

*Nelson Lourenço Maia Filho*

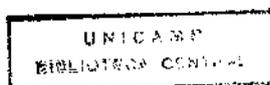
**A ADOLESCENTE PRECOCE:  
Aspectos Relacionados ao Parto, Puerpério  
Imediato e Recém-Nascido, Comparativamente  
às Não-Precoces e às Gestantes Adultas**

Tese de doutorado apresentada à  
Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

Orientador: **Dr. Gustavo A. de Souza**

UNICAMP

1993



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
V.	
T.º	18612
PROJ.	261/93
C	0 X
PREÇO	C.R. 100.000,00
DATA	30/04/93
N.º CPD	

CM-03027502-9

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Maia Filho, Nelson Lourenço

M28a A adolescente precoce / aspectos relacionados ao parto, puerpério imediato e ao recém-nascido, comparativamente às não-precoces e às gestantes adultas / Nelson Lourenço Maia Filho. --

Orientador: Gustavo Antonio de Souza.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Adolescência. 2. Parto. 3. Puerpério. 4. Recém-nascido.

I. Souza, Gustavo Antonio de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

20. CDD - 612.661  
- 618.2  
- 618.6  
- 618.92

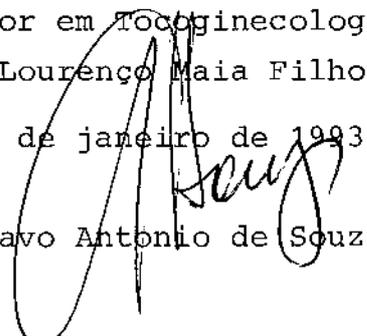
Índices para Catálogo Sistemático

1. Adolescência 612.661
2. Parto 618.2
3. Puerpério 618.6
4. Recém-nascido 618.92

Este exemplar corresponde à versão final da  
tese de Doutorado, apresentada à Faculda-  
de de Ciências Médicas, para obtenção do Tí-  
tulo de Doutor em Tocoginecologia, pelo Mé-  
dico Nelson Lourenço Maia Filho.

Campinas, 14 de janeiro de 1993.

Prof. Dr. Gustavo Antonio de Souza  
Orientador



TOUTES LES CHOSES ONT ÉTÉ DÉJÀ  
DITES MAIS COMME PERSONNE NE LES  
ÉCOUTE, IL FAUT TOUJOURS  
RECOMMENCER.

*André Gide (1869-1951)*

*P. Nobel Lit. - 1947*

## DEDICATÓRIA

*Edna  
Gustavo  
Mariana  
Meus Pais*

*Ao  
Dr. Gustavo Antonio de Souza,  
orientador, exemplo e amigo -  
ensinou-me a não desistir nunca  
e a lutar pela vitória.*

*À  
Professora Lenir Mathias,  
mestra e amiga, que  
confiou em mim desde o início -  
parceira de glórias e desilusões universitárias.*

## AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Dr. Álvaro da Cunha Bastos, pela amizade e a confiança em mim depositada.
- Ao Dr. José Carlos Gama da Silva, antigo parceiro com quem dividi muitas horas de trabalho, de alegrias e de dor.
- Ao Dr. José Hugo Sabatino, pela amizade e carinho.
- Ao Prof. Dr. Anibal Faúndes, o Mestre dos meus Mestres, pela orientação desinteressada sempre presente.
- Ao Dr. Aloísio J. Bedone, pelo apoio desinteressado e amizade.
- A Sra. Sueli Antonia Atibaia Chaves, Diretora da ASTEC/CAISM, pela dedicação profissional e, acima disso, pelo grande carinho.
- A Srta. Maria do Rosário G. Rodrigues, pelos gráficos e pela paciência nas horas de mudanças.
- A Srta. Fernanda Atibaia, pela confecção das tabelas e pela amizade.
- A Srta. Isabel Cristina Gardenal de Arruda, pelo profissionalismo ímpar na revisão em português.
- Aos demais funcionários da ASTEC/CAISM, pela competência e dedicação.
- Ao Sr. Sergio Vera, pela importante colaboração na análise estatística.
- A Sra. Silvana Scarpi, pelo auxílio no inglês.
- Aos docentes e funcionários do CAISM e FCM/UNICAMP, pelo carinho sempre a mim dispensado.
- Aos funcionários da Pós-Graduação da FCM - UNICAMP, pela orientação.
- Aos residentes e internos da Faculdade de Medicina de Jundiaí, que me auxiliaram neste trabalho.
- Aos funcionários do "Hospital de Clínicas Especializadas " de Franco da Rocha, ERSA-14, pela colaboração.
- Às pacientes incluídas neste trabalho.
- A Deus, que sempre me mostrou um "caminho".

# SUMÁRIO

---

SUMMARY . . . . .	vii
RESUMO . . . . .	x
1. INTRODUÇÃO . . . . .	2
2. PROPOSIÇÃO . . . . .	13
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS . . . . .	15
3.1. Casuística . . . . .	15
3.2. Métodos . . . . .	17
4. RESULTADOS . . . . .	23
4.1. Tipo de apresentação . . . . .	23
4.2. Duração do período de internação antes do parto . . . . .	26
4.3. Duração do período de dilatação . . . . .	29
4.5. Tipo de parto . . . . .	35
4.6. Indicações dos fórceps . . . . .	38
4.7. Indicações das cesáreas . . . . .	41
4.9. Índice de Apgar ao primeiro e quinto minuto . . . . .	49
4.10. Peso dos recém-nascidos . . . . .	52
4.11. Idade dos conceptos . . . . .	55
4.12. Relação idade e peso dos recém-nascidos . . . . .	58
4.13. Distribuição dos recém-nascidos com icterícia . . . . .	61
4.14. Distribuição dos recém-nascidos com Síndrome de Angústia Respiratória . . . . .	64
4.15. Distribuição dos recém-nascidos com "outras complicações" . . . . .	67
4.16. Distribuição dos recém-nascidos sem complicações . . . . .	70
5. DISCUSSÃO . . . . .	74
6. CONCLUSÕES . . . . .	104
6.1. Conclusões gerais . . . . .	104
6.2. Conclusões finais . . . . .	105
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS . . . . .	107
8 - ANEXOS . . . . .	116

## **SUMMARY**

## SUMMARY

---

**E**ight hundred and forty-six inpatients at the maternity of "Hospital de Clínicas Especializadas" in Franco da Rocha, Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Jundiaí, between March, 1989 and December, 1991 were divided in three groups: a study group, with 204 very young adolescents, between 11 and 15 years of age; a control group, with 320 older adolescents, between 16 and 19 years old age; and a third group, with 322 adult pregnant women, between 20 and 25 years of age.

All patients were primigravidas in order to achieve a homogeneous group for the sampling study, whereas some other variants such as social, economical, cultural, educational and habitational conditions were the same.

The three groups were compared within the following parameters: types of fetal outcome, internation period antepartum, duration of the first stage, duration of the second stage, kind of labor, indication of forceps, indication of cesarean, maternal labor

complications, and imediat puerperal period, Apgar scores at the first and the fifth minutes, infants weight, fetal age, infants age and weigth relation, and infants complications.

The very young adolescents group, behaved unlikely the others groups in the following variants: lower rate of cesarean, higer number of cesarean indications by contracted pelvis and eclampsia; a significant higher rate in infants with Apgar scores lower or equal to six at the first minute; higher number of infants rate less than 2,500g, less or equal than 36 weeks through the Capurro method; there was still a higher rate of infants complication at the moment of birth and with neonatal icterus.

It is known that very young adolescents pregnancy is of high risk and multidisciplinaries institutions are suggested to be created to assist this population which is already so punished by the social-economic problems in developing countries.

## **RESUMO**

## RESUMO

---

**E**ste trabalho foi realizado com pacientes internadas na Maternidade do "Hospital de Clínicas Especializadas" de Franco da Rocha, ERSA - 14, atual Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Jundiaí, entre março de 1989 e dezembro de 1991.

Estudaram-se 846 pacientes, divididas em três grupos, o grupo de estudo, constituído por 204 adolescentes precoces, de 11 a 15 anos; o grupo-controle, representado por 320 adolescentes não-precoces, de 16 a 19 anos; e outro, incluindo 322 gestantes adultas, de 20 a 25 anos.

Todas as pacientes estudadas eram primíparas, para tornar mais uniforme a amostragem do trabalho, já que outras variáveis como condição social, econômica, cultural, educacional e habitacional eram comuns.

Os três grupos foram analisados comparativamente, quanto aos seguintes parâmetros: tipo de apresentação fetal, período de internação antes do parto, duração do período de dilatação, duração do período expulsivo, tipo de parto, indicações dos fórceps, indicações das cesáreas, complicações maternas do parto e puerpério imediato, índices de Apgar ao primeiro e quinto minuto, peso dos recém-nascidos, idade fetal, relação idade e peso dos recém-nascidos e complicações dos recém-nascidos.

Após análise dos resultados e confrontação com a literatura, o autor concluiu que as adolescentes precoces comportaram-se de maneira distinta dos demais grupos, nas seguintes variáveis: menor índice de partos abdominais; maior indicação de cesáreas por vício pélvico e por eclâmpsia; taxas significativamente superiores de recém-nascidos com Apgar menor ou igual a 6 ao primeiro minuto; maior quantidade de recém-nascidos com peso inferior a 2.500g e com idade gestacional ao nascer menor ou igual a 36 semanas, pelo método de Capurro; houve ainda maior índice de recém-nascidos com complicações ao nascer e com icterícia neonatal.

Finalmente, o autor reconheceu ser a gestação nas adolescentes precoces de "alto risco", sugerindo que sejam criadas mais instituições multidisciplinares para o atendimento a esta população, que já é severamente castigada pelos fatores socioeconômicos nos países do Terceiro Mundo.

# **1. INTRODUÇÃO**

## 1. INTRODUÇÃO

---

**A** adolescência é um fenômeno psicossociocultural diretamente ligado aos fenômenos biológicos da puberdade. Os termos puberdade e pubescência são, respectivamente, derivados do latim "pubertas" (idade fértil) e "pubescens" (cobrir-se de pêlos, chegar à puberdade). STONE & CHURCH (1957) fizeram distinção entre estes dois conceitos, dando a entender que a puberdade é a chegada da maturidade sexual, e a pubescência é o período de aproximadamente dois anos que a precede. Distinguiram ainda as manifestações físicas, culturais e de conduta, próprias deste período.

ABERASTURY & KNOBEL (1976) referiram que a maioria dos autores são unânimes em dizer que a puberdade é o início biológico da adolescência.

As relações entre a pubescência e a adolescência complicam-se mais se considerada a informação que proporciona a antropologia social sobre os rituais e as cerimônias de iniciação, características nesta fase nos diferentes grupos étnicos. Segundo MONROY

(1985), em alguns grupos, a transição da infância à vida adulta é paulatina e se promove sem reconhecimento social; em outros, esta passagem efetua-se de maneira brusca, aparentemente sem um período de adolescência. Em algumas sociedades primitivas, cita o autor, a pubescência é o único elemento do processo de amadurecimento que se reconhece e, depois desta, ambos os sexos adquirem a condição e os privilégios de adulto.

O conceito de adolescência como um tempo de transição gradual da infância à idade adulta é relativamente novo, sobretudo nos países em desenvolvimento. Só recentemente tem sido reconhecido que meninos e meninas com idade entre dez e 20 anos diferem psicológica e fisiologicamente de crianças e adultos, constituindo, assim, um grupo distinto de indivíduos. No Encontro sobre Gravidez e Aborto na Adolescência, realizado pela Organização Mundial de Saúde, em 1974, AKTER definiu adolescência como o período durante o qual verifica-se:

- o progresso individual do ponto inicial de aparecimento dos caracteres sexuais secundários, até a maturidade sexual.
- o processo psicológico individual, assim como o modelo de identificação, evoluem daqueles de criança para os de adulto.
- transição de um estado de total dependência socioeconômica para um de relativa independência.

Ainda que nas sociedades industrializadas há muito tempo considerem os adolescentes como um grupo da população com características próprias, o mesmo não acontece em escala satisfatória nos países em desenvolvimento. Também se tem comprovado que é muito escassa a informação de base que dispõe sobre este grupo especial. No entanto, não cabe a menor dúvida de que os adolescentes constituem uma grande proporção da população, particularmente nos países da África, Ásia e América Latina. O número de jovens entre 15 e 24 anos passou de 488 milhões em 1955 para 740 milhões em 1975, 879 milhões em 1985 e estima-se 1,1 bilhão para o ano 2000.

Estes jovens são de importância decisiva para as estratégias estabelecidas, com o fim de alcançar a meta da "saúde para todos no ano 2000", já que serão os pais de amanhã.

A adolescência tradicionalmente tem sido considerada um período relativamente isento de problemas de saúde. Do ponto de vista do desenvolvimento, todavia, é um período crucial, em que a má nutrição e as enfermidades podem produzir efeitos devastadores, tanto em curto como em longo prazo. As complicações da gravidez e as patologias de transmissão sexual, por exemplo, podem afetar, de maneira permanente, a futura capacidade de reprodução, assim como a saúde do conjunto familiar.

Nas sociedades em desenvolvimento, alguns fatores contribuem para modificar os riscos aos quais se acham expostos os adolescentes. Entre estes fatores figuram uma visível tendência à diminuição da idade da menarca (CLAMAN & BELL, 1964; HASSAN & FALLS, 1964; PINTO E SILVA, 1982; MAIA FILHO, 1989); um aumento na idade em que se contraem matrimônios; certas trocas na escala de valores, provocadas pela urbanização crescente, pelo contato com culturas estrangeiras mediante migração, o turismo e os meios de informação; e uma menor prevalência de famílias grandes. Estes fatores multiplicam, por sua vez, as probabilidades de se produzirem gravidezes indesejadas, abortos e partos entre as adolescentes.

Essa evolução tem sido acompanhada por uma maior consciência das consequências adversas do tipo médico, psicológico, educacional e econômico impostos à mãe e ao recém-nascido, à gestação e à maternidade, tanto desejadas como não desejadas, nos primeiros anos da adolescência.

UBERTI e cols. (1978) reviram a literatura e relataram que a gestação em pacientes com menos de 18 anos deve ser considerada de alto risco, porque nestas é maior o número de complicações presentes na gravidez ou no trabalho de parto, como toxemia,

disfunção uterina, prematuridade, hemorragias e lacerações perineais, desproporção cefalopélvica, rotura prematura das membranas e aumento do índice de cesarianas.

MAIA FILHO (1989) concluiu que as adolescentes não-precoces (16 a 19 anos) apresentaram menor número de patologias que as precoces (12 a 15 anos).

Segundo McANARNEY (1978), a gravidez na adolescência é o maior problema de saúde nos Estados Unidos . Em 1975, houve aproximadamente 900.000 gestações em mulheres com menos de 20 anos de idade; cerca de 600.000 das gestações resultaram em nascimentos e 300.000 em abortos. Sendo assim, um em cinco nascimentos e um em três abortos ocorreram em adolescentes. A taxa de nascimentos para jovens de 15 a 19 anos foi de 81,6 por 1.000 mulheres em 1950; 96,3 por 1.000 em 1957 e 63,3 por 1.000 em 1970. Recentes dados do Centro Nacional de Estatística da Saúde (EUA) mostraram que a taxa de nascimentos ilegítimos (mães solteiras) para mulheres de 15 a 17 anos aumentou de 13,1 em 1966 para 19,5 em 1975, e de 25,8 em 1966 para 32,8 em 1975, nas mulheres de 18 e 19 anos. Para a mesma autora, a magnitude do problema, entretanto, é maior do que os números sugerem. A gravidez na adolescência é acompanhada por um aumento na morbidade do recém-nascido e da jovem mãe; por consideráveis efeitos psicossociais sobre a mãe, o pai e a criança; e, ainda, por uma grande carga financeira aos cofres públicos americanos.

DARZÉ (1989) estudou adolescentes de baixo nível socioeconômico e concluiu que aquelas com idade de 16 anos ou menos podem ser consideradas de alto risco quanto à gravidez e ao parto.

DOERING (1989), estudando as adolescentes e o início da atividade sexual, comparativamente nas clínicas particular e previdenciária, concluiu que: o comportamento das adolescentes no início da vida sexual é fortemente influenciado pelo meio socioeconômico e cultural em que vivem; a consequência de uma gestação nos

adolescentes de bom nível socioeconômico é geralmente o aborto provocado, enquanto que nas adolescentes mais carentes é o parto; muitas uniões ainda são antecipadas devido a uma gravidez, principalmente quando de baixo nível socioeconômico; há uma diferença fundamental nos dois meios socioeconômicos quanto à perspectiva do papel social desempenhado pela mulher; no nível mais baixo, a mulher parece ter a maternidade como meta prioritária, enquanto, no mais elevado, as perspectivas futuras estão mais ligadas ao estudo e ao trabalho.

Existe evidência suficiente para afirmar que nas sociedades primitivas a vida humana era curta, tão breve que, para manter a espécie, teria de se aproveitar a fecundidade da mulher em tenras idades. A gravidez em jovens biologicamente fecundas, porém não desenvolvidas para o parto normal, deve ter provocado grande mortalidade materno-infantil, que, associada ao curto período de vida, deve ter criado uma sociedade de órfãos. A solução para isso foi a vida tribal. A tribo passou a ser encarregada pelos cuidados com os recém-nascidos que logravam sobreviver. O trabalho comunitário era iniciado logo que terminavam as primeiras etapas da infância, tal como a vida sexual iniciava na mulher com a chegada da menarca. À medida que a revolução originante da agricultura foi transformando o homem em produtor, conseguiu-se melhor e mais variada alimentação, tornando possível uma maior expectativa de vida e, como resultado, nasceu o conceito de família.

Na espécie humana, o período em que a criança deve ser alimentada, protegida e ensinada a sobreviver é extenso e, nele, não só a mãe participa, pois homem e mulher, unidos, têm a responsabilidade do cuidado daquele que nasceu sem haver solicitado.

Aparentemente, nessas primeiras sociedades agrícolas não existia a adolescência, pelo menos como hoje se concebe, pois da infância se passava ao trabalho. É nos últimos anos que, com a subdivisão do trabalho, obrigando a um período de educação e aprendizagem, começou a aparecer o conceito de adolescência - e deve-se reconhecer que somente para alguns, porque na América Latina ainda existem segmentos de

população sem acesso à educação e quando o tem, geralmente por breves períodos, proporcionam a passagem da infância para a vida adulta sem a fase intermediária, chamada adolescência.

À Revolução Industrial e ao contínuo crescimento da mecanização, que o homem tem tornado possível e que caracteriza este século, soma-se o prolongamento da vida humana, consequência inevitável de um maior conhecimento médico. Se é prolongada a vida humana, prolonga-se também sua vida fértil e, em decorrência, contempla-se agora uma explosão demográfica que, segundo estudos, em 1986, superou a casa dos 5.000.000.000 de habitantes. No início do século, a população não ultrapassava os 2.000.000.000.

O crescimento populacional coincide com a crescente mecanização imposta ao homem e seu trabalho. Atualmente, há mais seres humanos capazes de encontrar uma ocupação estável e dignamente remunerada, contudo há menos fontes de trabalho. Esta contradição vem transformando a chamada "explosão demográfica" ao que os sociólogos chamam de "explosão da miséria". Buscam-se alternativas, mas os problemas dos nascidos até há 20 anos, e que hoje buscam trabalho, está, até o momento, superando estas possibilidades. Nada faz pensar que o progresso da maquinaria que o homem cria a cada dia pode parar, porque, enquanto houver homens sobre a terra, haverá novos inventos; certamente não será uma solução o retorno à forma primitiva de vida, onde impere a seleção natural, nem tampouco será a vida tocada por máquinas, com o homem somente a contemplá-las e a usar o que elas produzem. O trabalho é um instinto do ser humano.

A História mostra claramente que, no decorrer dos anos, as sociedades humanas trocam seus costumes e suas normas éticas. O novo grupo identificado de dez a 20 anos, que corresponde a quase um terço desta população, tende, de forma crescente, a participar da vida sexual e, com isso, contribui para o crescimento da espécie (VIEL, 1988).

Segundo BEZERRA, COSTA, MAGALHÃES (1988), o adolescente brasileiro é, do ponto de vista biológico e, em certa medida, psicológico, semelhante ao adolescente de outros países. Entretanto, a realidade sociocultural e econômica é diversa. Daí, se o direito ao exercício da sexualidade lhes foi referendado por uma revolução sexual, não se observou o mesmo quanto à forma de assegurar tais direitos. Vida sexual ativa implica, do ponto de vista médico-social, em riscos de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, para os que dela não se precavam, seja por imprudência ou por desconhecimento dos meios de evitá-la. O impacto biológico destes eventos, relatam ainda os autores, sobretudo num organismo em desenvolvimento, as repercussões biológicas sobre uma personalidade emocional e afetivamente em estruturação, é mensurável, e não desprezível.

Há necessidade de um esforço contínuo, multiprofissional, objetivando dar ao adolescente os conhecimentos mínimos sobre a biologia da reprodução, a distinção entre a sexualidade e a reprodução, seus direitos e responsabilidades concernentes ao corpo, ao sexo e ao prazer (BEZERRA e cols., 1988). Concordaram com este aspecto VALENTE e cols. (1977); McANARNEY (1978); MATHIAS, CAPPI-MAIA, MAIA FILHO (1980); MAIA FILHO (1989).

PAGNOCELLI (1989) enumerou algumas dificuldades do médico no tratamento com o adolescente: "a diferença de comportamento entre um e outro adolescente e a variabilidade de conduta do mesmo jovem nas diferentes etapas da adolescência". Explicou que existe o adolescente comunicativo, que verbaliza seus problemas, e aquele mais reservado, que, nos contatos iniciais, só se comunica através de manifestações extraverbais. "Há o adolescente responsável, que cumpre com as prescrições especialmente na fase mais madura (após 16 ou 17 anos), mas a maior parte não se liga definitivamente ao médico e ao tratamento - sonega informações, dá impressão de que não tem problemas ou permanece desconfiado, supondo que a consulta é um meio de seus pais descobrirem seus segredos".

Se não existem problemas exclusivamente clínicos ou psicológicos no tratamento do adolescente, na maioria dos casos há um rol de objetivos que o médico precisa acompanhar para que o jovem estabeleça um bom desenvolvimento: estabelecer uma identidade estável; aceitar sua sexualidade e se ajustar gradativamente ao papel sexual adulto; tornar-se independente dos pais; escolher uma carreira ou encontrar uma vocação.

Observa-se, na literatura, uma preocupação em associar a gravidez na adolescência ao alto risco reprodutivo (ALVAREZ & SIEVERS, 1959; BATTAGLIA, FRAZIER, HELLEGERS, 1963; PAPIERNIK & CENTENE, 1970; FUENTE, GONZALES, CASTELHANO, 1970; LIMA, 1975); porém autores como SISMONDI, VOLANTE, GIAI (1984) sugeriram que o termo **alto risco** para as adolescentes deva ser revisado e alterado, do ponto de vista biológico e obstétrico.

BATTAGLIA e cols. (1963) relataram altos índices de morbidade e mortalidade maternas e fetais, devido a elevadas taxas de patologias gravídicas como toxemia, anemia e partos prematuros, tornando reservado o prognóstico destas jovens e de seus conceitos, classificando-os como alto risco.

A dificuldade do parto natural em virtude da imaturidade óssea da bacia das adolescentes, associada aos seus problemas sociais e familiares, explicaria, segundo ALVAREZ & SIEVERS (1959), os índices de desproporção cefalopélvica encontrados.

A incidência de cesáreas entre as adolescentes não foi diferente da população em geral, segundo LEE & WALTER (1983), apesar dos autores considerarem importante a desproporção feto-pélvica na adolescência.

