA FISIOLÓGICA                           | 168                    | 12.9                                        | 42.0                                           |
| ICTERÍCIA PATOLÓGICA                            | 47                     | 3.6                                         | 11.7                                           |
| SÍNDROME DE ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA<br>IDIOPÁTICA | 23                     | 1.8                                         | 5.7                                            |
| NEUROLÓGICA                                     | 2                      | 0.1                                         | 0.5                                            |
| INFECCIOSA                                      | 64                     | 4.9                                         | 16.0                                           |
| METABÓLICA                                      | 14                     | 1.1                                         | 3.5                                            |
| TRAUMA OBSTÉTRICO                               | 12                     | 0.9                                         | 3.0                                            |
| TRAUMA NEONATAL                                 | 2                      | 0.1                                         | 0.5                                            |
| OUTRAS                                          | 68                     | 5.2                                         | 17.0                                           |
| T O T A L                                       | 1298                   | 99.8                                        | 99.9                                           |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - COM. PATOLOGIA X SEM PATOLOGIA       $\chi^2 = 0.53$ , G.L.= 1, N.S.

ANEXO 44 - TIPO DE MALFORMAÇÕES DIAGNOSTICADAS AO NASCIMENTO OU POR NECRÓPSIA

| TIPO DE MALFORMA-<br>COES | LÁBIO DIAGNOSTICADAS |              |             |            |          |               |        |
|---------------------------|----------------------|--------------|-------------|------------|----------|---------------|--------|
| GRUPO                     | SEM                  | HIDROCEFALIA | CARDIOPATIA | MONGOLISMO | LEPORINO | POR NECRÓPSIA | OUTRAS |
| ATÉ 19 ANOS               | 520                  | 0            | 0           | 0          | 1        | 2             | 14     |
|                           | 96.8                 | 0.0          | 0.0         | 0.0        | 0.2      | 0.4           | 2.6    |
| DE 20 A 29 ANOS           | 1258                 | 2            | 1           | 1          | 0        | 6             | 26     |
|                           | 97.2                 | 0.1          | 0.08        | 0.08       | 0.0      | 0.5           | 2.0    |
|                           |                      |              |             |            |          |               | 100.0  |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - COM MALFORMAÇÃO X SEM MALFORMAÇÕES       $\chi^2 = 0.2$ , G.L.= 1, N.S.



ANEXO 45 - ESTADO DOS RECÉM-NASCIDOS DAS ADOLESCENTES E DO GRUPO CONTROLE

| ESTADO DO RECÉM-NASCIDO | IDADE MATERNA |       |             |       |
|-------------------------|---------------|-------|-------------|-------|
|                         | ATÉ 19        | ANOS  | DE 20 A 29  | ANOS  |
|                         | Nº ABSOLUTO   | %     | Nº ABSOLUTO | %     |
| VIVO                    | 503           | 93.3  | 1218        | 93.8  |
| NATIMORTO               | 20            | 3.7   | 39          | 3.0   |
| MORTE ATÉ 7º DIA        | 13            | 2.4   | 31          | 2.4   |
| MORTE DO 8º AO 28º DIA  | 4             | 0.4   | 6           | 0.5   |
| MORTE ACIMA DO 28º DIA  | 1             | 0.2   | 4           | 0.3   |
| T O T A L               | 539           | 100.0 | 1298        | 100.0 |

| TAXAS DE MORTALIDADE                | IDADE MATERNA |                 |
|-------------------------------------|---------------|-----------------|
|                                     | ATÉ 19 ANOS   | DE 20 A 29 ANOS |
| POR 1000 NASCIDOS VIVOS             |               |                 |
| MORTALIDADE PERINATAL (ATÉ 7º DIA)  | 63            | 55              |
| MORTALIDADE PERINATAL (ATÉ 28º DIA) | 67            | 60              |
| NATIMORTALIDADE                     | 38            | 30              |
| MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE        | 25            | 24              |
| MORTALIDADE NEONATAL TARDIA         | 28            | 29              |
| MORTALIDADE MATERNA                 | NULA          | 0.8             |