Os aspectos obstétricos e os resultados neonatais foram significativamente diferentes quando ROMERO e cols. (1983) compararam as adolescentes de 18 e 19 anos com menores de 16 anos, considerando estas últimas de alto risco.

No que tange às complicações maternas do parto e puerpério, há na literatura uma extrema discordância, com autores referindo como causas a infecção (MATHIAS e cols., 1981); os traumas do canal de parto (VALENTE e cols., 1977; OLIVEIRA JR. e cols., 1989); a anemia severa (WIDHOLM, 1971; HAY & BOYD, 1973; NORTMAN, 1974). Houve ainda os que não encontraram resultados significativos, como PINTO E SILVA (1982), quando excluiu as episiotomias obrigatórias nas primíparas.

Em relação aos produtos conceptuais das adolescentes, HUNT (1976) deixou claro os maiores índices de natimortalidade, prematuridade, infecções, doenças hemolíticas e angústia respiratória.

Autores como MATHIAS e cols. (1980), PINTO E SILVA (1982); CORREY, KWOK, NEWMAN, (1984); MATHIAS, CAPPI-MAIA, MAIA FILHO (1985a) preferiram associar as possíveis alterações encontradas na gestação ao atendimento inadequado oferecido às adolescentes, assim como aos distúrbios sociais aos quais estão sujeitas.

Atualmente, contudo, percebe-se nítida distinção entre as observações realizadas com adolescentes precoces e não-precoces, tanto do ponto de vista do comportamento social como físico, médico e psicológico (BATTAGLIA e cols., 1963; GOLD, 1968; ZACKLER, ANDELMAN, BAUER, 1969; ROMERO e cols. 1983; MAIA FILHO, 1989).

Levando-se em consideração esses fatores, visto que a adolescência compreende grande parte da população mundial, hodiernamente, e a escassez de estudos comparando-se adolescentes precoces às não-precoces e às gestantes adultas, interessou

ao autor do presente trabalho estudar desta forma estes grupos quanto às complicações do parto, do puerpério imediato e do recém-nascido, a fim de detectar se a carga social pesa mais sobre os resultados daquelas consideradas precoces.

## ***2. PROPOSIÇÃO***

## 2. PROPOSIÇÃO

---

**E**ste trabalho, através de seu autor, propõe-se a comparar os resultados observados entre adolescentes precoces (11 a 15 anos), não-precoces (16 a 19 anos) e adultas (20 a 25 anos), todas primíparas, quanto aos seguintes parâmetros: tipo de apresentação fetal, período de internação antes do parto, duração do período de dilatação e do período expulsivo, tipo de parto, indicações de fórceps, indicações de cesáreas, complicações maternas do parto, índice de Apgar ao primeiro e quinto minuto, peso dos recém-nascidos, idade gestacional do concepto (CAPURRO, 1973), relação idade e peso dos conceptos, e as complicações dos recém-nascidos.

### ***3. CASUÍSTICA E MÉTODOS***

## 3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

---

### 3.1. Casuística

**E**studaram-se 846 pacientes divididas em três grupos: o grupo de estudo constituído por 204 primíparas adolescentes precoces, com idades variando entre 11 e 15 anos, e dois grupos-controles, um representado por 320 adolescentes não-precoces de 16 a 19 anos e outro composto por 322 primíparas adultas com idades entre 20 e 25 anos.

Optou-se somente por trabalhar com primíparas visando tornar mais uniforme a presente amostragem, dado que inúmeras outras variáveis foram similares, como: condição social, econômica, cultural e habitacional.

O grupo de estudo esteve composto por uma adolescente de 11 anos, duas de 12 anos, nove de 13 anos, 50 de 14 anos e 142 de 15 anos; as adolescentes não-precoces

estiveram representadas por 81 jovens de 16 anos, 112 de 17 anos, 79 de 18 anos e 48 de 19 anos.

Detalhando-se melhor os grupos estudados, pode-se dizer que nos três houve predominância de mulheres brancas; quanto ao estado civil, prevaleceram as solteiras entre as adolescentes precoces; o nível de escolaridade foi semelhante, com média de 7,5% de analfabetismo; o tabagismo esteve menos presente entre as adolescentes precoces e semelhante nos dois grupos-controles; e, finalmente, com relação à assistência pré-natal, foi maior a assiduidade à medida em que a idade avançava.

A idade gestacional analisada mostrou que principalmente as adolescentes precoces não sabiam referir com precisão a data da última menstruação, e este dado foi melhor expresso quanto maior a idade da informante. Houve um predomínio de gestações com menos de 36 semanas entre as adolescentes, particularmente entre as precoces, enquanto entre as adultas prevaleceram as gestações a termo.

Com relação às patologias clínicas mais encontradas, notou-se que a infecção do trato urinário esteve mais presente entre as adolescentes precoces, assim como outras patologias associadas à gestação.

Quanto às patologias próprias da gravidez, houve predominância de eclâmpsia e trabalho de parto prematuro no grupo das adolescentes precoces. A amniorrexe prematura e a toxemia gravídica, na sua forma leve, estiveram com números semelhantes nos três grupos.

Todas as pacientes analisadas foram internadas no "Hospital de Clínicas Especializadas" de Franco da Rocha - ERSA 14, atual Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Jundiaí, entre março de 1989 e dezembro de 1991.

Sem exceção, há como afirmar que todas as pacientes originaram-se das regiões vizinhas ao Hospital-Escola, consideradas, pela Organização Mundial de Saúde, entre as mais pobres regiões do mundo. Pertenciam, portanto, ao mesmo grupo socioeconômico, com as mesmas dificuldades, sem distinção racial, com os mesmos usos e costumes, diferenciando-se apenas pela faixa etária.

A rotina seguida com essas pacientes, a partir da internação, foi sempre de acordo com as Normas e Condutas da Disciplina de Obstetria da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

## **3.2. Métodos**

### **3.2.1. Coleta de dados**

Os dados coletados para este trabalho foram retirados de observações durante a internação das pacientes no já referido Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Estes dados foram todos anotados nos prontuários de internação (ficha obstétrica) da Disciplina de Obstetria (Anexo 1), procurando-se sempre, como é a rotina do Departamento, fornecer o maior número de informações, desde dados pessoais, antecedentes gerais, antecedentes obstétricos, partograma, evolução do parto, puerpério e condições de nascimento do recém-nascido.

Todo preenchimento desses prontuários foi realizado por alunos de graduação (quinto e sexto ano), orientados e supervisionados pelos residentes e pelos assistentes da clínica do Serviço de Obstetria.

Os dados da ficha obstétrica, após verificação de consistência, foram transcritos para uma ficha pré-codificada, utilizada pelo "Estudo Nacional Prospectivo sobre Adolescente Grávida" (ENPAG) (Anexo 2), e, em seguida, submetidos à computação dos

resultados. Dos 60 itens da ficha supra-relatada, separaram-se somente aqueles referentes ao parto, puerpério imediato e ao recém-nascido:

- **Tipo de apresentação** - Dividiram-se as apresentações fetais em cefálicas fletidas e outras. Entre as últimas foram consideradas as defletidas, as pélvicas completas e incompletas, e as córmicas.
- **Período de internação antes do parto** - Considerou-se em período expulsivo toda paciente que chegou ao Hospital com dilatação total do colo uterino e descida da apresentação em +2 ou +3 do plano de De Lee; até 6 horas, aquelas no qual o conceito nasceu até a sexta hora de permanência da mãe no pré-parto; mais de seis horas, quando sobreexcedeu-se este espaço de tempo entre a internação e a realização do parto; considerou-se cesárea imediata toda vez que, ao ser admitida, a paciente apresentava indicação absoluta ou emergencial de ser submetida à operação cesariana.
- **Duração do período de dilatação** - Considerou-se período de dilatação o informado pela parturiente, iniciadas as contrações dolorosas, até a dilatação total do colo uterino. Foi considerado prolongado o trabalho de parto com período de dilatação igual ou superior a 12 horas.
- **Duração do período expulsivo** - Considerou-se período expulsivo o espaço de tempo entre a dilatação completa do colo uterino até a saída do feto, e período expulsivo prolongado, quando o tempo foi igual ou maior que uma hora.
- **Tipo de parto** - Separaram-se as pacientes de acordo com o parto em: abdominal (cesariana) e vaginal, subdividido em normal e fórceps (eletivo ou necessário).
- **Indicações dos fórceps** - Considerou-se o tipo de indicação de acordo com as normas da Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Então foram realizados sempre fórceps de alívio e fórceps baixos, sendo contra-indicados os médios e os altos. Considerou-se fórceps para abreviação do período expulsivo quando a apresentação fetal encontrava-se em +2 ou +3 do

plano de descida de De Lee, com a linha de orientação (sutura sagital) no primeiro ou no segundo oblíquo; fórceps de alívio, aquele no qual a apresentação atingia o plano +3 de De Lee em occipitopúbica (OP), ou seja, com a linha de orientação verticalizada e o ponto de referência voltado à sínfise púbica; e fórceps por distocia de rotação, quando a apresentação, apesar de baixa, não rodou espontaneamente, permanecendo nas variedades transversas ou posteriores.

- **Indicações das cesáreas** - Considerou-se a indicação por vício pélvico quando a bacia apresentava sinais de restrição pela pelvimetria; desproporção cefalopélvica nas vezes em que a pelvimetria era aceitável, porém o tamanho fetal era desproporcional e a prova de trabalho mostrava-se negativa; indicação por Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) grave, com níveis de pressão arterial diastólica de 110mmHg ou mais, edema generalizado e proteinúria, porém sem convulsão ou coma; eclâmpsia quando seguia classicamente o quadro da patologia com coma e/ou convulsões; indicação por sofrimento fetal sempre que havia sinais ao exame de monitoragem clínica e confirmação com a monitoragem eletrônica; a distocia funcional era indicativa do ato operatório sempre que persistia após várias formas de tentativas de correção; e em outras indicações estão as demais, clássicas, que apareceram em menor frequência e foram consideradas conjuntamente. As cesáreas foram todas segmentares, transperitoneais, e a retirada dos conceptos foi realizada por apoio manual ou com auxílio de alavanca.
- **Complicações maternas no parto e puerpério imediato** - Computaram-se, inicialmente, as pacientes sem complicações, que foram as que apresentaram puerpério imediato sem qualquer alteração, a não ser as queixas esperadas para esta fase; os traumas e deiscências, incluindo-se aqui tanto as complicações dos partos vaginais como as dos abdominais, com qualquer tipo de lesão que porventura apresentaram; as complicações hemorrágicas, seja por restos placentários, inércia uterina, acretismos placentários ou mesmo por causas clínicas de alteração da coagulação; outras causas de complicações maternas incluíram várias com menor frequência de aparecimento.

- **Índice de Apgar ao primeiro e quinto minuto** - Registrou-se a condição do nascimento pelo índice de Apgar de acordo com a descrição clássica (APGAR, 1953), de um a dez, reservando-se o "zero" para os casos de natimortos.
- **Peso dos recém-nascidos** - Coletou-se esta informação da equipe de berçaristas, que pesaram os recém-nascidos após o nascimento. Dividiu-se em baixo peso aqueles com peso inferior a 2.500g, os de peso adequado entre 2.500g e 4.000g; e os recém-nascidos grandes quando pesaram mais de 4.000g.
- **Idade dos conceptos** - Observou-se a idade gestacional do concepto logo após o nascimento, pelo neonatologista, e representou-se em semanas pelo método de Capurro (CAPURRO, 1973). Em seguida, separaram-se em dois grupos: um representado pelos recém-nascidos com até 36 semanas completas e outro com 37 semanas ou mais.
- **Relação idade e peso dos conceptos** - Procurou-se fazer esta relação na tentativa de evidenciar a diferença entre os recém-nascidos prematuros e os pequenos para a idade gestacional; separou-se, portanto, o grupo dos nascidos com até 36 semanas, que subdividiu-se em dois, de acordo com o peso, se menor que 2.500g e igual ou maior; e o grupo dos conceptos com 37 semanas ou mais, que também foi subdividido conforme o peso.
- **Complicações dos recém-nascidos** - Consideraram-se as complicações mais frequentes as encontradas nesta casuística. Estudaram-se, separadamente, os recém-nascidos com e sem icterícia, com e sem alterações compatíveis com a Síndrome de Angústia Respiratória (SAR), com outras complicações compiladas conjuntamente. Também foram observados, de maneira global, os recém-natos sem complicações, comparando-os aos que apresentaram qualquer tipo de desvio da normalidade.

### 3.2.2. Método Estatístico

Foram feitas, inicialmente, tabelas cruzadas de todas as variáveis dependentes, com respeito à idade materna.

A análise estatística dos resultados obtidos neste trabalho foi realizada de acordo com os métodos do teste Qui-Quadrado (EVERITT, 1977; FIENBERG, 1978) e do Teste Exato de Fisher, quando calculou-se a probabilidade de significância (p) para um nível de rejeição da hipótese de nulidade em 5%, significando que valores de p inferiores a 0,05 indicam significância.

## **4. RESULTADOS**

## 4. RESULTADOS

---

**O**s resultados serão apresentados neste trabalho sob as formas descritivas, de tabelas e de gráficos, especificamente para cada variável estudada.

### 4.1. Tipo de apresentação

Em relação ao tipo de apresentação fetal, pôde-se observar que não existiu diferença significativa quando comparado o grupo de estudo com os grupos-controles. Ao se compararem, ainda, as adolescentes não-precoces com as adultas, os resultados também foram sem significância estatística (Tabela 1 e Gráfico 1). Não foram computados três casos entre as adolescentes precoces, quatro entre as não-precoces e um entre as adultas, por faltarem estes dados nos respectivos prontuários.

**TABELA 1**

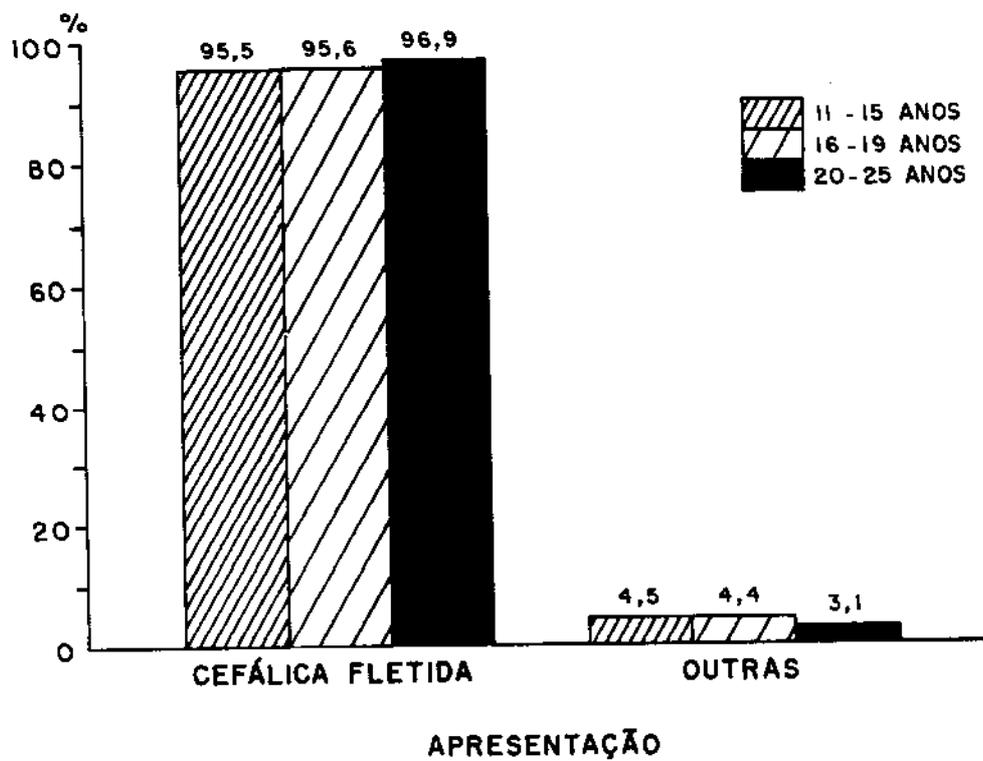
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO TIPO DE APRESENTAÇÃO E GRUPO ETÁRIO**

<b>Apresentação</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
Cefálica fletida	95,5	95,6	96,9
Outras	4,5	4,4	3,1
(n)	(201)	(316)	(321)

$\chi^2$ (geral)	= 0,9	n.s.
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 0,0	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 0,7	n.s.
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 0,8	n.s.

# GRÁFICO 1

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO TIPO DE APRESENTAÇÃO E GRUPO ETÁRIO



$\chi^2$  (GERAL) = 0,9 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 0,0 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 0,7 n.s.  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 0,6 n.s.

## 4.2. Duração do período de internação antes do parto

Ao se estudar esta variável, notou-se que chegaram em período expulsivo cerca de três vezes mais pacientes entre as adolescentes precoces que entre as grávidas adultas e quatro vezes mais que as não-precoces. Estes dados revelaram-se estatisticamente significativos (Tabela 2 e Gráfico 2).

Houve aproximadamente o dobro de indicações de cesáreas imediatamente após a internação entre as adolescentes precoces que entre as gestantes adultas.

Cerca de 50% a mais de gestantes adultas e mais que o dobro de adolescentes não-precoces permaneceram no Setor de pré-parto por período superior a seis horas, quando comparadas às precoces.

Foram considerados ignorados, por falta de informações nos prontuários, e consequentemente excluídos desta avaliação, 15 casos de adolescentes precoces, 31 casos de adolescentes não-precoces e 12 gestantes adultas.

**TABELA 2**

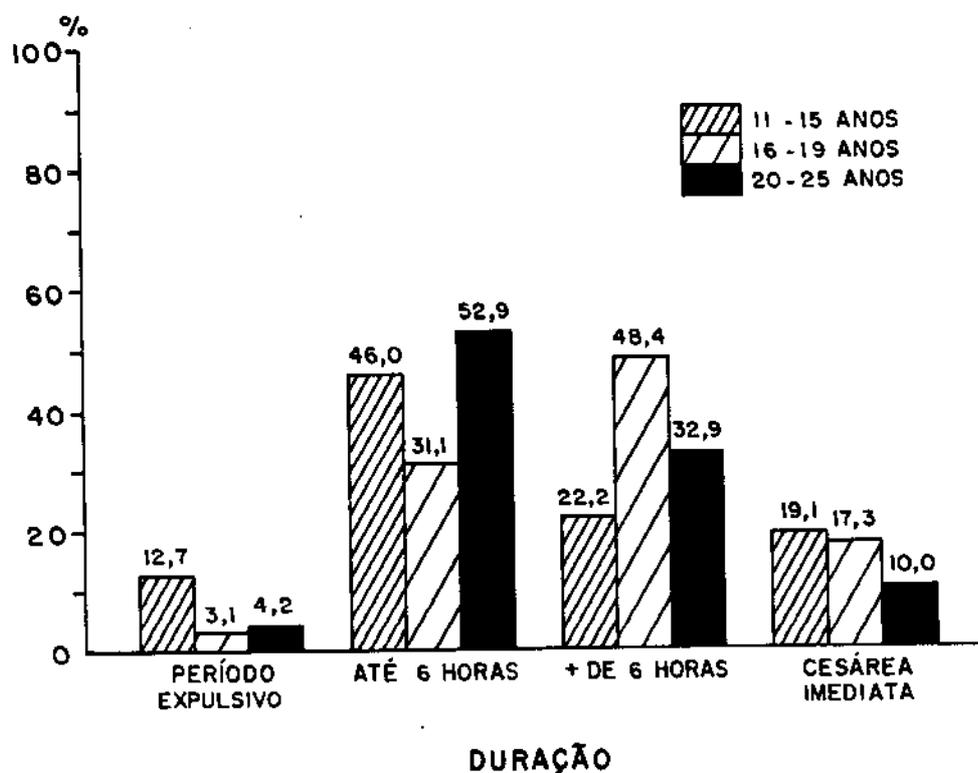
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO A DURAÇÃO DO PERÍODO DE INTERNAÇÃO ANTES DO PARTO E O GRUPO ETÁRIO**

<b>Duração</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
Período expulsivo	12,7	3,1	4,2
Até 6 horas	46,0	31,1	52,9
Mais de 6 horas	22,2	48,4	32,9
Cesárea imediata	19,1	17,3	10,0
(n)	(189)	(289)	(310)

$\chi^2$  (geral) = 68,7       $p < 0,0001$   
 $\chi^2$  (11-15/16-19) = 42,9       $p < 0,0001$   
 $\chi^2$  (11-15/20-25) = 24,4       $p < 0,0001$   
 $\chi^2$  (16-19/20-25) = 32,0       $p < 0,0001$

## GRÁFICO 2

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO DURAÇÃO DO PERÍODO DE INTERNAÇÃO ANTES DO PARTO E GRUPO ETÁRIO



$\chi^2$  (GERAL) = 68,7  $p < 0,0001$

$\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 42,9  $p < 0,0001$

$\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 24,4  $p < 0,0001$

$\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 32,0  $p < 0,0001$

### 4.3. Duração do período de dilatação

Observou-se, nesta variável, que o período de dilatação encontrado entre as adolescentes precoces foi semelhante ao das adultas. O chamado "trabalho de parto prolongado", então, considerado aqui com mais de 12 horas de evolução, só foi estatisticamente maior nas adolescentes não-precoces, onde este fato aconteceu em dobro de oportunidades que em outros grupos estudados (Tabela 3 e Gráfico 3).

Foram excluídas, por faltarem informações precisas sobre este assunto, 59 pacientes distribuídas nos três grupos.

**TABELA 3**

***DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO A DURAÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO E O GRUPO ETÁRIO***

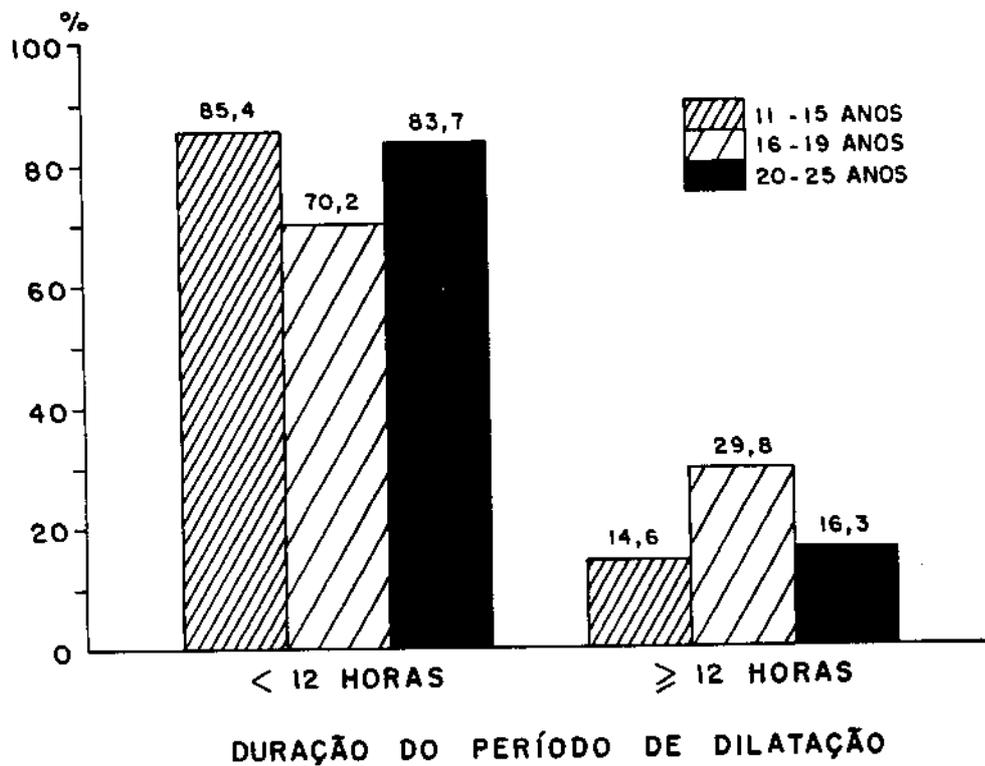
<b>Duração do período de dilatação</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
< 12 horas	85,4	70,2	83,7
≥ 12 horas	14,6	29,8	16,3
(n*)	(137)	(205)	(203)

$\chi^2$ (geral)	= 15,7	p = 0,0004
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 9,6	p = 0,002
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 0,1	p = 0,7942 (n.s.)
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 9,7	p = 0,0018

(\*) Faltou informação de 59 mulheres

### GRÁFICO 3

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO A DURAÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO E O GRUPO ETÁRIO



$\chi^2$  (GERAL) = 15,7 p=0,0004  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 9,6 p=0,002  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 0,1 p=0,7942 (n.s.)  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 9,7 p=0,0018

#### 4.4. Duração do período expulsivo

Encontrou-se, nesta variável, o período expulsivo "prolongado" (com uma hora ou mais de duração) mais entre as adolescentes, com cerca de dez vezes a frequência das adultas.