ANEXO 47 - TIPO DE COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS PUERPERAIS, PARA TODAS AS PARIDADES

| TIPO DE COMPLICAÇÃO |      | SEM |     | RETENÇÃO PLACENTÁRIA | ADERÊNCIA PLACENTÁRIA | RESTOS | INÉRCIA UTERINA | METRORRAGIA PUERPERAL | PLACENTA ACRETA | OUTRAS | TOTAL |
|---------------------|------|-----|-----|----------------------|-----------------------|--------|-----------------|-----------------------|-----------------|--------|-------|
| GRUPO               |      |     |     |                      | ANORMAL               |        |                 |                       |                 |        |       |
| ATÉ 19 ANOS         | 509  | 1   | 4   | 7                    | 14                    | 1      | 2               | 0                     |                 |        | 538   |
|                     | 94.6 | 0.2 | 0.7 | 1.3                  | 2.6                   | 0.2    | 0.4             | 0.0                   |                 |        | 100.0 |
| DE 20 A 29 ANOS     | 1229 | 9   | 7   | 17                   | 16                    | 3      | 1               | 4                     |                 |        | 1296  |
|                     | 94.8 | 0.7 | 0.5 | 1.3                  | 2.0                   | 0.2    | 0.08            | 0.3                   |                 |        | 100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - COM COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS X SEM COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS :  $\chi^2 = 0.44$ , G.L. = 1, N.S.,  
 ( TODAS AS PARIDADES )

COM COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS X SEM COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS:  $\chi^2 = 0.72$ , G.L. = 1, N.S.,  
 ( SO NULLÍPARAS )

ANEXO 48 - TIPO DE COMPLICAÇÃO INFECCIOSA PUERPERAL PARA TODAS AS PARIDADES

| TIPO DE<br>COMPLICAÇÃO<br>GRUPO | INFECCÃO |             | MASTITES             | TROMBOFLEBITES | PERITONITES | SEPSIS | OUTRAS | TOTAL |
|---------------------------------|----------|-------------|----------------------|----------------|-------------|--------|--------|-------|
|                                 | SEM      | ENDOMETRITE | FERIDA<br>OPERATORIA |                |             |        |        |       |
| ATÉ 19 ANOS                     | 521      | 11          | 4                    | 0              | 0           | 1      | 0      | 537   |
|                                 | 97.0     | 2.0         | 0.7                  | 0.0            | 0.0         | 0.2    | 0.0    | 100.0 |
| DE 20 A 29 ANOS                 | 1258     | 18          | 10                   | 1              | 1           | 1      | 4      | 1294  |
|                                 | 97.2     | 1.4         | 0.8                  | 0.08           | 0.08        | 0.08   | 0.3    | 100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - COM X SEM COMPLICAÇÃO INFECCIOSA PUERPERAL :  $\chi^2 = 0.05$ , G.L. = 1, N.S.

(TODAS AS PARIDADES)

2

COM X SEM, COMPLICAÇÕES INFECCIOSA PUERPERAL :  $\chi^2 = 0.1$  , G.L. = 1, N.S

( SÓ NULLÍPARAS )

ANEXO 49 - TIPO DE COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA PUERPERAL, PARA TODAS AS PARIDADES

| GRUPO           | TIPO DE COMPLICAÇÃO |  | DEISCENCIA   |                   |                 |               |
|-----------------|---------------------|--|--------------|-------------------|-----------------|---------------|
|                 |                     |  | SEM          | FERIDA OPERATÓRIA | RUPTURA VESICAL | OUTRAS        |
| ATÉ 19 ANOS     |                     |  | 521<br>97.0  | 6<br>1.1          | 0<br>0.0        | 10<br>1.9     |
|                 |                     |  |              |                   |                 | 537<br>100.0  |
| DE 20 A 29 ANOS |                     |  | 1272<br>98.2 | 9<br>0.7          | 3<br>0.2        | 11<br>0.8     |
|                 |                     |  |              |                   |                 | 1295<br>100.0 |

ANÁLISE ESTATÍSTICA - COM X SEM COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA PUERPERAL :  $\chi^2 = 2.64$ , G.L. = 1, N.S.  
 ( TODAS AS PARIDADES)  
 COM X SEM, COMPLICAÇÕES CIRÚRGICA PUERPERAL:  $\chi^2 = 0.21$ , G.L. = 1, N.S.  
 ( SÓ NULÍPARAS )