Não houve diferença significativa quando comparados os dois grupos de adolescentes (Tabela 4 e Gráfico 4).

Pela escassez de casos de período expulsivo prolongado entre as adultas, utilizou-se o Teste Exato de Fisher, para analisar comparativamente com as adolescentes precoces.

Foram excluídas, por falta de informações precisas, 36 pacientes nos três grupos.

**TABELA 4**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO A DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO E O GRUPO ETÁRIO**

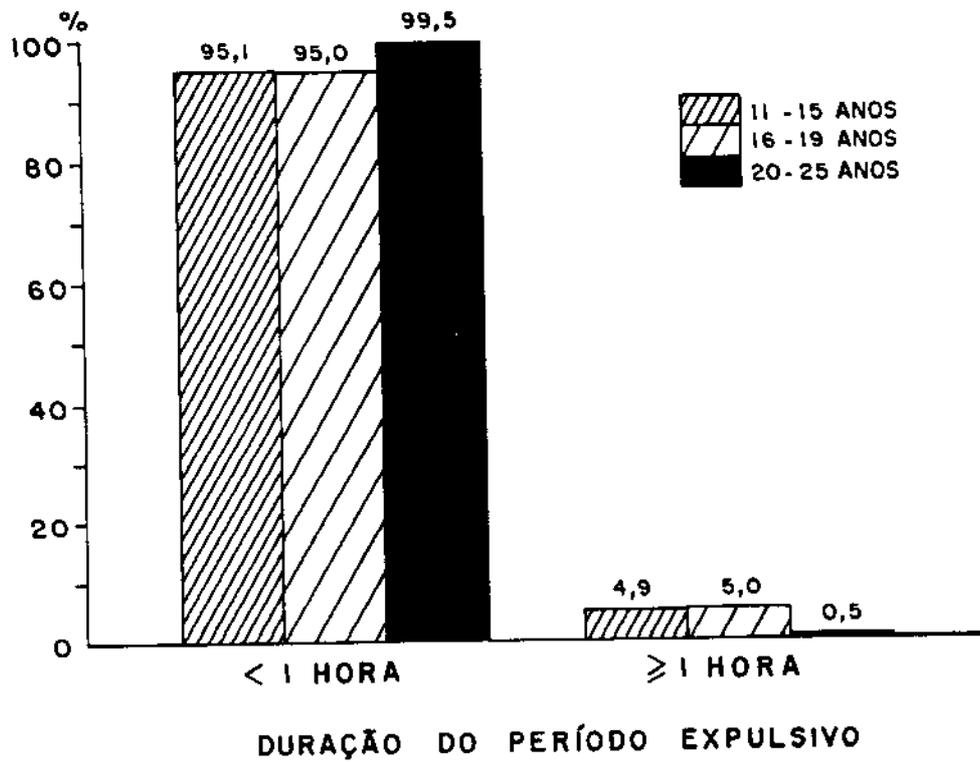
Duração do período expulsivo	11-15	16-19	20-25
< 1 hora	95,1	95,0	99,5
≥ 1 hora	4,9	5,0	0,5
(n*)	(142)	(222)	(204)

$\chi^2$  (geral) = 8,0 p = 0,0181  
 $\chi^2$  (11-15/16-19) = 0,1 p = 0,8127  
(11-15/20-25) = - p = 0,0093 (Teste Exato de Fisher)  
 $\chi^2$  (16-19/20-25) = 6,2 p = 0,0128

(\*) Faltou informação de 36 mulheres

## GRÁFICO 4

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO A DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO E GRUPO ETÁRIO



$\chi^2$  (GERAL) = 8,0 p=0,0181

$\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 0,1 p=0,8127

(11 - 15 / 20 - 25) = — p=0,0093 (TESTE EXATO DE FISHER)

$\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 6,2 p=0,0128

## 4.5. Tipo de parto

Esta casuística revela, para esta variável, contingente maior de partos vaginais entre as adolescentes precoces que entre as não-precoces e as adultas, com resultados estatisticamente significativos em relação às últimas.

Quando separados os partos vaginais em normais e fórceps, pôde-se observar que as adolescentes precoces tiveram menos partos normais que as adultas, maior quantidade de fórceps e menor índice de cesáreas (Tabela 5 e Gráfico 5).

Compararam-se, ainda, as adolescentes precoces com as não-precoces, onde pôde-se notar maior quantidade de partos normais, menor índice de fórceps e menor número de cesáreas (Tabela 5 e Gráfico 5).

Consegue-se, também, através dos resultados, mostrar que as adolescentes não-precoces apresentaram menor quantidade de partos normais que as adultas, maior índice de fórceps e menor número de cesáreas (Tabela 5 e Gráfico 5).

Ressalta-se que todos esses dados mostraram-se estatisticamente significativos.

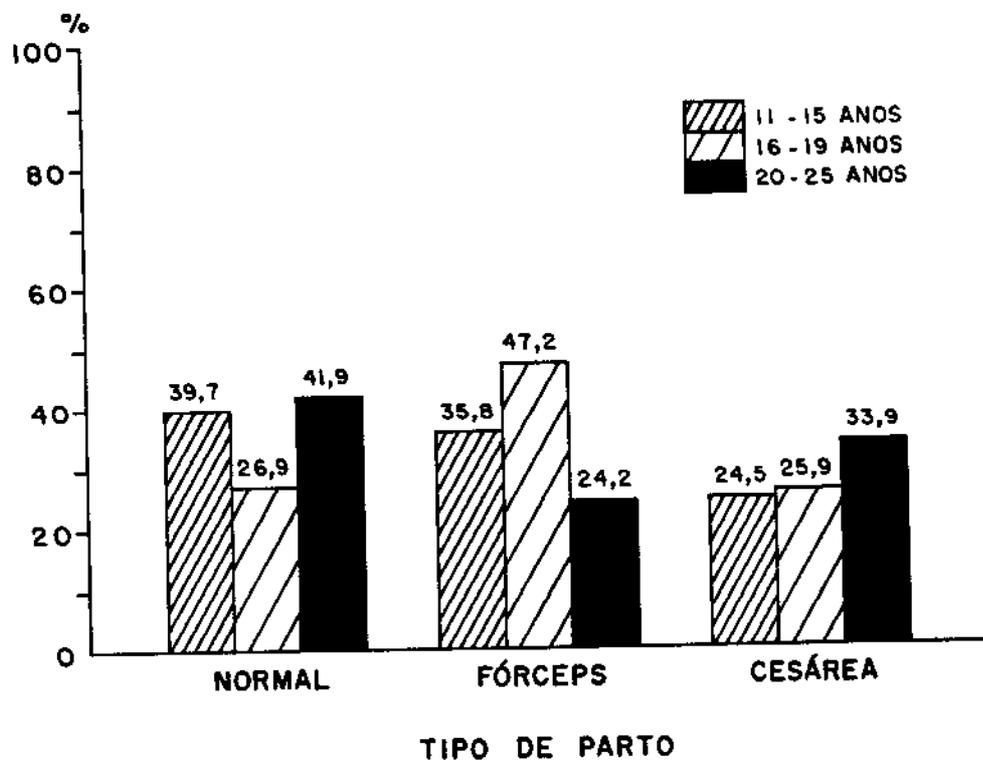
**TABELA 5****DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO TIPO DE PARTO E GRUPO ETÁRIO**

<b>Tipo de parto</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
Normal	39,7	26,9	41,9
Fórceps	35,8	47,2	24,2
Cesárea	24,5	25,9	33,9
(n)	(204)	(320)	(322)

$\chi^2$ (geral)	= 40,2	$p < 0,0001$
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 10,3	$p < 0,006$
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 9,6	$p < 0,009$
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 37,5	$p < 0,0001$

## GRÁFICO 5

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO TIPO DE PARTO E GRUPO ETÁRIO



$\chi^2$  (GERAL) = 40,2 p < 0,0001

$\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 10,3 p < 0,006

$\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 9,6 p < 0,009

$\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 37,5 p < 0,0001

## 4.6. Indicações dos fórceps

Observando-se os fórceps por abreviação do período expulsivo, estes dados, analisados do ponto de vista estatístico, mostraram valores significativos quando comparado o grupo de estudo com o das adultas, e não-significativos (n.s.) quando comparado ao grupo das adolescentes de 16 a 19 anos. Observou-se que, ao se compararem os resultados deste item entre os dois grupos-controles, permaneceu a significância estatística (Tabela 6 e Gráfico 6).

Ao se analisarem agora os fórceps de alívio, observou-se que não houve significação estatística quando comparado o grupo de estudo com o de gestantes adultas, mas sim quando comparado ao de adolescentes não-precoces. A mesma observação foi encontrada quando comparados os dois grupos-controles (Tabela 6 e Gráfico 6).

Outra indicação de fórceps estudada foi a **distocia de rotação**, onde os resultados não demonstraram diferenças significativas (Tabela 6 e Gráfico 6).

**TABELA 6**

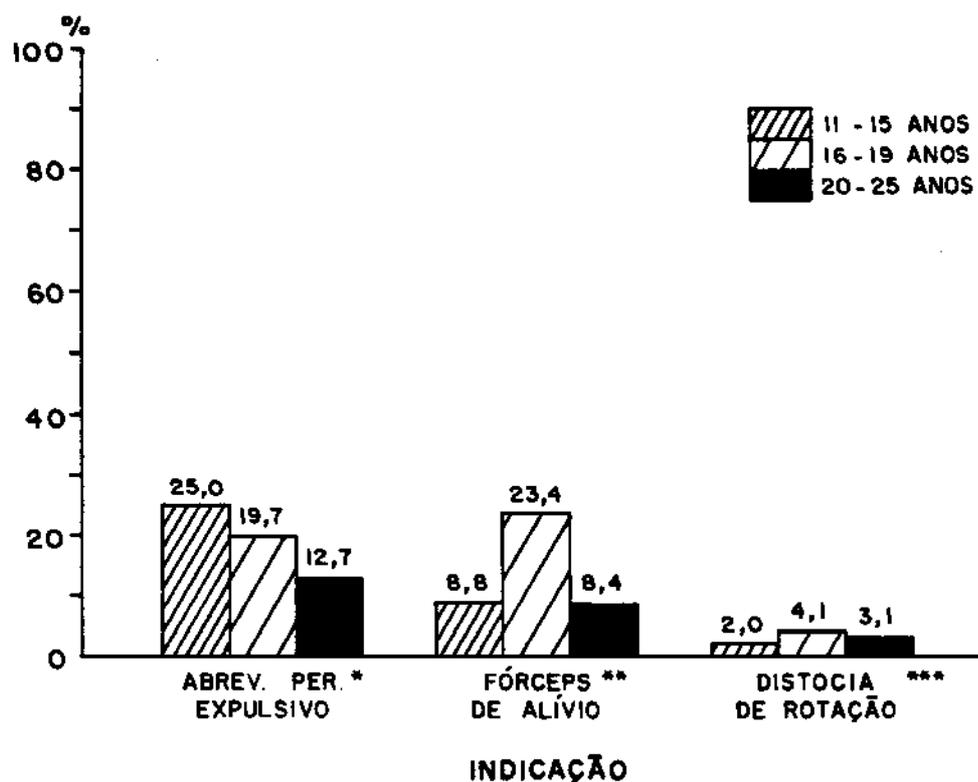
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO AS INDICAÇÕES DOS FÓRCEPS E O GRUPO ETÁRIO**

<b>Indicação</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
a) Abreviação de período expulsivo	25,0	19,7	12,7
b) Fórceps de alívio	8,8	23,4	8,4
c) Distocia de rotação	2,0	4,1	3,1
(n)	(204)	(320)	(322)

a) $\chi^2$ (geral)	= 13,2	p < 0,002
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 2,1	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 13,0	p < 0,0004
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 5,7	p < 0,02
b) $\chi^2$ (geral)	= 36,2	p < 0,0001
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 18,2	p < 0,0001
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 0,0	n.s.
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 27,2	p < 0,0001
c) $\chi^2$ (geral)	= 1,8	n.s.
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 1,8	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 0,6	n.s.
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 0,4	n.s.

## GRÁFICO 6

### DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO INDICAÇÕES DOS FÓRCEPS E GRUPO ETÁRIO



\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 13,2  $p < 0,002$   
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 2,1 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 13,0  $p < 0,0004$   
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 5,7  $p < 0,02$

\*\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 36,2  $p < 0,0001$   
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 18,2  $p < 0,0001$   
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 0,0 n.s.  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 27,2  $p < 0,0001$

\*\*\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 1,8 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 1,8 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 0,6 n.s.  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 0,4 n.s.

## 4.7. Indicações das cesáreas

Com relação às indicações das cesáreas, pôde-se constatar que, para a maioria delas, o comportamento das adolescentes precoces diferiu completamente das gestantes adultas, com valores estatísticos significativos; maior índice de vício pélvico e eclâmpsia entre as primeiras; e taxas mais expressivas de distocia funcional e outras indicações entre as últimas (Tabela 7 e Gráficos 7-A, 7-B e 7-C).

Os resultados para a desproporção cefalopélvica mostraram-se semelhantes nos três grupos, assim como a doença hipertensiva sem associação com coma ou convulsão e o sofrimento fetal (Tabela 7 e Gráficos 7-A, 7-B e 7-C).

Entre os dois grupos de adolescentes, somente a eclâmpsia esteve significativamente mais presente entre as precoces, com índices quase seis vezes maiores que as não-precoces (Tabela 7 e Gráfico 7-B).

É conveniente ressaltar a equivalência de resultados quando comparados os dois grupos-controles (Tabela 7).

TABELA 7

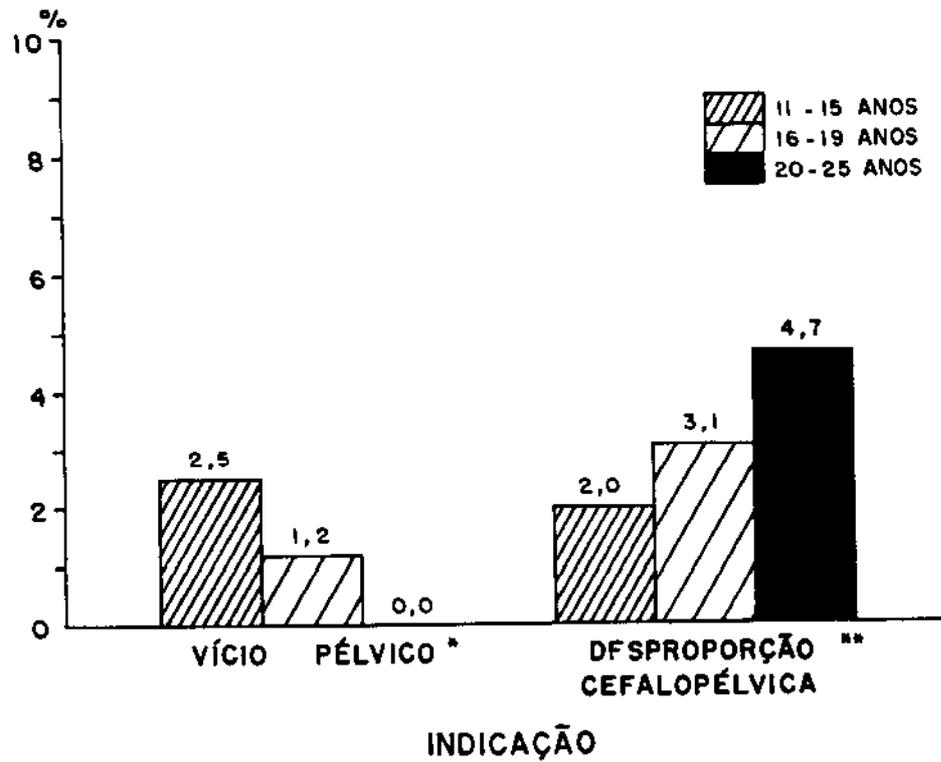
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO AS  
INDICAÇÕES DAS CESÁREAS E O GRUPO ETÁRIO**

<b>Indicações</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
a) Vício pélvico	2,5	1,2	0,0
b) Desproporção cefalopélvica	2,0	3,1	4,7
c) DHEG	1,0	1,2	0,9
d) Eclâmpsia	3,4	0,6	0,3
e) Sofrimento fetal	10,3	12,5	12,7
f) Distocia funcional	1,0	2,2	4,7
g) Outras indicações	4,4	5,0	10,6
(n)	(204)	(320)	(322)

a) $\chi^2$ (geral)	= 7,3	p < 0,03
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 0,5	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 5,6	p < 0,02
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 2,3	n.s.
b) $\chi^2$ (geral)	= 2,9	n.s.
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 0,6	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 2,6	n.s.
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 1,0	n.s.
c) $\chi^2$ (geral)	= 0,2	n.s.
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 0,0	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 0,2	n.s.
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 0,0	n.s.
d) $\chi^2$ (geral)	= 11,8	p < 0,003
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 40,3	p < 0,04
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 6,2	p < 0,02
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 0,0	n.s.
e) $\chi^2$ (geral)	= 0,8	n.s.
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 0,6	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 0,7	n.s.
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 0,0	n.s.
f) $\chi^2$ (geral)	= 6,9	p < 0,04
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 0,5	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 5,4	p < 0,03
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 3,0	n.s.
g) $\chi^2$ (geral)	= 27,5	p < 0,0002
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 3,5	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 27,2	p < 0,0001
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 15,1	p < 0,002

## GRÁFICO 7-A

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO INDICAÇÃO DE CESÁREA POR DISTOCIA DE TRAJETO E GRUPO ETÁRIO

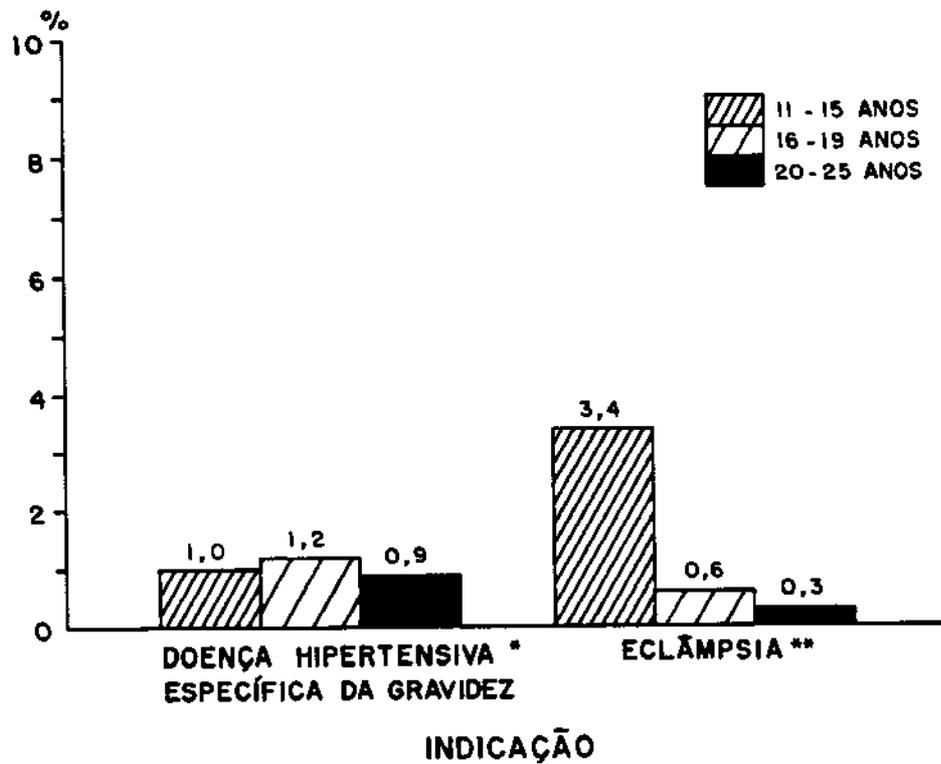


\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 7,3  $p < 0,03$   
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 0,5 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 5,6  $p < 0,02$   
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 2,3 n.s.

\*\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 2,9 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 0,6 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 2,6 n.s.  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 1,0 n.s.

## GRÁFICO 7-B

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO INDICAÇÃO DE CESÁREA POR DOENÇA HIPERTENSIVA E GRUPO ETÁRIO

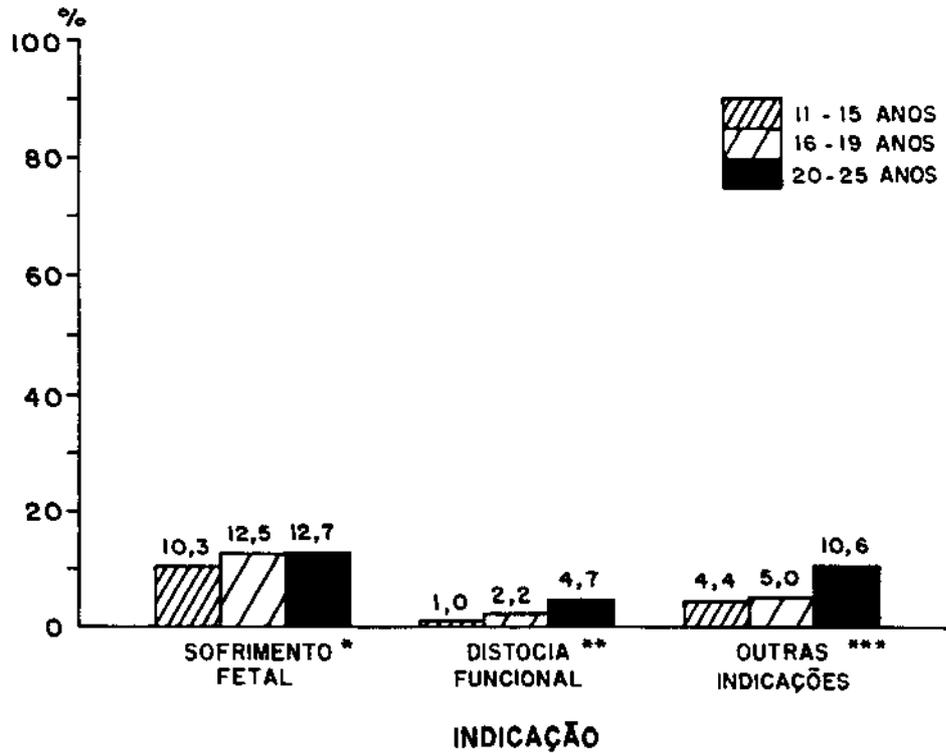


\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 0,2 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 0,0 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 0,2 n.s.  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 0,0 n.s.

\*\*\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 11,8  $p < 0,003$   
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 4,3  $p < 0,04$   
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 6,2  $p < 0,02$   
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 0,0 n.s.

## GRÁFICO 7-C

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO  
INDICAÇÃO DE CESÁREA POR SOFRIMENTO FETAL,  
DISTOCIA FUNCIONAL, OUTRAS INDICAÇÕES E GRUPO  
ETÁRIO**



\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 0,8 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 0,6 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 0,7 n.s.  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 0,0 n.s.

\*\*\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 10,4 p 0,006  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 0,1 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 6,3 p 0,02  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 6,9 n.s.

\*\*\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 6,9 p 0,04  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 0,5 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 5,4 p 0,03  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 3,0 n.s.

#### 4.8. Complicações maternas no parto e puerpério imediato

Com relação às complicações maternas no parto e puerpério imediato, os casos de infecção estão incluídos no item **outras complicações**, e algumas mães apresentaram mais que uma complicação.

Observa-se que em todas variáveis houve uma semelhança de resultados entre o grupo das adolescentes precoces, o das não-precoces e o das gestantes adultas, sem quaisquer diferenças estatísticas (Tabela 8 e Gráfico 8).

**TABELA 8****DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO AS  
COMPLICAÇÕES MATERNAS NO PARTO, PUERPÉRIO IMEDIATO E  
O GRUPO ETÁRIO**

<b>Complicações</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
Sem complicações	85,8	89,7	88,2
Traumas e deiscências	8,8	5,9	7,8
Complicações hemorrágicas	1,5	1,6	0,9
Outras	4,4	3,1	3,7
(n)	(204)	(320)	(322)

a)  $\chi^2$  (geral) = 1,8 n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/16-19) = 1,8 n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/20-25) = 0,7 n.s.  
 $\chi^2$  (16-19/20-25) = 0,4 n.s.

b)  $\chi^2$  (geral) = 1,7 n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/16-19) = 1,6 n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/20-25) = 0,2 n.s.  
 $\chi^2$  (16-19/20-25) = 0,8 n.s.

c)  $\chi^2$  (geral) = 0,6 n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/16-19) = 0,1 n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/20-25) = 0,0 n.s.  
 $\chi^2$  (16-19/20-25) = 0,5 n.s.

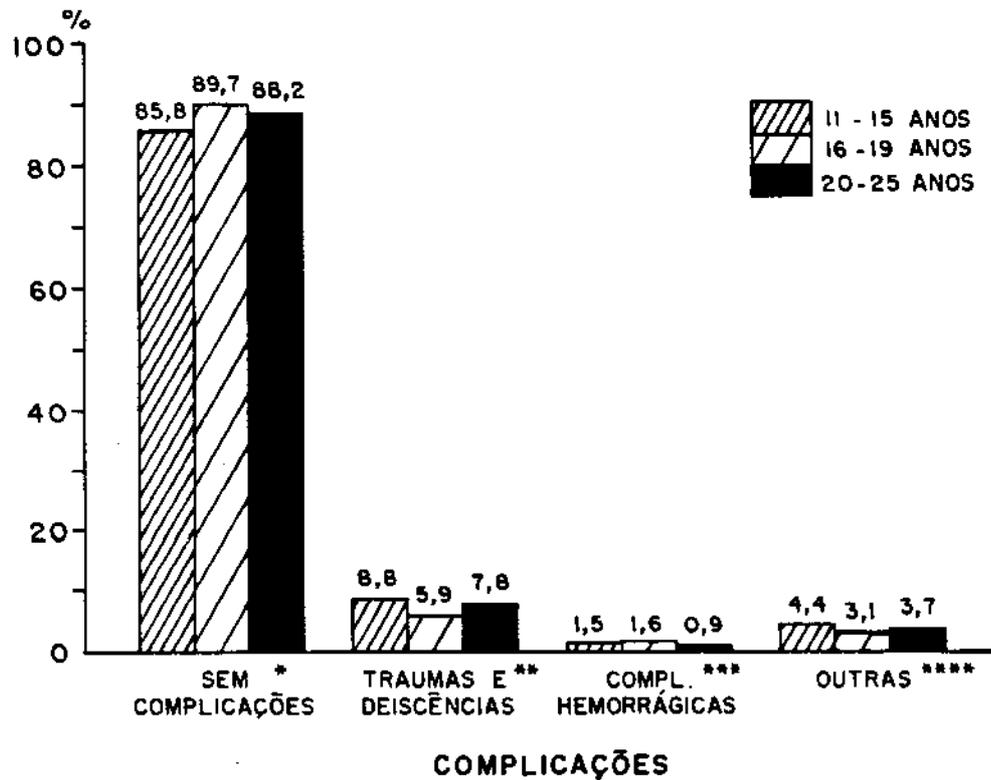
d)  $\chi^2$  (geral) = 0,6 n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/16-19) = 0,6 n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/20-25) = 0,2 n.s.  
 $\chi^2$  (16-19/20-25) = 0,2 n.s.

NOTAS: As infecções estão incluídas em "outras complicações"

Algumas mulheres apresentaram mais que uma complicação

## GRÁFICO 8

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO COMPLICAÇÕES MATERNAS NO PARTO, PUERPÉRIO IMEDIATO E GRUPO ETÁRIO



\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 1,8 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 1,8 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 0,7 n.s.  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 0,4 n.s.

\*\*\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 1,7 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 1,6 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 0,2 n.s.  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 0,8 n.s.

\*\*\*\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 0,6 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 0,1 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 0,0 n.s.  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 0,5 n.s.

\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 0,6 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 0,6 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 0,2 n.s.  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 0,2 n.s.

## 4.9. Índice de Apgar ao primeiro e quinto minuto

Com relação a esta variável, detectou-se índice de Apgar abaixo de 6 ao primeiro minuto mais frequentemente entre as adolescentes precoces que entre as não-precoces e as gestantes adultas. Estatisticamente, mostraram-se significativas as comparações entre adolescentes precoces e os outros dois grupos-controles.

Somente quando comparadas as adolescentes não-precoces e as adultas é que os resultados estatísticos não foram significativos (Tabela 9 e Gráfico 9).

No que diz respeito ao índice de Apgar ao quinto minuto, tanto o grupo de estudo como os grupos-controles mostraram-se semelhantes, não apresentando resultados estatisticamente significativos (Tabela 9 e Gráfico 9).

Foram considerados ignorados, nesta variável, por falta de dados nos prontuários, quatro nascimentos de adolescentes precoces, seis de não-precoces e seis de grávidas adultas. Houve, ainda, três natimortos entre as adultas e um entre as adolescentes precoces, que também não foram computados por apresentarem índice de Apgar 0.

**TABELA 9**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO ÍNDICE DE APGAR AO 1º E 5º MINUTO E GRUPO ETÁRIO MATERNO**

<b>Apgar</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
<b>1º Minuto (a)</b>			
1 - 6	26,1	14,3	15,7
7 - 10	73,9	85,7	84,3
<b>5º Minuto (b)</b>			
1 - 6	4,5	3,8	3,8
7 - 10	95,5	96,2	96,2
(n)	(199)	(314)	(313)

(a)

$\chi^2$  (geral) = 13,1 p < 0,002

$\chi^2$  (11-15/16-19) = 11,1 p < 0,0009

$\chi^2$  (11-15/20-25) = 8,4 p < 0,004

$\chi^2$  (16-19/20-25) = 0,2 n.s.

(b)

$\chi^2$  (geral) = 0,2 n.s.

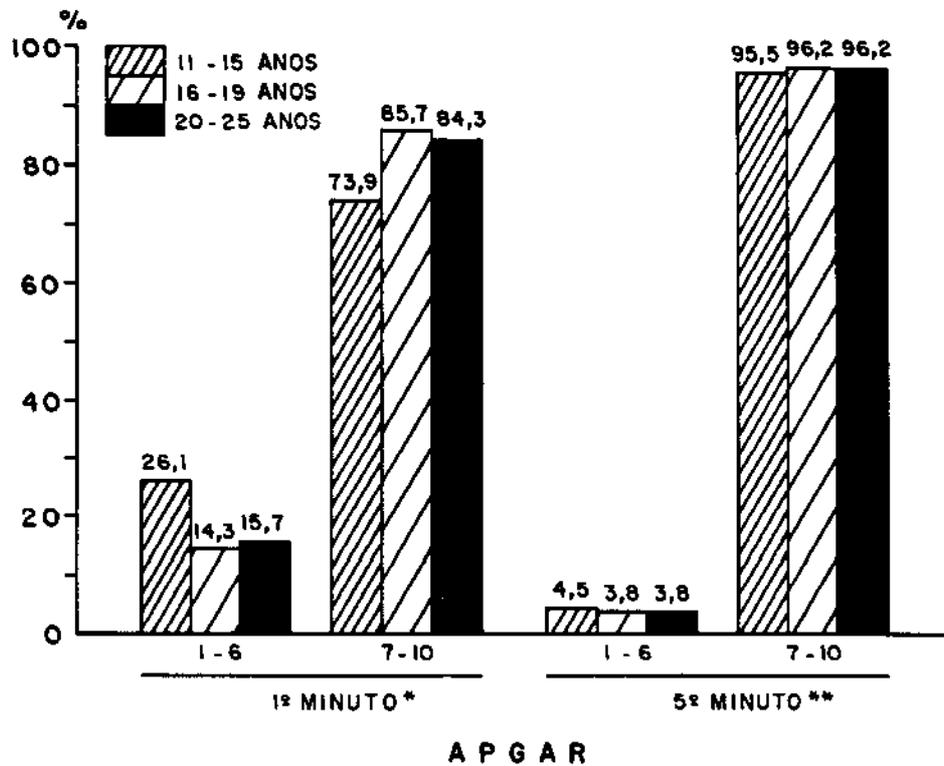
$\chi^2$  (11-15/16-19) = 0,2 n.s.

$\chi^2$  (11-15/20-25) = 0,1 n.s.

$\chi^2$  (16-19/20-25) = 0,0 n.s.

## GRÁFICO 9

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO ÍNDICE DE APGAR NO 1º E 5º MINUTO E GRUPO ETÁRIO MATERNO



\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 13,1 p < 0,002  
 $\chi^2$  (11-15/16-19) = 11,1 p < 0,0009  
 $\chi^2$  (11-15/20-25) = 8,4 p < 0,004  
 $\chi^2$  (16-19/20-25) = 0,2 n.s.

\*\*)  $\chi^2$  (GERAL) = 0,2 n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/16-19) = 0,2 n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/20-25) = 0,1 n.s.  
 $\chi^2$  (16-19/20-25) = 0,0 n.s.

#### 4.10. Peso dos recém-nascidos

Este item foi avaliado criteriosamente, tendo sido observado um número mais que duas vezes maior de recém-nascidos com peso inferior a 2.500g entre as adolescentes precoces, quando comparadas às adultas, e cerca de 50% a mais quando comparadas às adolescentes não-precoces (Tabela 10 e Gráfico 10).

Os recém-nascidos de peso ideal, isto é, entre 2.500g e 4.000g, estiveram com percentagens próximas nos três grupos estudados.

Quanto aos produtos conceptuais considerados "grandes" ou "macrossômicos", houve predominância no grupo-controle das adultas, com o dobro do resultado das não-precoces, e aproximadamente cinco vezes mais que no grupo das adolescentes precoces (Tabela 10 e Gráfico 10).

A análise estatística dos dados acima referidos mostrou-se significativa quando o grupo de adolescentes precoces foi comparado ao grupo-controle das adultas, todavia não houve significância quando comparados os dois grupos de adolescentes.

Entre os dois grupos-controles também houve significância estatística (Tabela 10 e Gráfico 10).

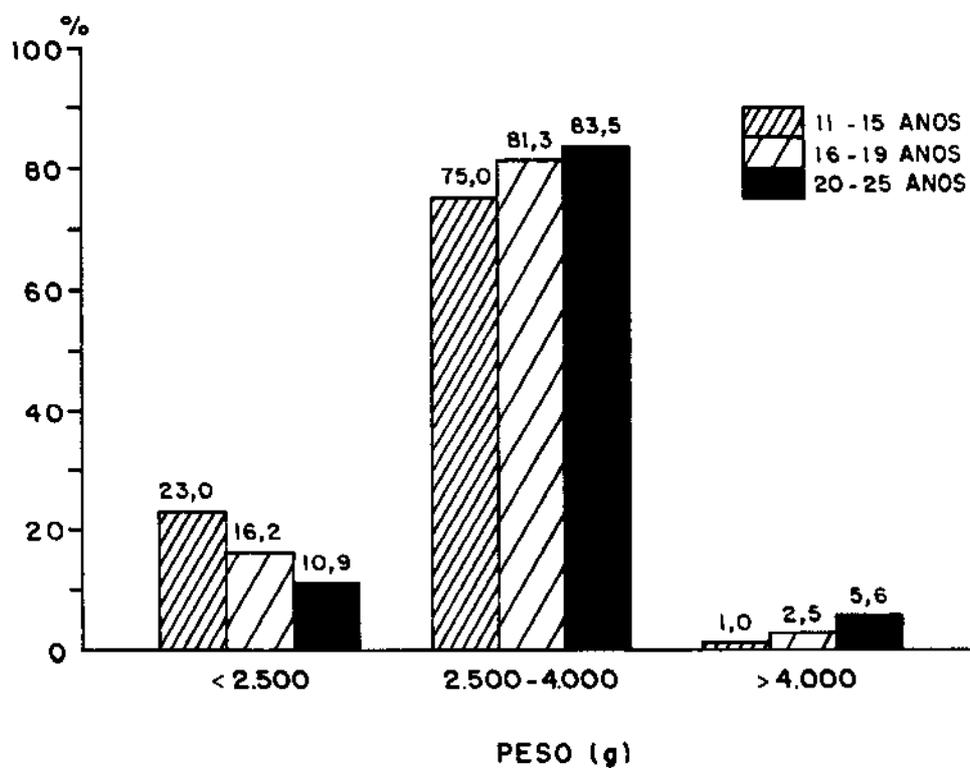
**TABELA 10****DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO PESO E GRUPO ETÁRIO MATERNO**

<b>Peso (g)</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
< 2.500	23,0	16,2	10,9
2.500 - 4.000	75,0	81,3	83,5
> 4.000	1,0	2,5	5,6
(n)	(204)	(320)	(322)

$\chi^2$ (geral)	= 21,7	$p < 0,0003$
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 5,0	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 19,7	$p < 0,0001$
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 7,3	$p < 0,03$

## GRÁFICO 10

### DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO PESO E GRUPO ETÁRIO MATERNO



$\chi^2$  (GERAL) = 21,7  $p < 0,0003$

$\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 5,0 n.s.

$\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 19,7  $p < 0,0001$

$\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 7,3  $p < 0,03$

## 4.11. Idade dos conceptos

Em relação à idade dos produtos conceptuais, pôde-se constatar uma incidência quatro vezes maior de recém-nascidos com 36 semanas ou menos entre as adolescentes precoces que entre as adultas, e cerca de 35% a mais quando comparadas às não-precoces (Tabela 11 e Gráfico 11).

Esses números mostraram-se significativos quando comparados o grupo de estudo com o grupo-controle das adultas e quando compararam-se os dois grupos-controles. Ao se compararem as adolescentes precoces com as não-precoces, este resultado não foi significativo (Tabela 11 e Gráfico 11).

Consideraram-se "não-verificados", e por isso não foram computados nestes resultados, 23 recém-nascidos de mães adolescentes precoces, 20 de mães adolescentes não-precoces e 25 de adultas, por apresentarem prontuários incompletos.

**TABELA 11**

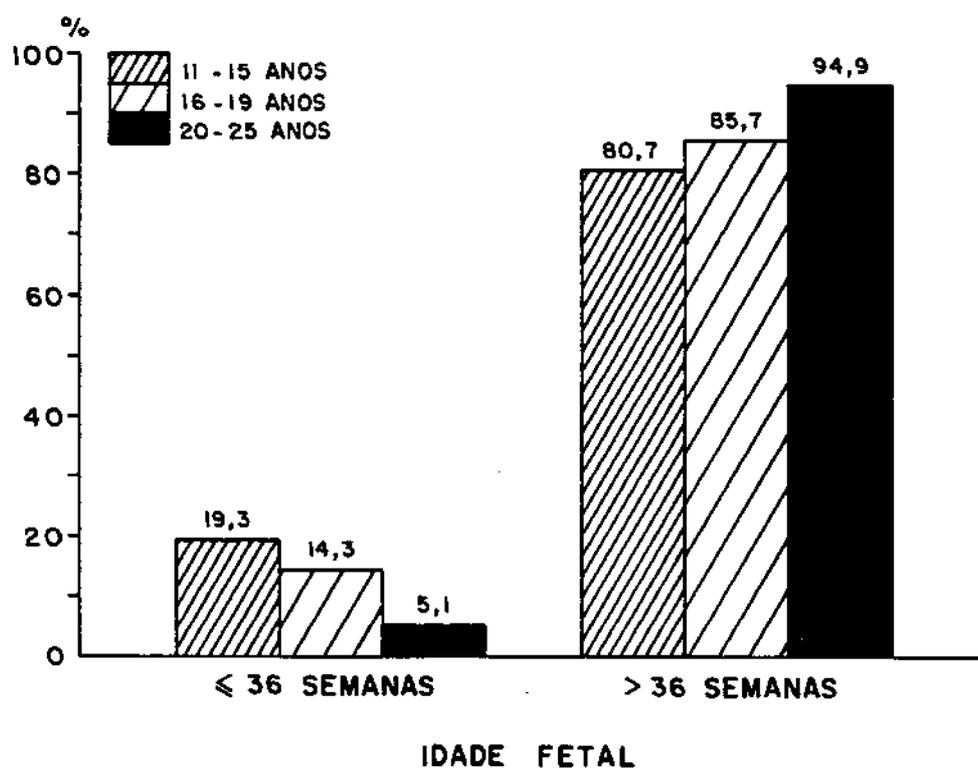
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE IDADE GESTACIONAL DOS R.N.  
SEGUNDO GRUPO ETÁRIO MATERNO**

<b>Idade fetal</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
≤ 36 semanas	19,3	14,3	5,1
> 36 semanas	80,7	85,7	94,9
(n)	(181)	(300)	(297)

$\chi^2$ (geral)	= 29,4	$p < 0,0001$
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 2,1	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 24,5	$p < 0,0001$
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 14,7	$p < 0,0002$

## GRÁFICO 11

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE IDADE GESTACIONAL DOS R.N. SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO MATERNO



$\chi^2$  (GERAL) = 29,4 p<0,0001  
 $\chi^2$  (11-15/16-19) = 2,1 n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/20-25) = 24,5 p<0,0001  
 $\chi^2$  (16-19/20-25) = 14,7 p<0,0002

## 4.12. Relação idade e peso dos recém-nascidos

A relação peso e idade dos recém-nascidos definiu maior quantidade de conceptos de baixo peso (< 2.500g) e com idade gestacional menor ou igual a 36 semanas, entre as adolescentes precoces, com número quatro vezes maior que as gestantes adultas e cerca de 50% acima das adolescentes não-precoces (Tabela 12 e Gráfico 12).

Os recém-nascidos considerados prematuros pela idade gestacional, no entanto com peso superior a 2.500g, estiveram em quantidades aproximadas, respectivamente para o grupo de estudo e os grupos-controles.

Os conceptos de termo (> 36 semanas) e os de baixo peso (< 2.500g) estiveram em maior frequência no grupo das adolescentes precoces que nos demais (Tabela 12 e Gráfico 12).

No estudo desta variável, assim como no da anterior, foram mais uma vez excluídos os recém-nascidos cujas papeletas de internação apresentavam-se incompletas: 23 no grupo de estudo, 20 no grupo de adolescentes não-precoces e 25 no de adultas.

**TABELA 12**

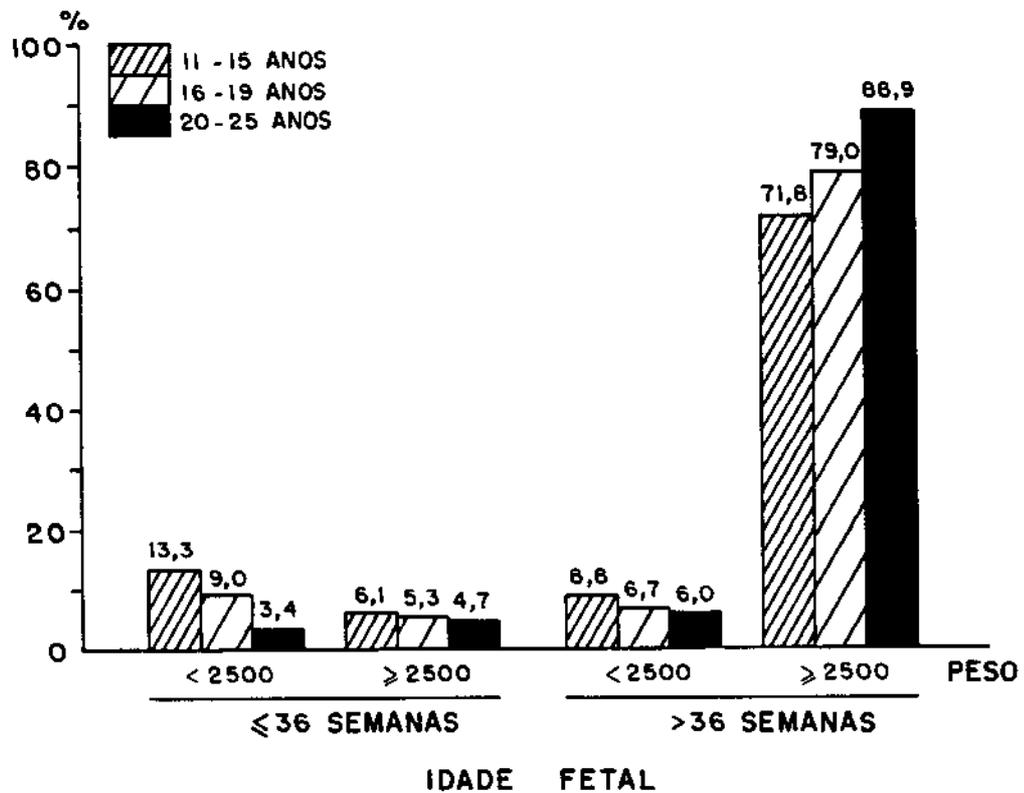
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE IDADE GESTACIONAL E PESO  
DOS R.N. SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO MATERNO**

<b>Idade fetal</b>	<b>Peso (g)</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
≤ 36 semanas	< 2.500	13,3	9,0	3,4
	≥ 2.500	6,1	5,3	4,7
> 36 semanas	< 2.500	8,8	6,7	6,0
	≥ 2.500	71,8	79,0	88,9
(n)		(181)	(300)	(297)

$\chi^2$ (geral)	= 10,4	p < 0,006
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 0,1	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 6,3	p < 0,02
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 6,9	n.s.

## GRÁFICO 12

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE IDADE GESTACIONAL E PESO DOS R.N. SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO MATERNO



$\chi^2$  (GERAL) = 27,5  $p < 0,0002$

$\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 3,5 n.s.

$\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 27,2  $p < 0,0001$

$\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 15,1  $p < 0,002$

### **4.13. Distribuição dos recém-nascidos com icterícia**

Nesta variável, observou-se praticamente o dobro da incidência de recém-nascidos com icterícia neonatal entre as adolescentes precoces que entre as adultas e as adolescentes não-precoces (Tabela 13 e Gráfico 13).

O estudo estatístico deste item mostrou diferença significativa quando comparado o grupo de estudo com os grupos-controles, tanto das adultas como das adolescentes não-precoces (Tabela 13 e Gráfico 13).

Igualmente notou-se que o comportamento dos grupos-controles foi análogo, não havendo diferença significativa quando comparados do ponto de vista estatístico (Tabela 13 e Gráfico 13).

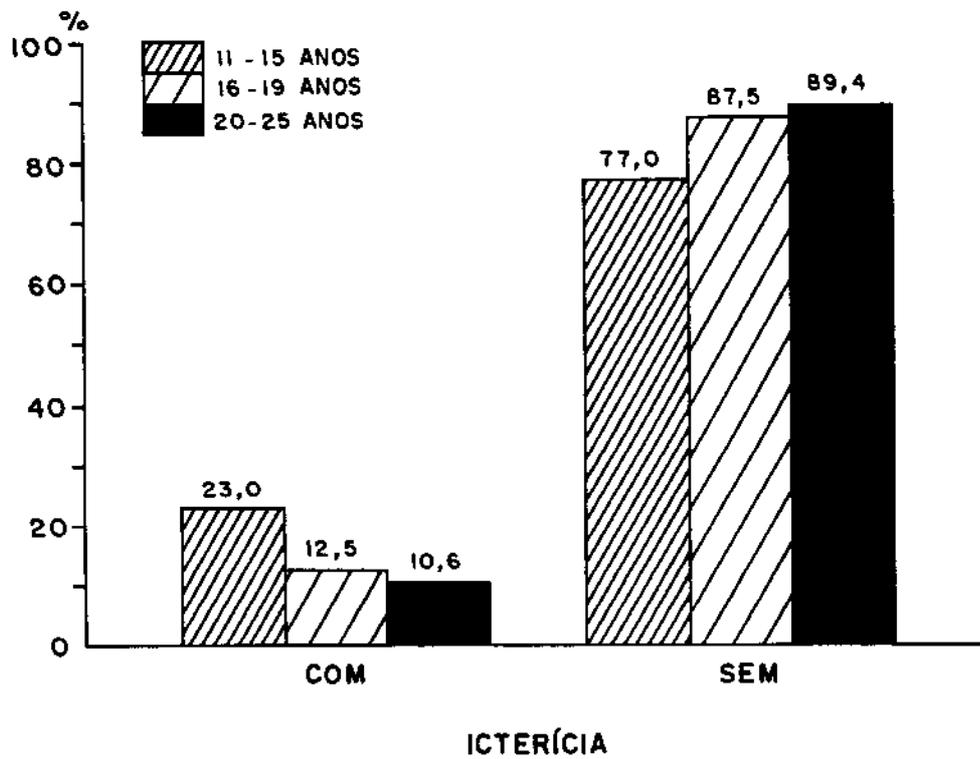
**TABELA 13****DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO ICTERÍCIA E GRUPO ETÁRIO MATERNO**

<b>Icterícia</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
Com	23,0	12,5	10,6
Sem	77,0	87,5	89,4
(n)	(204)	(320)	(322)

$\chi^2$ (geral)	= 17,2	p < 0,0002
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 10,0	p < 0,002
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 14,9	p < 0,0002
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 0,6	n.s.

### GRÁFICO 13

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO ICTERÍCIA E GRUPO ETÁRIO MATERNO



$\chi^2$  (GERAL) = 17,2  $p < 0,0002$

$\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 10,0  $p < 0,002$

$\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 14,9  $p < 0,0002$

$\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 0,6 n.s.

#### **4.14. Distribuição dos recém-nascidos com Síndrome de Angústia Respiratória**

De acordo com a Tabela 14 e Gráfico 14, pôde-se observar que números semelhantes de recém-nascidos de adolescentes precoces e de adultas apresentaram algum tipo de angústia respiratória. Este fato nas adolescentes não-precoces teve cerca de metade da incidência das demais.

Atendo-se à visão estatística, notou-se diferença significativa somente quando comparados os dois grupos de adolescentes. As demais comparações realizadas não mostraram significância (Tabela 14 e Gráfico 14).

**TABELA 14**

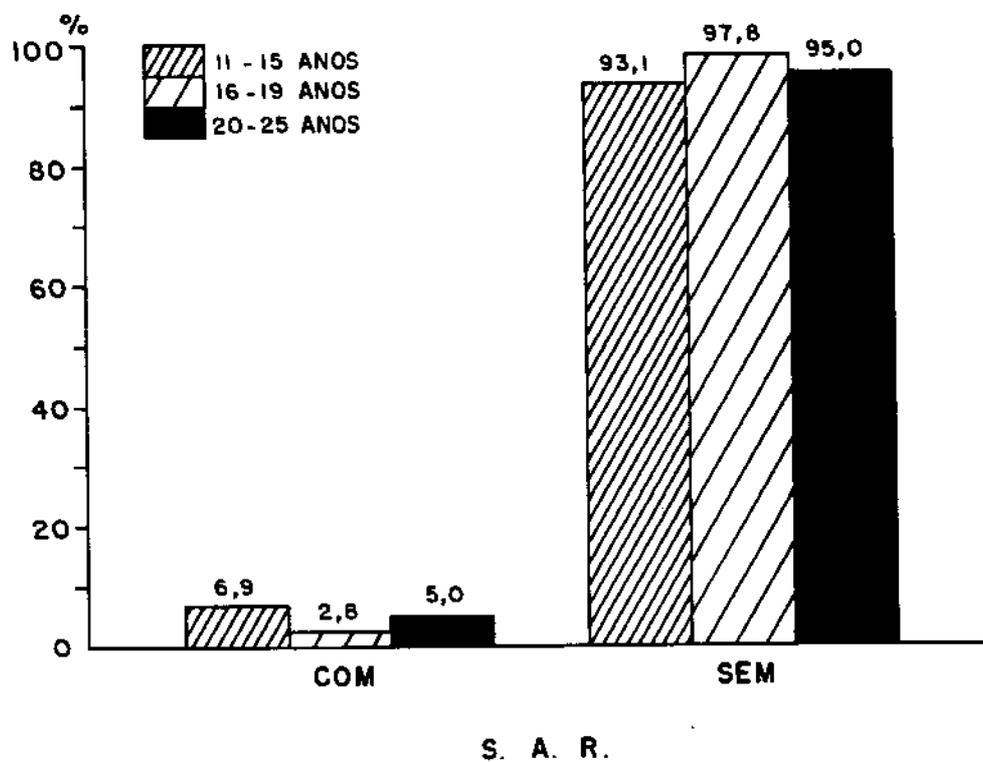
***DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO SÍNDROME DE  
ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA (S.A.R.) E GRUPO ETÁRIO MATERNO***

<b>S.A.R.</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
Com	6,9	2,8	5,0
Sem	93,1	97,8	95,0
(n)	(204)	(320)	(322)

$\chi^2$ (geral)	= 4,8	n.s.
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 4,9	p < 0,03
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 0,8	n.s.
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 2,0	n.s.

## GRÁFICO 14

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO A SÍNDROME DE ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA E GRUPO ETÁRIO



$\chi^2$  (GERAL) = 4,8 n.s.  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 4,9 p < 0,03  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 0,8 n.s.  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 2,0 n.s.

#### 4.15. Distribuição dos recém-nascidos com "outras complicações"

Em relação ao item **outras complicações**, onde estão incluídas as infecções, cefalematomas, malformações, etc., constatou-se maior incidência entre as adolescentes de maneira geral, encontrando-se cerca de três vezes mais recém-nascidos entre as mães adolescentes precoces e não-precoces que entre as adultas (Tabela 15 e Gráfico 15).

Ao se fazer a avaliação estatística, detectaram-se valores significativos quando comparado o grupo de estudo com o grupo-controle das adultas, e valores não-significativos quando comparado o grupo de estudo com o outro grupo-controle, representado pelas adolescentes não-precoces. Pôde-se também notar que houve significância estatística quando comparados os dois grupos-controles (Tabela 15 e Gráfico 15).

**TABELA 15****DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO OUTRAS  
COMPLICAÇÕES E GRUPO ETÁRIO MATERNO**

<b>Outras complicações</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
Com	12,3	12,8	4,7
Sem	87,7	87,2	95,3
(n)	(204)	(320)	(322)

$\chi^2$  (geral) = 14,6 p < 0,0007

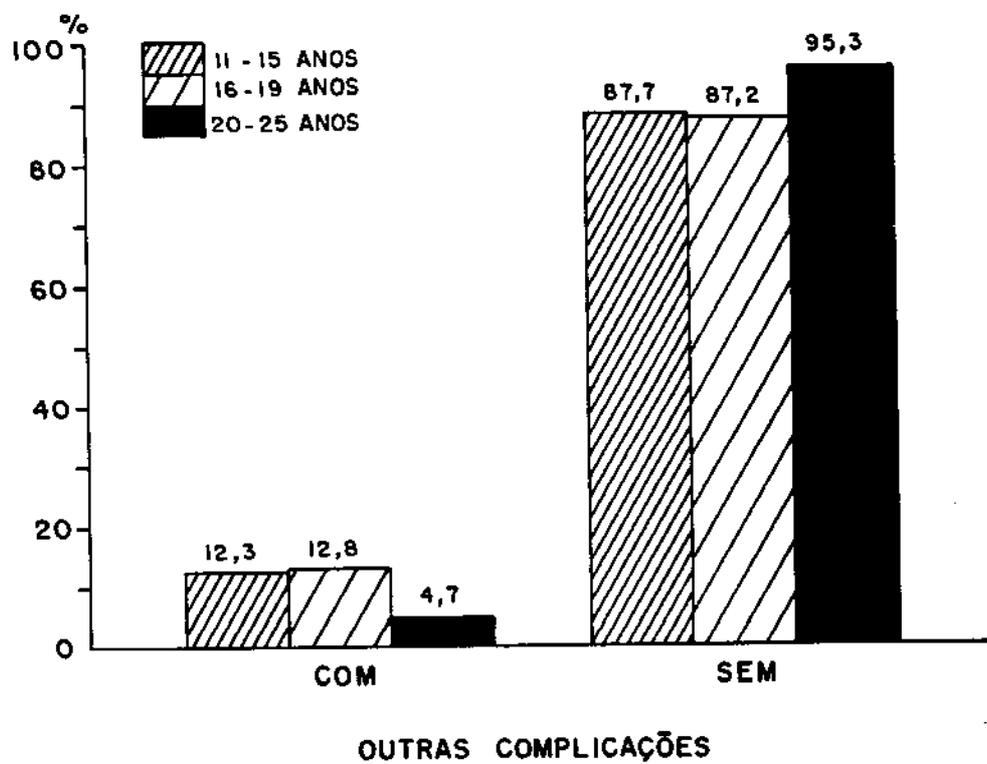
$\chi^2$  (11-15/16-19) = 0,0 n.s.

$\chi^2$  (11-15/20-25) = 10,3 p < 0,002

$\chi^2$  (16-19/20-25) = 13,4 p < 0,0003

## GRÁFICO 15

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO  
OUTRAS COMPLICAÇÕES E GRUPO ETÁRIO



$\chi^2$  (GERAL) = 14,6  $p < 0,0007$

$\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 0,0 n.s.

$\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 10,3  $p < 0,002$

$\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 13,4  $p < 0,0003$

#### 4.16. Distribuição dos recém-nascidos sem complicações

Quando estudada a variável **recém-nascidos sem complicações**, de maneira global, observou-se menor incidência deste fato no grupo das adolescentes precoces que nos demais. A análise estatística mostrou valores significativos quando comparado o grupo das adolescentes precoces com o das adultas e quando comparado ao das adolescentes não-precoces. Detectaram-se, de igual forma, valores não-significativos, estatisticamente, quando comparados os grupos-controles (Tabela 16 e Gráfico 16).

**TABELA 16**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO A APRESENTAÇÃO DE COMPLICAÇÕES E O GRUPO ETÁRIO MATERNO**

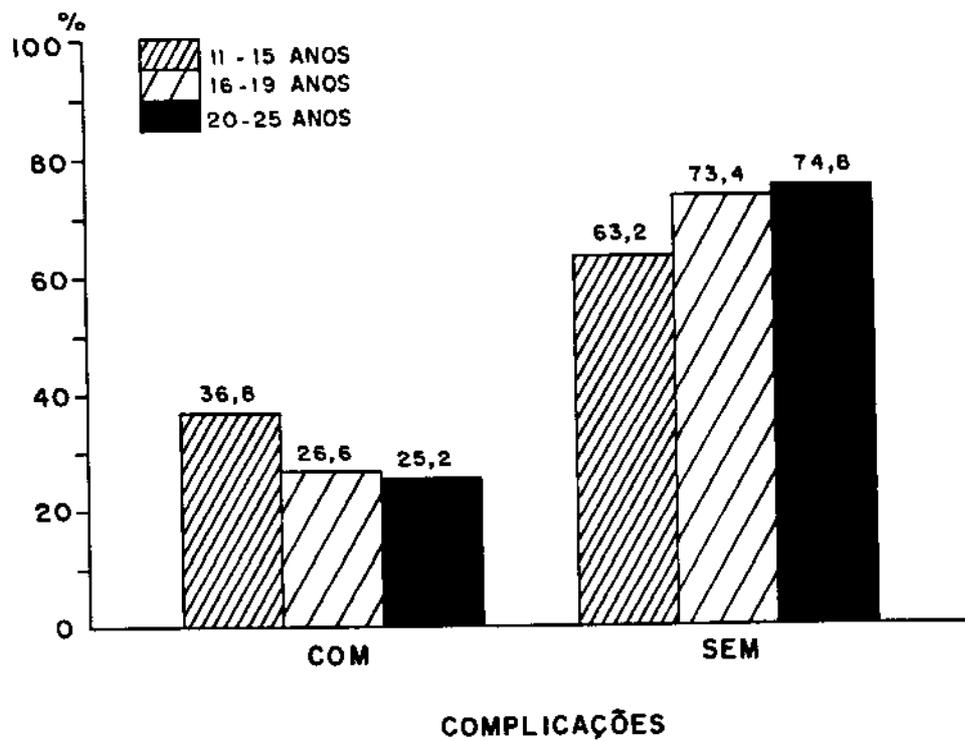
<b>Complicações</b>	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
Com	36,8	26,6	25,2
Sem	63,2	73,4	74,8
(n)	(204)	(320)	(322)

$\chi^2$ (geral)	= 9,2	p < 0,02
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 6,1	p < 0,02
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 8,1	p < 0,005
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 0,2	n.s.

NOTA: Alguns R.N. apresentaram mais que uma complicação

## GRÁFICO 16

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE R.N. SEGUNDO APRESENTAÇÃO DE COMPLICAÇÕES E GRUPO ETÁRIO



$\chi^2$  (GERAL) = 9,2 p < 0,02  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 16 - 19) = 6,1 p < 0,02  
 $\chi^2$  (11 - 15 / 20 - 25) = 8,1 p < 0,005  
 $\chi^2$  (16 - 19 / 20 - 25) = 0,2 n.s.

## **5. DISCUSSÃO**

## 5. DISCUSSÃO

---

**A** gravidez em qualquer idade é um evento biopsicossocial sumamente importante. Em especial nas adolescentes, este fato está comumente acompanhado de situações adversas, que poderiam influenciar, de forma negativa, tanto sobre sua saúde como sobre o bem-estar do seu filho.

Nas sociedades industrializadas, apesar de se reconhecer, há muito tempo, os adolescentes como um grupo da população com características próprias, nos países em desenvolvimento é muito recente esta referência como um "grupo diferente", em transformação, que não está na infância e tampouco integrado à idade adulta.

Do ponto de vista físico, a gestação nas adolescentes pode estar associada a problemas mais graves quanto mais precoce a idade da gestante. Para a redução da importância destas consequências, são necessárias informações, educação,

assessoramento, além de Serviços de Saúde disponíveis e adaptados à população adolescente.

Do ponto de vista emocional, poderia-se mencionar PINHO NETO e cols. (1990), ao referirem ser a mãe adolescente alvo de intensa marginalização social, que, sem dúvida, terá sérias repercussões, a se estenderem, provavelmente, por toda a vida.

Deve-se determinar os problemas mais evidentes para certas sociedades e estabelecer prioridades para tentar resolvê-los, com a criação ou mesmo com a modificação de Serviços apropriados e não deixar de vigiá-los e de avaliar sua eficácia, a fim de diminuir os riscos desta especial população.

Apesar da insistência quanto às necessidades dos adolescentes, os seus problemas, as modificações no sistema de atendimento a estes jovens, por estarem mais expostos aos riscos nos setores relacionados à higiene da reprodução, deve-se lembrar também que, em comparação com as pessoas mais velhas, os adolescentes podem ser mais flexíveis, estarem mais dispostos a aprender e a trocarem informações, e a terem mais fé em um futuro melhor para si e para seus filhos. Todo investimento neste grupo etário pode ter efeitos de grande alcance na prevenção de custosos e devastadores problemas no futuro.

Acreditando em tudo isso e observando que: 1) A literatura onde a gestação na adolescente ora é considerada de alto risco (ALVAREZ & SIEVERS, 1959; BATTAGLIA e cols., 1963; SIQUEIRA & TANAKA, 1986), ora não (SISMONDI e cols., 1984), sugerindo que o termo "alto risco" deva ser revisado e alterado, pelo menos do ponto de vista biológico e obstétrico; 2) Levando-se em consideração afirmações como as de ZACKLER e cols. (1969), referindo uma população crescente de gestações em adolescentes menores de 15 anos, e estudos de BATTAGLIA e cols. (1963); ROMERO e cols. (1983) onde se observou maior frequência de complicações quanto mais jovem a

gestante; resolveu-se fazer um estudo comparativo entre as adolescentes chamadas "precoces", com até 15 anos, todas primíparas, e dois grupos-controles, um representado por gestantes primíparas adultas, com idade entre 20 e 25 anos, e outro composto por adolescentes de 16 a 19 anos, chamadas "não-precoces".

Assim, quanto à primeira variável, **tipo de apresentação**, não foi obtido qualquer diferença significativa ao se comparar o grupo de estudo com os grupos-controles, e, mesmo quando estes dois grupos foram comparados entre si, os resultados foram semelhantes.

BRIQUET (1970) definiu como apresentação a região fetal que ocupa a área do estreito superior e que nela vai se insinuar. As cefálicas fletidas estão presentes em 95,5% das vezes, enquanto as demais apresentações são distribuídas em 3% de pélvicas, 1% de cefálicas defletidas e 0,5% de córmicas, na população geral. O maior índice de cefálicas fletidas está baseado em estudos como a Teoria da Gravitação, de Aristóteles; a Teoria da Acomodação, de Pajot; e ainda a Teoria da Correção, de Kristeller (BRIQUET, 1970).

MATHIAS, NESTAREZ, NEME (1985b) apresentaram maior incidência de defletidas entre as adolescentes de maneira geral e associaram este fato à presença de fetos menores, o que possibilitaria a ocorrência das deflexões. A mesma autora e colaboradores, em outro trabalho (1985c), comparando adolescentes de 18 e 19 anos, concluíram que a apresentação pélvica foi superior à incidência da população geral, com cifras de 7% a 8%; e em outro (1985b), com colaboradores, estudando adolescentes de nove a 15 anos, demonstrou 6,6% de apresentações pélvicas, em concordância com o trabalho de OLIVEIRA JR. e cols. (1989), com 6,27% de apresentações podálicas.

Mesmo se esperando alguma diferença no tipo de apresentação, quando separadas as adolescentes precoces das não-precoces, isto não aconteceu neste trabalho. Com estes resultados concorda COATES (1970), que estudou adolescentes com 14 anos ou menos.

Outros autores, trabalhando com adolescentes de maneira global, também chegaram a resultados semelhantes aos encontrados neste, como: ALVAREZ & SIEVERS (1959); UTIAN (1967); WELLS e cols. (1975); YOUNGS e cols. (1977); VALENTE e cols. (1977); PERKINS e cols. (1978); PINTO E SILVA (1982); SISMONDI e cols. (1984); BOISSELIER e cols. (1985); DARZÉ (1989).

LEPPERT, NAMEROW, HOROWITZ (1985) demonstraram 19,4% de apresentações anômalas entre as adolescentes, contra 9,1% nas adultas; ROMERO e cols. (1983) analisaram as complicações do parto e do puerpério e as associaram com maior frequência de apresentações anômalas nas adolescentes: 7% entre as de 12 e 15 anos; 6% entre as de 16 e 17 anos e 7,3% entre as de 18 e 19 anos; McGANITY e cols. (1969) fizeram referência ao predomínio das apresentações e situações anômalas entre as adolescentes.

Com relação à **duração do período de internação antes do parto**, detectaram-se índices significativos de adolescentes precoces que chegaram ao Serviço em "período expulsivo", em comparação com os dois grupos-controles.

Está também demonstrado, nesse item, que as cesáreas de indicação imediata foram realizadas mais frequentemente entre as adolescentes precoces, provavelmente pelo fato de se dar uma assistência diferente, por receio dos obstetras enfrentarem complicações que porventura ocorram nas adolescentes mais jovens, fazendo os partos cirúrgicos serem indicados mais precocemente.

Não existem referências semelhantes na literatura, quanto a essa variável, para compará-las a esses resultados.

Pertinente à **duração do período de dilatação**, com especial atenção ao trabalho de parto prolongado, mais uma vez surpreende-se este grupo de jovens comportando-se de maneira semelhante ou melhor que os demais. Encontrou-se maior quantidade de pacientes com trabalho de parto prolongado (acima de 12 horas) entre as adolescentes não-precoces.

A literatura é concorde quando refere maior morbidade materna e fetal tanto para os partos muito rápidos quanto para os muito prolongados. Por isso costumamos dizer aos nossos alunos que a Obstetrícia moderna deve ser dinâmica, sem, no entanto, ser iatrogênica. Não é mais cabível, com a facilidade da tecnologia para nos apoiar, o ritmo expectante do passado.

Clássicas são as descrições sobre os períodos do parto, de Friedman\*, quando a dilatação ou primeiro período, numa primípara, demora em média 12 a 14 horas, e subdivide-se em duas fases distintas, a de latência e a fase ativa do parto - ainda subdividida em fase de aceleração, aceleração máxima e de desaceleração, caminhando, então, para o segundo período do parto ou período expulsivo.

BATTAGLIA e cols. (1963) não encontraram diferença significativa quando estudado o tempo de trabalho de parto entre dois grupos de adolescentes. São concordes com esta afirmativa outros autores, como: POLIAKOFF (1958); UTIAN (1967); DUENHOELTER, JIMENEZ, BAUMANN (1975); PERKINS e cols. (1978); SPELLACY, MAHAN, CRUZ (1978); SISMONDI e cols. (1984); CLARKE (1986).

Os trabalhos de CLAMAN & BELL (1964) referiram que cerca de 60% das adolescentes tiveram trabalhos de parto com tempo inferior a 12 horas, com o que

---

\* Friedman. apud PRITCHARD, J.A.; MacDONALD, P.C.; GANT, N.F. - *Fisiologia del parto*. In: PRITCHARD, J.A.; MacDONALD, P.C.; GANT, N.F. - *Williams Obstetrics*. 3.ed. Editora Salvat, 1986, p.253-271.

concordam LEWIS & NASH (1967), comentando que o primeiro estágio foi menor que seis horas, em número três vezes superior entre as adolescentes que entre as adultas.

WELLS e cols. (1975) realizaram estudos com adolescentes em 1961 e 1971 e encontraram cerca de 50% com período de dilatação entre quatro e oito horas, confirmando cifras próximas a 80%, com este período inferior a oito horas, com valores menores que as cifras normais para primíparas em geral. O mesmo aconteceu quando os autores compararam o tempo de período expulsivo. DWYER (1974) somente referiu seis casos de trabalho de parto prolongado com mais de 24 horas de duração, e YOUNGS e cols. (1977) só tiveram 3% na casuística.

HASSAN & FALLS (1964) citaram incidência de 3,15% de partos prolongados entre as adolescentes, contra 1,28% entre as adultas, porém não referiram uniformidade de opiniões quanto ao que significa realmente um trabalho de parto prolongado. Compararam seus estudos com outros da literatura, nos quais, para as primíparas, o tempo limite variou de 30 horas (DODGE & BROWN, 1950; MARCHETTI & MENAKER, 1950; BOCHNER, 1962) para 24 horas (MORRISON, 1953; HOFMEISTER & BURGESS, 1955; POLIAKOFF, 1958; AZNAR & BENNETT, 1961) e até para 20 horas, como CLARK (1962). São concordantes com esta opinião, HUNT (1976); TATELBAUN e cols. (1978).

DODGE & BROWN (1950); ISRAEL & WOUTERSZ (1963); COATES (1970); MATHIAS e cols. (1985d) encontraram maior incidência de trabalho de parto prolongado entre as adolescentes com idade inferior a 15 anos que naquelas de 15 a 21 anos.

BOCHNER (1962) demonstrou incidência de 4% entre as adolescentes de 12 a 16 anos comparada a 0,3% no grupo-controle de adultas de 20 a 29 anos, concordantes com os trabalhos de ROMERO e cols. (1983) e os resultados de AZNAR & BENNETT

(1961), que atribuíram maior frequência de trabalho prolongado entre as jovens menores de 15 anos.

BALLARD & GOLD (1971), nos Estados Unidos, encontraram período de dilatação levemente superior em primíparas adolescentes que em mulheres de mais idade. Afirmaram, contudo, que este período de dilatação em múltiparas precoces é apreciavelmente mais curto que nas múltiparas de maior idade. UBERTI e cols. (1978), comparando adolescentes até 18 anos e adultas com mais de 18 anos, acharam valores significativamente mais altos quanto à duração do trabalho de parto entre as primeiras. A mesma opinião foi observada por PINTO E SILVA (1982), quando lidou com adolescentes em geral. Ao separar somente as primíparas, no entanto, constatou resultado semelhante ao grupo-controle, determinando ser a paridade e não a idade a variável determinante desta diferença.

NESTAREZ e cols. (1985) demonstraram resultados semelhantes aos nossos, com grande incidência de períodos expulsivos entre as adolescentes de até 15 anos. Próximos destes resultados também foram os achados de PERKINS e cols. (1978). Os autores afirmaram que grande parte das adolescentes foram admitidas com cervicodilatação acima de 6cm, sendo muito maior que a incidência no grupo-controle. Isto se deveu, provavelmente, a um relativo ajuste emocional orientado sobre este grupo, e não a uma menor duração do trabalho de parto, visto que não houve diferença significativa nos grupos estudados quanto ao comprimento do primeiro ou segundo estágios do trabalho de parto. Ainda, MOUNANGA, MOUELY, ZINSOU (1985) afirmaram ser impossível avaliar corretamente a duração do trabalho de parto entre as adolescentes precoces, pois costumam chegar ao Hospital com dilatação avançada de 7cm ou 8cm.

ALVAREZ & SIEVERS (1959); AZÓCAR & LEIXELARD (1969) compararam os valores de um grupo de adolescentes com um grupo-controle de adultas e encontraram período de dilatação significativamente menor entre as primíparas precoces. Estes

resultados foram semelhantes aos encontrados por MARCHETTI & MENAKER (1950); HAY & BOYD (1973).

Concordamos com SANTOS e cols. (1979) quando concluíram que a idade por si só não influi no trabalho de parto, mas sim associada a uma série de fatores. Na presente casuística, poderia-se inferir que as altas taxas de períodos expulsivos entre as adolescentes precoces estariam, sem dúvida, relacionadas à falta de Serviços especializados na região estudada; também estariam relacionadas aos fenômenos sociais e econômicos aos quais estão expostas estas jovens, fazendo com que omitam seu estado gravídico até as últimas consequências - dos pais, dos parentes e até das amigas -, levando-as a procurarem a Maternidade somente quando as dores tornam-se insuportáveis. Este fato também poderia estar associado ao tipo de parto em que é observado menor incidência de partos abdominais entre as adolescentes precoces, talvez pelo grande número de períodos expulsivos.

Quanto à **duração do período expulsivo**, observaram-se poucos autores preocupados em descrever sobre o assunto, havendo maior tendência na literatura a se interessar pelo primeiro período do parto. Há, igualmente, uma diversidade conceitual, pois as referências sobre o período expulsivo prolongado variam de 30 minutos até duas horas.

Encontraram-se, no presente trabalho, números significativamente maiores de períodos expulsivos prolongados entre as adolescentes que entre as adultas. Não houve diferença entre os dois grupos de adolescentes.

Entre outras coisas, esse resultado pode estar ligado à má orientação dessas jovens, que, na sua grande maioria, não tiveram um adequado atendimento pré-natal e, portanto, sem a mínima orientação quanto ao comportamento que deveriam ter no trabalho de parto e no período de expulsão fetal. Poderia-se, aliás, supor que a duração da expulsão

estaria vinculada à razão das adolescentes possuírem musculatura abdominal e perineal menos desenvolvida para o parto. Não cremos, porém, que esta justificativa seja válida para todas as adolescentes. Nossos resultados estão de acordo com os de MÚSSIO (1962); AZÓCAR & LEIXELARD (1969); PINTO E SILVA (1982). DUENHOELTER e cols. (1975) citaram números semelhantes quanto à duração da expulsão fetal, tanto no grupo de estudo como no de controle.

Na quinta variável estudada, **tipo de parto**, encontrou-se maior número de abdominais entre as gestantes adultas, enquanto esteve em cifras semelhantes quando comparados os dois grupos de adolescentes. Estes resultados são consonantes aos dos trabalhos de MATHIAS e cols. (1981), que afirmaram não ser a desproporção cefalopélvica a causa mais importante de distocia no seu material, além de outros autores (LEWIS & NASH, 1967; SARREL & KLERMAN, 1969; BRIGGS, HERREN, THOMPSON, 1962; DWYER, 1974; DUENHOELTER e cols., 1975; YOUNGS e cols., 1977; BREMBERG, 1977; PERKINS e cols., 1978; RYAN JR. & SCHNEIDER, 1978; BERIC, BREGUN, BUJAS, 1978; LEPPERT e cols., 1985; BOISSELIER e cols., 1985).

ALVAREZ & SIEVERS (1959) relataram experiência realizada na Maternidade del Salvador (Chile), com 89,9% de partos espontâneos entre as adolescentes até 16 anos.

ISRAEL & WOUTERSZ (1963); COATES (1970); VALENTE e cols. (1977); UBERTI e cols. (1978); HUTCHINS JR., KENDALL, RUBINO (1979); PINTO E SILVA (1982); SISMONDI e cols. (1984), estudando grupos de adolescentes e comparando-os com outros de adultas, não encontraram diferenças significativas quanto à via de parto, exceto nas adolescentes muito jovens, segundo SISMONDI e cols. (1984), mas não referiram resultados estatísticos.

SANTOS e cols. (1979) relataram incidência da via abdominal de 2,31% entre as adolescentes estudadas. Este baixo número, todavia, pode ser justificado porque os

autores trabalhavam com adolescentes múltiparas também. Os números encontrados nos trabalhos de RUBIO e cols. (1981) foram similares. Demonstraram que o índice de operações cesarianas entre as adolescentes, apesar da alta percentagem de patologias associadas, está abaixo dos índices observados entre as gestantes adultas de alto risco. MOUNANGA e cols. (1985) citaram 9,27% de partos abdominais, contra 90,73% de vaginais entre as adolescentes. OLIVEIRA JR. e cols. (1989) encontraram 26,83% de cesáreas, 24,39% de fórceps e 48,78% de partos normais, o que também vem ao encontro dos nossos resultados.

ALEGRIA, SHOR, SIQUEIRA (1989) discordaram dos nossos estudos quando afirmaram ter encontrado em suas casuísticas, nas adolescentes, índices de fórceps e cesáreas de respectivamente 25,7% e 22,9%, quando comparados aos 14,7% e 19,7% nas adultas. A mesma afirmação foi referida por DURA-TRAVE, BENAVENT, VILAPLANA (1989), com 21,1% de cesáreas entre adolescentes precoces, 16,8% nas não-precoces e 14,8% entre as adultas, com diferença estatisticamente significativa.

DARZÉ (1989) citou, em estudo de adolescentes, que o índice da via abdominal foi maior (8,4%) entre as gestantes adultas que entre as jovens até 16 anos (5,9%), com diferença significativa.

Em nosso meio, observaram-se os resultados de BRUNO e cols. (1991), onde a via abdominal foi utilizada somente em 15,6% das adolescentes.

Concluiu-se, com os resultados obtidos, que, não obstante as adolescentes precoces realizarem menos acompanhamento pré-natal, apresentarem problemas sociais associados, como estado civil, falta de orientação familiar e do parceiro, como já demonstrado (MAIA FILHO, 1989), apresentaram índices menores de partos por via abdominal que as adultas.

Referente às **indicações dos fórceps**, considera-se, no nosso Departamento, certa diferença entre fórceps de alívio e o fórceps realizado para abreviação do período expulsivo. No primeiro, a apresentação encontra-se em OP e no plano +3 de De Lee; no segundo, a rotação por algum motivo não se completa, permanecendo o occipício voltado para os pontos de referência anteriores da bacia.

Como trabalhou-se somente com primíparas, foi observado maior índice de aplicações de fórceps entre as adolescentes que entre as adultas, como também observado na literatura, em trabalhos de ISRAEL & WOUTERSZ (1963); AUSIN e cols. (1975); VALENTE e cols. (1977); MATHIAS e cols. (1980). Não são concordes com estas afirmativas os trabalhos de MADI, CHIARADIA, LUNARDI (1986), onde o fórceps foi utilizado somente em 4,35% das adolescentes.

UBERTI e cols. (1978) citaram 6,75% de fórceps entre as adolescentes e 3,44% entre as adultas, sem especificar as indicações. Quanto aos trabalhos de MÚSSIO (1962), com adolescentes de até 14 anos, só utilizou o fórceps como alívio.

PINTO E SILVA (1982) citou indicações semelhantes de fórceps entre as adolescentes e as adultas, ou seja, igual proporção de fórceps de alívio e fórceps para corrigir distocias.

MATHIAS e cols. (1985d) encontraram percentuais muito maiores de fórceps por "abreviação de período expulsivo", por ser norma do Serviço este tipo de assistência em primigestas, o que concorda plenamente com nossos resultados.

Estranha-se a diferença dos resultados de MATHIAS e cols. (1985c), com relação aos números achados por distocia de rotação, onde em primíparas de 18 anos

encontraram 11,4%. Neste presente trabalho foi encontrado 2% para as adolescentes precoces, 4,1% para as não-precoces e 3,1% para as adultas.

Um menor número de distocias de rotação para as adolescentes precoces, neste trabalho, também deve estar associado a maior percentagem de períodos expulsivos entre estas jovens.

OLIVEIRA JR. e cols. (1989) indicaram o uso do fórceps em 24,39% das adolescentes com menos de 16 anos. Destes, 78,57% foram para abreviar o período expulsivo e 21,43% para corrigir as distocias de rotação.

Percebe-se, pela avaliação da literatura, que não existe uma preocupação maior com relação às indicações dos fórceps como existe com relação às cesáreas, talvez porque não seja conduta a sua aplicação em todos os Serviços.

Quanto às **indicações das cesáreas**, pode-se afirmar que foram as mais variadas - algumas concordantes, outras discordantes da literatura.

Recordando-se parte da discussão referida, convém lembrar que a via abdominal de parto foi menos utilizada entre as adolescentes precoces que entre as não-precoces e as gestantes adultas, e estas com diferenças significativas.

Autores como ISRAEL & WOUTERSZ (1963); SARREL & KLERMAN (1969); DOTT & FORT (1976); HUNT (1976); McANARNEY (1978); BOISSELIER e cols. (1985); LEPPERT e cols. (1985); ADEDOYIN & ADETORO (1989); CANTUÁRIA & CANTUÁRIA (1990) afirmaram que, para as adolescentes, é esperado encontrar bacias

pélvicas menores, com as consequências devidas, elevando-se significativamente o número de cesáreas.

BATTAGLIA e cols. (1963) referiram maior número de pélvis diminuída entre as adolescentes com idade inferior a 15 anos (30,3%) que entre as de 15 a 19 anos (22,7%); ZACKLER e cols. (1969) confirmaram estes achados, estudando adolescentes de 15 anos ou menos, e encontraram 1,3% de desproporção entre as mães de 15 anos, 4,2% entre as de 14 anos e índices maiores entre as mães de 13, 12 e 11 anos; ROMERO e cols. (1983) encontraram desproporção fetopélvica mais frequentemente entre as adolescentes com idade inferior a 16 anos e diferença significativa com as de 18 e 19 anos.

LEE & WALTER (1983) não encontraram diferenças nas taxas de cesáreas das adolescentes, mas consideraram a desproporção cefalopélvica importante nesta fase.

FORBES (1981) estudou muito a massa muscular corporal, assim como o tamanho do córtex ósseo, o diâmetro biiliaco e sua relação biológica com a idade, encontrando resultados afirmativos de que estas características corporais atingem o máximo um ano após a menarca; portanto, considerou duvidosa a afirmativa de que existe maior índice de cesáreas entre as adolescentes, decorrentes das causas ósseas. MOERMAN (1982) estudou o crescimento do canal de parto nas adolescentes e concluiu que, após o mesmo tempo de menarca, as adolescentes com menarca precoce tinham pélvis menores que as com menarca tardia e que estes dados poderiam ter significado nos resultados e riscos possíveis quando as jovens engravidassem.

Autores como UTIAN (1967); DUENHOELTER e cols. (1975); UBERTI e cols. (1978); COSTA (1982); PINTO E SILVA (1982); HORON, STROBINO, Mac DONALD (1983); McANARNEY & HENDEE (1989) não encontraram diferenças significativas entre os grupos de estudo e controle quanto à desproporção cefalopélvica.

Revisada a literatura, nota-se que não há distinção entre vício pélvico e desproporção cefalopélvica, havendo verdadeira mistura nos resultados; acaba-se não sabendo se as cesáreas nestas jovens são realizadas por imaturidade óssea ou porque os conceitos são grandes. Nosso trabalho evidencia bem esta diferença, mostrando percentagem maior de cesáreas por vícios pélvicos entre as adolescentes precoces, com diferença significativa quando comparadas às adultas. Ao se destacar a indicação por desproporção, entretanto, os resultados foram semelhantes entre o grupo de estudo e os grupos-controles.

Com relação à indicação das cesáreas entre as adolescentes devida à doença hipertensiva, observou-se que a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) obteve destaque semelhante como indicativo de partos operatórios nos três grupos, sem qualquer diferença estatística. No que se refere à DHEG grave, ou seja, a eclâmpsia, mais habitual entre as adolescentes precoces (MAIA FILHO, 1989), aí sim houve diferenças importantes, com maior índice de cesáreas por tal indicação entre as adolescentes.

A eclâmpsia foi a causa em 13,3% das operações cesarianas, segundo BRUNO e cols. (1991), com índices maiores que trabalho de parto prolongado, desproporção e outras indicações.

RUBIO e cols. (1981) referiram a eclâmpsia com 4,22% das indicações de cesáreas. MATHIAS e cols. (1985b) encontraram 18,1% das indicações de cesáreas por eclâmpsia entre primigestas de nove a 15 anos, superando as indicações por apresentação anômala, vício pélvico e distocia funcional.

Autores como MATHIAS e cols. (1980); PINTO E SILVA (1982); MATHIAS e cols. (1985a) relataram como causa príncipe na indicação da via alta o sofrimento fetal, discordando dos resultados de HAY & BOYD (1973); CATALAN, ITURRA, LOPEZ (1983) e destes resultados, onde não foi possível identificar-se diferença significativa na

indicação por sofrimento fetal entre os grupos estudados. É possível que haja esta diferença porque os casos de cesáreas foram separados por DHEG e por eclâmpsia, indicações estas que, com certeza, justificariam a maior parte dos sofrimentos fetais descritos por tais autores.

A distocia funcional como causa das cesáreas encontra-se pouco pesquisada na literatura correlata, somente sendo relatada por MATHIAS e cols. (1980), com 11,1%, diferente das adultas, com 5,9%.

Neste estudo, tal indicação só obteve diferença estatística quando comparadas as adolescentes precoces com as adultas, mostrando exatamente o contrário, ou seja, maior proporção de distocias funcionais como causa de cesárea entre as adultas.

Em outras indicações de cesáreas entram diversas causas, como hemorragias, apresentações anômalas, sofrimento fetal agudo (exceto aqueles que ocorreram pelas causas discutidas acima). Aqui notou-se diferença significativa quando comparadas as adolescentes precoces com as adultas, onde foi maior o número destas indicações.

Atinente às **complicações maternas do parto e do puerpério imediato**, separaram-se principalmente os traumas do canal de parto, as deiscências das cicatrizes, tanto das cesáreas como das episiorrafias, e finalmente as complicações hemorrágicas, representadas pelos quadros atônicos e por restos placentários. Observou-se frequência relativamente baixa e sem diferença significativa destas complicações, por se tratar exclusivamente com primíparas e em Hospital-Escola. São concordantes com estes resultados os trabalhos de MARCHETTI & MENAKER (1950); WELLS e cols. (1975); DOTT & FORT (1976); ROMERO e cols. (1983); SISMONDI e cols. (1984).

PINTO E SILVA (1982) referiu que em 65,6% das adolescentes foi praticado algum tipo de operação complementar; quando excluídas as episiotomias (praticamente obrigatórias em primíparas), este número caiu para 14,5%, contra 11,4% no grupo-controle, deixando de ter significado estatístico.

OLIVEIRA JR. e cols. (1989) descreveram as complicações hemorrágicas e os traumas do canal de parto como "sangramento", ocupando o primeiro destaque nas complicações do parto e puerpério, com 44,74% delas.

MATHIAS e cols. (1981) encontraram a infecção como principal causa de complicação puerperal e associaram-na à falta de higiene, conseqüente à falta de pré-natal nas adolescentes.

CATALAN e cols. (1983) preocuparam-se mais com o estado nutritivo das adolescentes, citando que estas apresentaram maior enfraquecimento e obesidade ao mesmo tempo que tiveram maior frequência de hematócritos baixos. Concordaram com estes dados MOLINA e cols. (1988), que classificaram o peso menor que 50kg e o estado enfraquecido no início do pré-natal, por medida da massa muscular braquial, como fatores de risco para o parto e o puerpério.

HAY & BOYD (1973) descreveram que, apesar das hemorragias anteparto apresentarem-se em menor número nas adolescentes, os sangramentos pós-parto foram mais comuns (12,8%) que nas adultas (9,3%). A anemia severa também esteve presente como complicação do parto e puerpério nas publicações de WHO (1965); WIDHOLM (1971); JOHNSON (1974); NORTMAN (1974); REICHELDT & WERLEY (1975); WHO (1975).

Em nosso meio os números mais expressivos são os de VALENTE e cols. (1977), que demonstraram 22,77% de traumas do canal da parturição e associaram o fato à imaturidade do canal pelve-genital nas adolescentes. Outras complicações encontradas pelos autores foram deiscência e infecção das cicatrizes (8,29%), síndromes hemorrágicas (1,18%) e outras.

ALVAREZ & SIEVERS (1959) referiram que as retenções placentárias, assim como os restos placentários, foram mais frequentes entre as adultas, e que as demais complicações puerperais foram em valores semelhantes, sem significado estatístico.

Há autores como RUBIO e cols. (1981) que associaram o risco de complicações ao tipo de parto, referindo resultados significativos quando o parto foi resolvido por via abdominal.

HASSAN & FALLS (1964) confirmaram os resultados de BRIGGS e cols. (1962), que encontraram grande número de lacerações genitais intraparto e associaram estes dados ao grande número de fórceps médios realizados nos Serviços.

Trabalhos de ALEGRIA e cols. (1989) demonstraram que as adolescentes tiveram maior número de complicações no parto (12,9% x 8,2%) e no puerpério (17,1% x 10,4%) que as gestantes adultas, porém, em algumas variáveis, os resultados foram contrários, como a anemia pós-parto, mais encontrada nas adultas.

DURA-TRAVE e cols. (1989) verificaram menos traumatismos maternos entre as adolescentes que entre as adultas.

Houve maior incidência de endometrites puerperais entre as adolescentes (17,4%) que entre as adultas negras (3,8%) e as adultas brancas (6,5%), com diferença significativa, segundo trabalhos de SPELLACY e cols. (1978). Estes dados são concordes com os de COATES (1970).

BERENSON e cols. (1990) relataram que as adolescentes apresentaram maior incidência de infecção (23%) que as adultas (11%), e que essas endometrites estão diretamente ligadas ao fato das adolescentes apresentarem aspirados endometriais com altas taxas de *Chlamydia trachomatis* e *Gardnerella vaginalis*. Alertaram para a importância do diagnóstico anteparto destes microorganismos nas adolescentes, para se evitar a endometrite pós-parto.

A maior parte da literatura descreve as complicações do parto e puerpério, mas sem compará-las com grupos-controles, outras sem separar as adolescentes precoces das não-precoces e, ainda, as adolescentes primíparas das não-primíparas, o que muda completamente os resultados. Esta separação realizada neste estudo, portanto, torna mais interessante seus resultados.

Com relação ao **índice de Apgar**, pôde-se observar maior incidência de recém-nascidos deprimidos (Apgar 1 a 6) ao primeiro minuto, entre as adolescentes com idade inferior a 15 anos. O mesmo resultado não foi observado quando comparados os grupos-controles e quando estudado o índice ao quinto minuto, onde todas as comparações mostraram-se sem diferença estatística.

MATHIAS e cols. (1985c), estudando dois grupos de adolescentes com 18 e 19 anos, encontraram alta percentagem de deprimidos nos dois grupos (11,4% e 18,3%) ao primeiro minuto, e, ao final do quinto minuto, esta diferença foi bem menor. A mesma autora, em trabalho realizado com adolescentes menores de 15 anos, encontrou 31,5% de Apgar menor que 6 ao primeiro minuto e 4,7% ao quinto.

SHERLINE & DAVIDSON (1978); McANARNEY (1978); PERKINS e cols. (1978); PINTO E SILVA (1982); SISMONDI e cols. (1984), comparando os resultados de adolescentes com adultas, não encontraram diferença significativa quanto ao índice de Apgar.

Num estudo realizado com adolescentes entre 15 e 17 anos na Nigéria, por ADEDOYIN & ADETORO (1989), mostrou-se semelhança quanto ao índice de Apgar quando comparadas às adultas de 24 a 30 anos. Os autores, no entanto, não separaram por paridade e também excluíram as adolescentes precoces.

YOUNGS e cols. (1977) obtiveram 15% de recém-nascidos de mães até 17 anos com Apgar inferior a 7 ao primeiro minuto e só 3% ao quinto minuto.

É visível, na literatura, que as observações das condições de nascimento dos filhos de adolescentes, assim como de adultas, têm sido medidas de maneira genérica, sem separação por faixa etária e simplesmente ressaltando uma melhora no desempenho dos produtos conceptuais após o quinto minuto (DWYER, 1974; YOUNGS e cols., 1977; MATHIAS e cols., 1980).

São concordantes com os nossos resultados os trabalhos de AUSIN e cols. (1975); ROMERO e cols. (1983). Os autores dividiram as adolescentes por faixa etária e observaram Apgar menor quanto mais precoce a idade da mãe, contudo sem diferença estatística significativa. Seguem esta mesma filosofia CATALAN e cols. (1983); CORREY e cols. (1984).

RUBIO e cols.(1981), estudando adolescentes de 16 anos ou menos, encontraram índices de recém-nascidos deprimidos, ao primeiro minuto, maior que a média do Serviço.

SLAP & SCHWARTZ (1989), em recém-nascidos de mães adolescentes, com menos de 2.500g e com mais de 2.500g, não conseguiram demonstrar diferença significativa quanto ao índice de Apgar ao quinto minuto.

Sugere-se, portanto, após esses resultados estatisticamente significativos e após as considerações acima, que é realmente importante a paridade e a precocidade etária das mães, atinente às condições de nascimento dos seus filhos, tomando-se por base o índice de Apgar ao primeiro minuto.

É possível inferir, através dos dados encontrados, que as adolescentes precoces, chegando tardiamente ao Hospital, além de terem maiores taxas de indicações imediatas de cesáreas na internação, justificaria, mesmo que parcialmente, os baixos índices de Apgar ao nascer.

As variáveis seguintes são o **peso fetal ao nascer e a idade desses recém-nascidos**, que, ao serem estudadas, se confundem, impedindo uma boa explanação sobre um item sem esbarrar no outro, havendo, inclusive, uma área de interseção entre eles, quando se abrange os chamados "pequenos para a idade gestacional". Assim sendo, resolveu-se discutir, conjuntamente, o peso e a idade fetal, bem como a relação entre as duas variáveis.

A idade gestacional, em semanas, adquirida através da regra de Nagele, em nosso meio, é extremamente falha, resultante de informações errôneas das pacientes quanto à data da última menstruação e das confusões feitas pelas mesmas a partir de outros tipos de sangramento (PINTO E SILVA e cols. 1976; COSTA, 1982). Por isso, foram desenvolvidos métodos que, através de avaliações clínicas e neurológicas, permitem chegar-se à idade gestacional mais aproximada com menor índice de erro (CAPURRO, 1973).

O método Capurro de avaliação de idade fetal foi o utilizado neste trabalho pelo Serviço de Neonatologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

Na literatura, há diversidade de informações quando trata da prematuridade, provavelmente pela interferência dos fatores socioeconômicos, culturais, hábitos, profissão, etc. ou mesmo pelo critério na seleção dos grupos a serem estudados.

CURBELLO (1975) considerou a relação peso e idade com maior precisão para a avaliação do risco de morte numa população neonatal.

Trabalhos realizados com filhos de adolescentes mostraram alta incidência de prematuridade e de baixo peso ao nascer, e tiveram maiores índices de mortalidade que entre as crianças de mães mais idosas ( MARINOFF & SCHONHOLZ, 1972; RAUH, JOHNSON, BURKET, 1973; JOHNSON, 1974; AKHTER, 1974; ANDREWS, 1975; MASSÉ & DESCHAMPS, 1975; STICKLE, 1975; EFIONG & BANJOKO, 1975; CHAKRABORTY, ROY, DAS, 1975; LAWRENCE & MERRITT, 1981; McANARNEY & HENDEE, 1989; HECHTMAN, 1989; DURA-TRAVE e cols., 1989; COVINGTON e cols., 1990).

O baixo peso ao nascer é supostamente a mais importante causa de mortalidade neonatal e infantil na América Latina, de acordo com o Comitê Interamericano de Investigação de Mortalidade Infantil, da Organização Panamericana de Saúde. Estudos de NORTMAN (1974), PUFFER & SERRANO (1976) mostraram estatísticas americanas confirmando maior mortalidade em crianças de mães adolescentes.

A associação de baixo peso ao nascer e prematuridade com infecção sintomática do trato urinário foi bem documentada por ELDER e cols. (1971); SEVER, ELLENBERG, EDMONDS (1977); LINN e cols. (1982); SEXTON & HEBEL (1984). Hoje em dia já se

preocupa quando a grávida apresenta uma simples bacteriúria assintomática. O Comitê de Estudos de Prevenção do Baixo Peso, de Washington (1985), registrou que *Mycoplasma genital*, *Chlamydia trachomatis* e infecções bacterianas têm sido associadas com inflamação placentária, rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro e, conseqüentemente a isso tudo, maior índice de recém-nascidos de baixo peso.

Existem ainda, na literatura, textos associando o baixo peso ao nascer, dos filhos de adolescentes precoces, com maiores índices de malformações e deficiências físicas e mentais, como epilepsia, retardo mental, cegueira e surdez (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1965; NORTMAN, 1974; REICHEL & WERLEY, 1975; KALTREIDER & JOHNSON, 1976).

CABRERA (1980) propôs programas de planejamento familiar principalmente entre as adolescentes precoces e as grandes múltiparas, pois nesses casos a mortalidade neonatal seria maior. A favor de Serviços especializados também são as referências de MATHIAS e cols. (1980), quando demonstraram menor número de recém-nascidos de baixo peso e prematuros nas adolescentes com pré-natal adequado. COVINGTON e cols. (1990), todavia, afirmaram que os programas de prevenção de prematuridade, com resultados brilhantes na população em geral, apenas provocam discreto impacto na redução dos recém-nascidos de baixo peso, quando aplicados em mães adolescentes.

WALLACE (1965) afirmou haver altas taxas de prematuridade entre recém-nascidos de adolescentes até 15 anos, com considerável índice de mortalidade; referiu ainda que o baixo peso entre os filhos de mães abaixo de 17 anos é duas vezes maior que os de mães entre 25 e 29 anos.

Encontraram-se, neste trabalho, índices estatisticamente significativos de recém-nascidos com peso inferior a 2.500g entre as adolescentes de 11 a 15 anos,

quando comparadas às adultas, assim como foi maior o número de prematuros com menos de 36 semanas. Observou-se, da mesma forma, significância na relação peso/idade, demonstrando maior frequência de crianças pequenas para a idade gestacional. Nossos resultados são compatíveis com os de MARCHETTI & MENAKER (1950); CLAMAN & BELL (1964); LEWIS & NASH (1967); WELLS e cols. (1975); PERKINS e cols. (1978); McANARNEY (1978); SPELLACY e cols. (1978); CATALAN e cols. (1983); SISMONDI e cols. (1984); NESTAREZ e cols. (1985); MATHIAS e cols. (1985d); WALCHER & PETRU (1989).

Recentes estudos mostraram que a idade só não resulta em altas taxas de complicações perinatais, salvo para o baixo peso dos fetos (ZUCKERMAN e cols., 1983; HORON e cols., 1983). Um nível nutricional deficiente pré-gravídico e gestacional das mães talvez seja o fator preponderante para determinar a qualidade da gravidez. ADEDOYIN & ADETORO (1989) complementaram afirmando que as adolescentes são geralmente solteiras, com baixo nível educacional e pobres, e que seus filhos são significativamente mais leves que os de o grupo-controle, devido à nutrição deficitária destas mães; mesmo separando-as por paridade, o número de recém-nascidos de baixo peso continua significativo.

Essa opinião é confirmada pelos estudos de NAEYE, BERIRSCHKE, HAGSTROM (1966); STEIN, SUSSER, SAENGER (1975); NAEYE (1981), com referência de competição materno-fetal em adolescentes de dez a 16 anos, por nutrientes, o que levaria a um crescimento fetal mais lento. Os autores reiteraram que, se a mãe for obesa, isto é, tiver um armazenamento pré-gestacional, haverá menor competição, o que pouparia o feto de tal deficiência.

HEDIGER e cols. (1989) afirmaram que o ganho de peso inadequado na adolescente grávida, até a 24<sup>a</sup> semana, está associado ao aumento no risco de recém-nascidos de baixo peso. Noutro trabalho, os mesmos autores (1990) referiram que

o ganho de peso das adolescentes não é significativamente diferente das adultas, mas a velocidade deste ganho é maior no começo da gestação.

SCHOLL e cols. (1987), em estudo prospectivo de 757 gestações em adolescentes, mostraram que, as que tiveram adequado cuidado pré-natal, apresentaram diminuição no risco de baixo ganho de peso materno e partos prematuros quando comparadas àquelas malcuidadas na gestação.

PINTO E SILVA (1982) encontrou incidência maior de recém-nascidos de baixo peso entre as adolescentes de maneira geral, separando somente as primíparas, entretanto esta diferença deixou de ser significativa.

SWEENEY (1989) estudou o baixo peso em primeiro e em segundo filho de mães adolescentes e, contrariamente ao previsto, a média de peso foi significativamente menor para o primeiro nascimento que para o segundo, mesmo tendo notado cuidados de pré-natal mais precoces na primeira gestação. Concluiu que a taxa de mortalidade perinatal e infantil, para os primeiros nascimentos, foi o dobro das taxas dos segundos. Não foram também significativas as diferenças relativas à relação peso/idade em trabalhos de COATES (1970); DUENHOELTER e cols. (1975); SHERLINE & DAVIDSON (1978); UBERTI e cols. (1978); HORON e cols. (1983); ROMERO e cols. (1983); LEPPERT e cols. (1985); CANTUÁRIA & CANTUÁRIA (1990).

POLIAKOFF (1958); CLARKE (1986), estudando adolescentes precoces brancas e negras, mostraram percentagens maiores de baixos pesos e de prematuros entre as negras que entre as brancas, o que confirmou outros fatores concorrentes ao aumento destas variáveis, além da idade e da paridade.

UTIAN (1967) publicou trabalho com 13% de prematuridade no grupo de estudo contra 6% no grupo-controle.

HAY & BOYD (1973), estudando adolescentes precoces na Jamaica, referiram que as taxas de prematuros são muito maiores entre elas e que são responsáveis pelo aumento das taxas de mortalidade infantil.

Em recente estudo de DARZÉ (1989), em nosso meio, referiu-se que os recém-natos de mães jovens têm peso menor (estatisticamente significativo), ainda que a incidência de prematuridade não seja estatisticamente significativa.

BLAKE & LEE (1990), em estudo específico com gestações gemelares em adolescentes, negou diferença significativa tanto para recém-nascidos de baixo peso quanto para prematuros, quando comparados aos gêmeos de mães adultas.

Diversos fatores poderiam estar influenciando os resultados deste trabalho, para justificar maior índice de prematuros entre as adolescentes, principalmente as precoces. Entre outros, assistência pré-natal inadequada; falta de apoio familiar e do parceiro; problemas culturais como medo, vergonha, sensação de se sentir estranha entre gestantes adultas; má orientação quanto ao exato momento de se dirigir à Maternidade (maior taxa de período expulsivo) e patologias da gestação, com incidência inversamente proporcional a uma boa assistência pré-natal. Afasta-se o fator paridade, uma vez que só se trabalhou com primíparas.

Com relação à **morbidade do recém-nascido**, procurou-se discorrer detalhadamente sobre as patologias mais encontradas e que, conseqüentemente, poderiam trazer alterações mais comuns aos produtos conceptuais das mães estudadas.

Sabe-se, através da literatura, que dependem dos estados mórbidos neonatais e até perinatais as taxas de mortalidade nesta faixa etária. Não podemos, porém, nos esquecer dos fatores socioeconômicos que envolvem e agridem nossa população, de baixíssima renda, assim como dos fatores culturais e educacionais que tornam precárias as condições de vida dessas mães.

Apesar disso, este trabalho não pôde estudar a mortalidade neonatal, por não contarmos com Serviço adequado de verificação de óbitos no Hospital-Escola.

A icterícia esteve mais presente significativamente entre os recém-nascidos de adolescentes precoces que nos grupos-controles, o que já era esperado, uma vez que houve índices maiores de prematuridade e de recém-nascidos de baixo peso. Por este mesmo motivo, encontraram-se mais neonatos com síndrome de angústia respiratória entre as adolescentes precoces. Em outras complicações estão incluídas aquelas de menor vulto, pela constância de aparecimento, como hipoglicemias, infecções diversas, malformações, etc..

MATHIAS e cols. (1985d), de acordo com esses resultados, mostraram a icterícia como a mais rotineira complicação neonatal. Citaram não haver diferença quanto a esta variável nos grupos com pré-natal adequado ou não. A mesma autora, em outro trabalho realizado com adolescentes de nove a 15 anos, manteve seu parecer a respeito da icterícia como a complicação mais habitual nos recém-nascidos de mães adolescentes.

WELLS e cols.(1975) concluíram que, mesmo levando-se em consideração o problema da prematuridade, a incidência de patologias neonatais é baixa e representada por cefalematomas, conjuntivites, angústia respiratória, icterícia e outros. Todavia, não houve estudo estatístico destas variáveis.

Consideramos relevantes os trabalhos de ROMERO e cols. (1983) quando essas complicações foram estudadas separando-se as mães por grupos etários e referindo especialmente as malformações, as dificuldades respiratórias, infecções oculares e traumatismos, sendo que nos três primeiros itens houve uma preferência de aparecimento entre as adolescentes mais jovens, mas sem diferença significativa.

Para ALVAREZ & SIEVERS (1959); PINTO E SILVA (1982), não houve diferença significativa quando comparadas as complicações dos recém-nascidos de mães adolescentes com os de adultas. Concluiu, PINTO E SILVA, após análise global de seu trabalho, que não existe entre os filhos de mães adolescentes qualquer tendência particular que os diferencie dos filhos de mulheres da faixa etária compreendida entre 20 e 29 anos. Concordaram com este mesmo parecer DUENHOELTER e cols. (1975), que estudaram adolescentes precoces e gestantes adultas, tendo encontrado cifras semelhantes de complicações neonatais em ambos os grupos.

BREMBERG (1977) afirmou que, devido ao maior índice de prematuridade, as alterações respiratórias foram as mais encontradas em filhos de mães adolescentes.

As malformações fetais foram inseridas em "outras complicações", sem exaltá-las, porque nem sempre são detectadas ao nascer ou mesmo durante a internação do concepto. Haveria, então, necessidade de se rever estas crianças, fato difícil na região em que se realizou o trabalho, além de fugir ao objetivo deste estudo.

O termo malformações presta-se não só às alterações anatômicas visíveis ao nascer, como também às não-visíveis. Houve autores, como TANTUM (1961), que consideraram as anomalias congênitas como qualquer alteração bioquímica detectada ao nascimento. Outras variáveis interferem direta ou indiretamente sobre a incidência, como a época de aparecimento, o conhecimento e a atenção do neonatologista para tais eventos, a

existência de esquemas de plantões nos berçários, com mudança diária dos observadores do recém-nascido, e a utilização da tecnologia para diagnósticos mais precisos.

Provavelmente por essas inúmeras variações, a literatura não é muito clara quando discorre sobre o assunto. A maioria das referências insiste em não haver diferença significativa entre os grupos estudados (BATTAGLIA e cols., 1963; HASSAN & FALLS, 1964; COATES, 1970; SPELLACY e cols., 1978; PINTO E SILVA, 1982; CORREY e cols., 1984; SISMONDI e cols., 1984).

Há autores que afirmaram estar nos filhos das adolescentes a maior incidência de malformações, como MÚSSIO (1962); HUNT (1976) e outros como FAÚNDES e cols. (1972), que encontraram na morbiletalidade fetal maior incidência de malformações em filhos de mães de 40 anos ou mais e naquelas com menos de 15 anos, ainda que com intensidade menor. Os autores afirmaram que esta variável mantém-se estável nos filhos das mães de 15 a 34 anos.

De igual forma este trabalho mostrou 36,8% de recém-nascidos de adolescentes precoces com algum tipo de patologia - número estatisticamente significativo quando comparado aos grupos-controles - ou pelo maior índice de prematuridade ou pelo baixo peso ao nascer ou pelo tipo de assistência pré-natal e ao parto. Este pensamento é apoiado por MOLINA e cols. (1988), que referiram ser maior a patologia do recém-nascido no grupo em que houve patologia no parto.

São poucas as referências da literatura especificando as complicações dos recém-nascidos de adolescentes. Prefere-se falar em taxas de mortalidade perinatal ou em associar diretamente a morbiletalidade à alta incidência de prematuridade, assunto amplamente discutido neste trabalho.

É muito pesado o fardo que desaba sobre os ombros da adolescente que engravida: perdas fetais, prematuridade, maior morbidade fetal, compromisso imediato de se tornar mãe, contato com os familiares, comum falta de apoio do parceiro e dos próprios pais, abandono da escola e dos amigos, introdução ao mercado de trabalho sem qualquer preparo físico e emocional, etc.. Mas se todos estes itens parecem inevitáveis, consideramos imprescindível a criação de Serviços especializados no atendimento a estas jovens, pois é sabido que, com a provisão de uma supervisão antenatal de alta qualidade, haverá uma redução marcante na morbidade e na mortalidade destas mães e de seus filhos. Sob condições ótimas, os riscos médicos não diferirão da população geral, contudo sabemos também serem impossíveis estas "condições ótimas" numa população que, além de adolescente, é pobre e com sérias falhas nutricionais.

## **6. CONCLUSÕES**

## 6. CONCLUSÕES

---

### 6.1. Conclusões gerais

As **adolescentes precoces** apresentaram diferenças estatisticamente significativas quanto às seguintes variáveis:

- Indicação de cesáreas por vício pélvico.
- Indicação de cesáreas por eclâmpsia.
- Recém-nascidos com Apgar menor ou igual a 6 ao primeiro minuto.
- Recém-nascidos de baixo peso (menores que 2.500g).
- Recém-nascidos prematuros (menores ou iguais a 36 semanas).
- Recém-nascidos com icterícia.
- Recém-nascidos com complicações ao nascimento.

## 6.2. Conclusões finais

As **adolescentes não-precoces** tiveram comportamento semelhante ao das **gestantes adultas**, na maioria das variáveis estudadas.

Pelos resultados obtidos, pôde-se concluir que a gestação nas **adolescentes precoces** deve ser considerada de **alto risco**.

Há necessidade primária de se criarem instituições específicas, multidisciplinares, com controle de qualidade, para as adolescentes precoces, a fim de se tentar diminuir os índices de complicações a elas impostos.

## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS\*

---

- ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. - **La adolescencia normal**. 4.ed. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1976.
- ADEDOYIN, M.A. & ADETORO, O. - Pregnancy and its outcome among teenage mothers in Ilorin, Nigéria. **East Afr. Med. J.**, **66**:448-452, 1989.
- AKHTER, N. - **Pregnancy and abortion in adolescence**. Paper presented at the World Health Organization Meeting on Pregnancy and abortion in Adolescence, Geneva. June, 1974. p.24-28.
- ALEGRIA, F.V.L.; SHOR, N.; SIQUEIRA, A.A.F. - Gravidez na adolescência: estudo comparativo. **Rev. Saúde Públ.**, **23**:473-477, 1989.
- ALVAREZ, M. & SIEVERS, R. - Consideraciones sobre primiparidad precoz. **Bol. Soc. Chil.**, **24**:237-244, 1959.
- ANDREWS, B.F. - Problems of teenage mothers, their infants and influence of family planning. **Pediatr. Res.**, **9**:257-, 1975.
- APGAR, V. - A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. **Curr. Res. Anesth. Analg.**, **32**:260-267, 1953.
- AUSIN, J.; ZANON, G.; JOU, P.; ALBERDI, A.; RODRIGUEZ, L. - Embarazo y parto en la adolescencia. **Obstet. Gynecol. Lat. Am.**, **33**:154-158, 1975.
- AZNAR, R. & BENNETT, A.E. - Pregnancy in the adolescent girl. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **81**:934-940, 1961.

- AZCAR, C. & LEIXELARD, P. - Primiparidad precoz. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, **34**:33-38, 1969.
- BALLARD, W.M. & GOLD, E.M. - Aspectos médicos y de la salud de la reproducción en la adolescencia. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **6**:338-341, 1971.
- BATTAGLIA, F.C.; FRAZIER, T.M.; HELLEGERS, A.E.. - Obstetric and pediatric complications of juvenile pregnancy. **Pediatrics**, **32**:902-910, 1963.
- BERENSON, A.B.; HAMMILL, H.A.; MARTENS, M.G.; FARO, S. - Bacteriologic finding of post-cesarean endometritis in adolescents. **Obstet. Gynecol.**, **75**:627-629, 1990.
- BERIC, B.; BREGUN, N.; BUJAS, M. - Obstetric aspects of adolescent pregnancy and delivery. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, **15**:15-19, 1978.
- BEZERRA, M.L.; COSTA, E.L.; MAGALHES, M.G. - Estudo retrospectivo sobre adolescentes grávidas atendidas no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, no biênio 1984/1985. **Rev. Bras. Ginec. Obstet.**, **10**:223-226, 1988.
- BLAKE, D.M. & LEE, M.I. - Twin pregnancy in adolescents. **Obstet. Gynecol.**, **75**:172-174, 1990.
- BOCHNER, K. - Pregnancies in juveniles. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **83**:269-271, 1962.
- BOISSELIER, B.H.; BOYER, A.T.; TISON, E.; CHOURAQUI, A.; BARRAT, J. - La grossesse chez l'adolescente. **J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.**, **14**:607-611, 1985.
- BREMBERG, S. - Pregnancy in swedish teenagers. **Scand. J. Soc. Med.**, **5**:15-19, 1977.
- BRIGGS, R.M.; HERREN, R.R.; THOMPSON, W.B. - Pregnancy in the young adolescent. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **84**:436- 441, 1962.
- BRIQUET, R. - Semiologia obstétrica. In: BRIQUET, R. - **Obstetrícia normal**. 2.ed. So Paulo, So Paulo Editora, 1970. p.197-252.
- BRUNO, Z.V.; OLIVEIRA, F.C.; BEZERRA, M.F.; MORAIS, I.Q. - Fatores de risco na gravidez da adolescente: experiência de 1121 casos. **Rev. Bras. Ginec. Obstet.**, **4**:165-167, 1991.
- CABRERA, R. - The influence of maternal age, birth order and socioeconomic status on infant mortality in Chile. **Am. J. Public. Health**, **70**:174-177, 1980.
- CANTUÁRIA, A.A. & CANTUÁRIA, G. - Atividade sexual da adolescente de até 15 anos e suas consequências. **Femina**, **18**:850-853, 1990.
- CAPURRO, H. - **Método clínico para diagnosticar la edad gestacional en el recién nacido**. Montevideo, 1973. (-Tese - Doutorado - Facultad de Medicina).
- CATALAN, N.V.; ITURRA, B.R.; LOPEZ, A.M.M. - Embarazo en la adolescente. **Bol. Hosp. S.J. de Dias**, **30**:244-251, 1983.
- CHAKRABORTY, R.; ROY, M.; DAS, S.R. - Proportion of low birth weight infants in an indian population and its relationship with maternal age and parity. **Hum. Hered.**, **25**:73-79, 1975.

## ANEXO 4

### DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO CESÁREAS POR DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO E GRUPO ETÁRIO

	11-15	16-19	20-25
c) D.H.E.G.	1,0	1,2	0,9
d) Eclâmpsia	3,4	0,6	0,3
(n)	(204)	(320)	(322)

c) $\chi^2$ (geral)	= 0,2	n.s.
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 0,0	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 0,2	n.s.
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 0,0	n.s.
d) $\chi^2$ (geral)	= 11,8	p < 0,003
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 4,3	p < 0,04
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 6,2	p < 0,02
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 0,0	n.s.

## ANEXO 5

### **DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO CESÁREAS POR SOFRIMENTO FETAL, DISTOCIA FUNCIONAL E OUTRAS INDICAÇÕES E GRUPO ETÁRIO**

	11-15	16-19	20-25
e) Sofrimento Fetal	10,3	12,5	12,7
f) Distocia funcional	1,0	2,2	4,7
g) Outras indicações	4,4	5,0	10,6
(n)	(204)	(320)	(322)

e) $\chi^2$ (geral)	= 0,8	n.s.
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 0,6	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 0,7	n.s.
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 0,0	n.s.
f) $\chi^2$ (geral)	= 6,9	p < 0,04
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 0,5	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 5,4	p < 0,03
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 3,0	n.s.
g) $\chi^2$ (geral)	= 10,4	p < 0,006
$\chi^2$ (11-15/16-19)	= 0,1	n.s.
$\chi^2$ (11-15/20-25)	= 6,3	p < 0,02
$\chi^2$ (16-19/20-25)	= 6,9	n.s.

- CLAMAN, A.D. & BELL, H.M. - Pregnancy in the very young teen-ager. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **90**:350-354, 1964.
- CLARK, J.F.J. - Obstetrics in adolescent. **J. Nat. M. A.**, 352-354, 1962.
- CLARKE, M.I. - Black teenage pregnancy: an obstetrician's viewpoint. **J. Community Health.**, **11**:23-30, 1986.
- COATES, J.B. - Obstetrics in the very young adolescent. **Am J. Obstet. Gynecol.**, **108**:68-72, 1970.
- COETZEE, L.F. Pregnancy in the South African nonwhite teenager. **Sout. Afr. Med. J.**, **44**:1373-1378, 1970.
- COMMITTEE TO STUDY THE PREVENTION OF LOW BIRTHWEIGHT. **Preventing low birthweight**. Washington, D.C. Institute of Medicine, National Academy Press, 1985.
- CORREY, J.F.; KWOK, P.C.; NEWMAN, N.M.; J.T. - Adolescent pregnancy in Tasmania. **Med. J. Aust.**, **141**:150-154, 1984.
- COSTA, C.F.F. - Primiparidade precoce na Maternidade Prof. Monteiro de Moraes: 1977-1979. Aspectos obstétricos e neonatológico. **Ginecol. Obstet. Bras.**, **5**:115-145, 1982.
- COVINGTON, D.L.; DALEY, J.G.; CHURCHILL, M.P.; CARL, J.C. - The effects of a primaturity prevention program on births to adolescents. **J. Adolesc. Health Care.**, **11**:335-338, 1990.
- CURBELLO, V. - Crecimiento fetal intrauterino (Peso y Talla). Estudio basado em datos de 2917 partos consecutivos. Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), **Publicación Científica 648**, 1975.
- DARZÉ, E. - A adolescente e sua saúde reprodutiva. Desempenho na primigrávida em idade igual ou menor do que 16 anos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, **11**:64-69, 1989.
- DODGE, E.F. & BROWN, W.E. - Pregnancy in the adolescent. **South Med. J.**, **43**:1060-1064, 1950.
- DOERING, K.R. - As adolescentes e o início do relacionamento sexual. **Femina**, **17**:203-214, 1989.
- DOTT, A.B. & FORT, A.T. - Medical and social factors affecting early teenage pregnancy. A literature review and summary of the finding of Louisiana Infant Mortality Study. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **125**:532-536, 1976.
- DUENHOELTER, J.H.; JIMENEZ, J.M.; BAUMANN, G. - Pregnancy performance of patients under fifteen years of age. **Obstet. Gynecol.**, **46**:49-52, 1975.
- DURA-TRAVE, T.; BENAVENT, M.M.; VILAPLANA, E.V. - Repercusión neonatal del embarazo en adolescentes. **Ann. Esp. Pediatr.**, **31**:368-371, 1989.
- DWYER, J.F. - Teenage pregnancy. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **118**:373-376, 1974.
- EFIONG, E.I. & BANJOKO, M.D. - The obstetric performance of Nigerian primigravidae aged 16 and under. **Br. J. Obstet. Gynecol.**, **82**:228-233, 1975.

- ELDER, H.A.; SANTAMARINA, B.A.G.; SMITH, S.; KASS, E.H. - The natural history of asymptomatic bacteriuria during pregnancy: the effect of tetracycline on the clinical course and the outcome of pregnancy. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **111**:441-462, 1971.
- EVERITT, B.S. - **The analysis of contingency tables**. In: WILEY, J. & SONS INC. - New York, 1977. p.1-66.
- FANDES, 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**:6-14, 1972.
- FIENBERG, S.E. - **The analysis of cross-classified categorical data**. cap. 1-2. Massachusetts, MIT Press, 1978.
- FORBES, G.B. - Pregnancies in teenagers: biological aspects. **Birth Defects**, **17**:85-, 1981.
- FRIEDMAN, H.L. & EDSTROM, K.G. - **Higiene de la reproduccion en la adolescencia**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1983. nº 77.
- FUENTE, P.; GONZALES, A.; CASTELHANO, R. - **El feto con riesgo elevado**. Barcelona, Jinis, 1970. p.1-215.
- GOLD, E.M. - Identification on high risks fetus. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **11**:1069-1080, 1968.
- HACKER, E.M.; EPPERSON, J.W.W.; PRIDDLE, H.D. - An analysis of the adolescent obstetric patient. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **64**:644-646, 1952.
- HASSAN, H.M. & FALLS, F.H. - The young primipara. A clinical study. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **88**:256-269, 1964.
- HAY, D.M. & BOYD J.J. - A study of the obstetric performance of the adolescent jamaican primigravida. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **116**:34-38, 1973.
- HECHTMAN, L. - Teenage mothers and their children: risks and problems: a review. **Can. J. Psychiatry**, **34**:569-575, 1989.
- HEDIGER, M.L.; SCHOLL, T.O.; BELSKY, D.H.; ANCES, I.G.; SALMON, R.W. - Patterns of weight gain in adolescent pregnancy: effects on birth weight and preterm delivery. **Obstet. Gynecol.**, **74**:6-12, 1989.
- HEDIGER, M.L.; SCHOLL, T.O.; ANCES, I.G.; BELSKY, D.H.; SALMON, R.W. - Rate and amount of weight gain during adolescent pregnancy: associations with maternal weight-for-height and birth weight. **Am. J. Clin. Nutr.**, **52**:793-799, 1990.
- HOFMEISTER, F.J. & BURGESS, G.F. - Teenage pregnancy. **Obstet. Gynecol.**, **6**:162-168, 1955.
- HORON, I.L.; STROBINO, D.M.; MacDONALD, H.M. - Birth weights among infants born to adolescent and young adult women. **Am J. Obstet. Gynecol.**, **146**:444-449, 1983.
- HULKA, J. & SCHAAF, J.T. - Obstetrics in adolescents: a controlled study of deliveries by mothers 15 years of age or younger. **Obstet. Gynecol.**, **23**:678-, 1964.
- HUNT, W.B. - **Family Planning Programs**. Population Reports. Series J.N. 10 Jul., 1976.

- HUTCHINS Jr., F.L.; KENDALL, N.; RUBINO, J. - Experience with teenage pregnancy. **Obstet. Gynecol.**, **54**:1-5, 1979.
- ISRAEL, S.L. & WOUTERSZ, T.B. - Teen-age obstetrics. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **85**:659-669, 1963.
- JOHNSON, C.L. - Adolescent pregnancy intervention into the poverty cycle. **Adolescence**, **9**:391-406, 1974.
- KALTREIDER, D.F. & JOHNSON, J.W.C. - Patients at high risk for low-birth-weight delivery. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **124**:251-256, 1976.
- KLEIN, L. - Early teenage pregnancy, contraception, and repeat pregnancy. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **120**:249-256, 1974.
- LAWRENCE, R.A. & MERRITT, T.A. - Infants of adolescents mothers: perinatal, neonatal and infancy outcome. **Semin. Perinatol.**, **5**:19-32, 1981.
- LEE, P.Y.A. & WALTER, W.A.W. - Adolescent primigravidae and their obstetric performance. **Aus. Nz. J. Obstet. Gynaecol.**, **23**:3-7, 1983.
- LEPPERT, P.C.; NAMEROW, P.B.; HOROWITZ, E. - Cesarean section deliveries among adolescent mothers enrolled in a comprehensive prenatal care program. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **152**:623-626, 1985.
- LEWIS, B.V. & NASH, P.J. - Pregnancy in patients under 16 years. **Br. Med. J.**, **2**:733-734, 1967.
- LIMA, G.R. - Conceituação clínica de risco. **Femina**, **3**:616-618, 1975.
- LINN, C.C.; LINDHEIMER, M.D.; RIVER, P.; MOAWAD, A.H. - Fetal outcome in hypertensive disorders of pregnancy. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **142**:255-260, 1982.
- MADI, J. M.; CHIARADIA, A.; LUNARDI, P.V. - Gravidez na adolescência. A propósito de 46 casos. **J. Bras. Ginecol.**, **96**:267-270, 1986.
- MAIA FILHO, N.L. - **Comparação entre primíparas adolescentes precoces, não precoces e adultas quanto a fatores sociais e gestacionais**. Campinas, 1989. (Tese - Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP).
- MARCHETTI, A.A. & MENAKER, J. S. - Pregnancy and the adolescent. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **59**:1013-1020, 1950.
- MARINOFF, S.C. & SCHONHOLZ, D.H. - Adolescent pregnancy. **Pediatr. Clin. North Am.**, **19**:795-802, 1972.
- MASSE, N. & DESCHAMPS, J.P. - Child development indicators and public health. **Les Carnets de L'Enfance**, **32**:18-32, 1975.
- MATHIAS, L.; CAPPI-MAIA, E.M.; MAIA FILHO, N.L. - Complicações obstétricas nas primigestas precoces. **Ginecol. Obstet. Bras.**, **3**:437-443, 1980.
- MATHIAS, L.; CAPPI-MAIA, E.M.; MAIA FILHO, N.L.; LANDI, V.; KOSAKA, S. - Estudo comparativo entre primigesta adolescente e primigesta dos 18 aos 25 anos. **J. Bras. Ginecol.**, **91**:89-92, 1981.

- MATHIAS, L.; CAPPI-MAIA, E.M.; MAIA FILHO, N.L. - Primiparidade precoce. Estudo clínico. **Rev. Bras. Clin. Terap.**, **14**:317- 320, 1985a.
- MATHIAS, L.; NESTAREZ, J.E.; NEME, B. - Gravidez na adolescência I - Primigestas de 9 a 15 anos. **J. Bras. Ginecol.**, **95**:89-91, 1985b.
- MATHIAS, L.; NESTAREZ, J.E.; KANAS, M.; NEME, B. - Gravidez na adolescência III - Estudo comparativo entre primíparas de 18 a 19 anos. **J. Bras. Ginecol.**, **95**:137-139, 1985c.
- MATHIAS, L.; NESTAREZ, J.E.; KANAS, M.; NEME, B. - Gravidez na adolescência IV - Idade limite de risco reprodutivo entre adolescentes. **J. Bras. Ginecol.**, **95**: 141-143, 1985d.
- McANARNEY, E.R. - Adolescent pregnancy - A national priority. **Am. J. Dis. Child.**, **132**:125-126, 1978.
- McANARNEY, E.R. & HENDEE, W.R. - Adolescent pregnancy and its consequences. **JAMA**, **262**:74-77, 1989.
- McGANITY, 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. Gynecol.**, **103**:773-778, 1969.
- MOERMAN, M.L. - Growth of the birth canal in adolescent girls. **Am J. Obstet. Gynecol.**, **143**:528-532, 1982.
- MOLINA,R.; ALARCON, G.; LUENGO, X.; TOLEDO, V. - Estudio prospectivo de factores de riesgo en adolescentes embarazadas. **Rev. Chil. Obstet. Gynecol.**, **53**:27-34, 1988.
- MONROY, V.A. - **Pubertad, adolescencia y cultura**. En La salud del adolescente y el joven en las Americas, Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica, nº 489. Washington, D.C., 1985.
- MORRISON, J.H. - Teenage pregnancy: Obstetrics aspects. **Obstet. Gynecol.**, **2**:297-301, 1953.
- MOUNANGA, M.; MOUELY, G.; ZINSOU, R.D. - La grossesse et l'accouchement de l'adolescente gabonaise. **Rev. Franc. Gynécol. Obstét.**, **80**:293-298, 1985.
- MSSIO, T. J. - Primigravidas under age 14. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **84**:442-444, 1962.
- NAEYE, R.L.; BERIRSCHKE, K.; HAGSTROM, J.W.C. - Intrauterine growth of twins as estimated from liveborn birth-weight data. **Pediatrics**, **37**:409-416, 1966.
- NAEYE, R.L. - Teenaged and pre-teenaged pregnancies: consequences of fetal-maternal competition for nutrients. **Pediatrics**, **67**:146-150, 1981.
- NESTAREZ, J.E.; MATHIAS, L.; KANAS, M.; NEME, B. - Gravidez na adolescência II. - Estudo comparativo entre gestantes de 9 a 15 anos, 16 e 17 anos. **J. Bras. Ginecol.**, **95**:93-96, 1985.
- NORTMAN, D. - **Parental age as a factor in pregnancy outcome and child development**. Reports on Population Family Planning, 16. 1974.
- OLIVEIRA Jr., F.C.; GILDEMEISTER, S.B.; SPRENGEL, C.A.; HENRIQUES, D.C.P.; SOUZA Jr., G.L. - Gestação na adolescência. **J. Bras. Ginecol.**, **99**:161-163, 1989.

- PAGNOCELLI, R. - Adolescência: especialistas enfrentam abandono e definem princípios básicos. **Rev. Diálogo Médico**, ano 15, nº 6:20, 1989.
- PAPIERNIK, E. & CENTENE, J. - Déspitage di grossesses, à haut risque. Étude préliminaire rétrospective. **Bull. Péd. Soc. Gynéc. Obster.**, **22**:413-417, 1970.
- PERKINS, R.P.; NAKASHIMA, I.I.; MULLIN, M.; DUBANSKY, L.S.; CHIN, M.L. - Intensive care in adolescent pregnancy. **Obstet. Gynecol.**, **52**:179-188, 1978.
- PINHO-NETO, J.S.; LIMA, J.C.; MACEDO, L.R.S.; FIGUEIREDO, V.R.; SOUZA, A.H. - Dez anos de vitimização sexual em crianças na cidade de Recife. Aspectos clínicos. **Femina**, **18**:951-962, 1990.
- PINTO E SILVA, J.L.; BRITO FILHO, 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**: 87-98, 1976.
- PINTO E SILVA, J.L. - **Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência**. Campinas, 1982. (Tese Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP).
- POLIAKOFF, S.R. - Pregnancy in the young primigravida. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **76**:746-753, 1958.
- PRITCHARD, J.A.; MacDONALD, P.C.; GANT, N.F. - Fisiologia del parto. In: PRITCHARD, J.A.; MacDONALD, P.C.; GANT, N.F. - **Williams Obstetrics**. 3.ed. Editora Salvat, 1986, p.253-271.
- PUFFER, R. & SERRANO, C.V. - Birthweight maternal age and birth order, three, important determinants in infant mortality. Washington D.C. Pan American Health Organization. **Scientific Publication**, **294**, 1976.
- RAUH, J.L.; JOHNSON, L.B.; BURKET, R.L. - The reproductive adolescent. **Pediatr. Clin. North Am.**, **20**:1005-1020, 1973.
- REICHELT, P.A. & WERLEY, H.H. - A sex information program for sexuality active teenagers. **J. School Health**, **45**:100- 107, 1975.
- ROMERO, M.I.S.; VARGAS, S.J.; ABARA, S.E.; ABUD, A.; ACEVEDO, O.H.; ACUNA, H.M.; AGUIRRE, L.; AGUIRRE, E.H.; ALISTE, F.C.; ALONZO, R.B.; ALVAREZ, P. - Embarazo, parto y recién nacido en madres adolescentes. **Rev. Pediatr.**, **54**:123-130, 1983.
- RUBIO, R.M.; FUENTES, A.G.; SANHUEZA, E.A.; RODRIGUES, G.S.; ORTIZ, M.V. - Reproducción en la adolescencia. **Rev. Chil. Obstet. Gynecol.**, **46**:112-117, 1981.
- RYAN Jr., G.M. & SCHNEIDER, J.M. - Teenage obstetric complications. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **21**:1191-1197, 1978.
- SANTOS, D.A.; ACOSTA, S.H.; CONTER, S.L.; CALLEGARI, T.R.; COSTA, P.L. - Partograma em adolescentes. **Ginecol. Obstet. Bras.**, **2**:601-605, 1979.
- SARREL, P.M. & KLERMAN, L.V. - The young unwed mother. Obstetric results of program of comprehensive care. **Obstet. Gynecol.**, **105**:575-578, 1969.

- SCHOLL, T.O.; MILLER, L.K.; SALMON, R.W.; COFSKY, M.C.; SHEARER, J. - Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy. Effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight. **Obstet. Gynecol.**, **69**:312-316, 1987.
- SEVER, J.L.; ELLENBERG, J.H.; EDMONDS, D. - Maternal urinary tracts infections and prematurity. In: REED, D.M. & STANLEY, F.J. (eds) - **The epidemiology of prematurity**. Baltimore, Urban and Scharzenberg, 1977. 193p.
- SEXTON, M. & HEBEL, J.R. - A clinical trial of change in maternal smoking and its effect on birth weight. **JAMA**, **251**:911-915, 1984.
- SHERLINE, D.M. & DAVIDSON, R.A. - Adolescent pregnancy: the Jackson Mississippi experience. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **132**:245-255, 1978.
- SIQUEIRA, A.A.F. & TANAKA, A.C.A. - Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980. **Rev. Saúde Públ. São Paulo**, **20**: 274-279, 1986.
- SISMONDI, P.; VOLANTE, R.; GIAI, M. - El embarazo y el parto en la adolescente. **Rev. Chil. Obstet. Gynecol.**, **49**:41-45, 1984.
- SLAP, G.B. & SCHWARTZ, J.S. - Risk factors for low birth weight to adolescent mothers. **J. Adolesc. Health Care**, **10**:267-274, 1989.
- SPELLACY, W.N.; MAHAN, C.S.; CRUZ, A.C. - The adolescent's first pregnancy: a controlled study. **South. Med. J.**, **71**: 768-771, 1978.
- STEIN, Z.; SUSSER, M.; SAENGER, G. - **Famine and human development, the dutch hunger winter of 1944-1945**. New York, Oxford Press, 1975. 215p.
- STICKLE, G. - Pregnancy in adolescents: scape of the problem. **Contemporary Obstet. Gynecol.**, **5**:85-91, 1975.
- STONE, L.J. & CHURCH, J. - **Childhood and adolescence**. Random House. Nueva York. 1957.
- SWEENEY, P.J. A comparison of low birth weight, perinatal mortality, and infant mortality between first and second births to women 17 years old and younger. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **160**:1361-1370, 1989.
- TANTUM, E.L. - **Some molecular aspects of congenital malformations**. In: FIRST INTERN. CONT. ON CONG. MALFORMATIONS. J.B. Philadelphia, 1961. p.281-288.
- TATELBAUM, R.; KASH, C.; McANARNEY, E.; ROUGHMANN, K.M.; COULTER, M.; CHARNEY, E.; PLUME, M. - Management of teenage pregnancies in three different health care settings. **Adolescence**, **13**:713-718, 1978.
- UBERTI, E.M.; CALLEGARI, T.R.; CONTER, S.L.; COSTA, P.L.; BOLOGNESE, L. - Trabalho de parto monitorizado em adolescentes. **Ginecol. Obstet. Bras.**, **1**:431-446, 1978.
- UTIAN, W.H. - Obstetrical implications of pregnancy in primigravidae aged 16 years or less. **Br. Med. J.**, **2**:734-736, 1967.

- VALENTE, C.A.; ANDRADE, A.S.; VITIELLO, N.; BERCOVICI, S.; BEARZI, V.T.; NUNES, L.A. - Assistência pré e perinatal à mãe adolescente. **J. Bras. Ginecol.**, **83**:229-235, 1977.
- VIEL, B. - **Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos, y opciones.** Comentario. Cuaderno Técnico N° 12:vii-x, 1988.
- WALCHER, W. & PETRU, E. - Zur frage des Geburtsrisikos bei jugendlichen Erstgebarenden. **Geburtsch u. Frauenheilk.** **49**:491-493, 1989.
- WALLACE, H.M. - Teen-age pregnancy. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **92**:1125-1131, 1965.
- WELLS, W.; YANEZ, L.; GIL, G.; ALIAGA, J. - Características del parto en adolescentes en la Maternidad San Francisco Borja, 1961 y 1971. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, **15**:278-287, 1975.
- WIDHOLM, O. - The need for Gynaecological services during adolescence. **Ann. Chir. Gynaecol. Fen.**, **60**:67-70, 1971.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health problems of adolescence.** Geneva. WHO. 1965. (Technical Reports Series n° 308).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pregnancy and abortion in adolescence: report of a WHO.** 1975. (Technical Report Series N° 583).
- YOUNGS, D.D.; NIEBYL, J.R.; BLAKE, D.A.; SHIPP, D.A.; STANLEY, J.; KING, T.M. - Experience with an adolescent pregnancy program. A preliminary report. **Obstet. Gynecol.**, **50**:212-216, 1977.
- ZACKLER, J.; ANDELMAN, S.L.; BAUER, F. - The young adolescent as an obstetric risk. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **103**:305-312, 1969.
- ZUCKERMAN, B.; ALPERT, J.J.; DOOLLING, E.; HINGSON, R.; KAINE, H.; MORELOCK, S.; OPPENHEIMER, E.O. - Neonatal outcome: is adolescent pregnancy a risk factor. **Pediatrics**, **71**:489-493, 1983.

\*HERANY, M. L. G. - **Normas para Apresentação de Dissertações e Teses** / Maria Luiza Gugliano Herani - São Paulo, BIREME, 1990.

## **8. ANEXOS**

DISCIPLINA OBSTETRICIA - FMJ - HCFR  
CLINICA OBSTETRICA

HISTORIA CLINICA MATERNA

PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ anos

RG-UC: \_\_\_\_\_ RG-PS: \_\_\_\_\_ DATA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

COR:  BR  PP  AM  PA ESTADO CIVIL  CAS  SOL  VIV  OUT PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE INTERNAÇÃO E INTERCORRENCIAS

DUM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CONF.: \_\_\_\_\_ DPP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_ sem \_\_\_\_ dias IG(USG): \_\_\_\_ sem \_\_\_\_ dias

ANTECEDENTES FAMILIARES

HIPERTENSAO	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	_____
ECLAMPSIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	HEMOPATIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	_____
DIABETES	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	GEMELIDADE	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	NEOPLASIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	_____

Especifique detalhes: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PESSOAIS E HABITOS

HIPERTENSAO	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	ALERGIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
DIABETES	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	SIFILIS	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	PNEUMOPATIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	_____	_____
CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	NEFROPATIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	TRANSFUSOES	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	_____	_____
HEMOPATIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	INFERTILIDADE	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	CIR. PELU-UT.	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	_____	_____

Especifique detalhes: \_\_\_\_\_

ALCOOLISMO:  N  S TABAGISMO:  NAO  SIM: \_\_\_\_\_ No CIGARROS / DIA

MEDICAMENTOS ANTES DA GESTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS: \_\_\_\_\_

CIRURGIAS: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

GESTA: \_\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_\_ ABORTOS: \_\_\_\_\_  
(NÃO CONTA O CASAMENTO COMARITAL)

VIVOS: \_\_\_\_\_ NATIMORTOS: \_\_\_\_\_ NEOMORTOS PRECOSES: \_\_\_\_\_ NEOMORTOS TARDIOS: \_\_\_\_\_  
VAGINAIS: \_\_\_\_\_ CESAREAS: \_\_\_\_\_ TERMINO GESTAÇÃO ANTERIOR: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RN DE MAIOR PESO: \_\_\_\_\_ g

OUTROS ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

ECLAMPSIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	PP	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	ROTURA UTERINA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	MACROSSOMIA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
MCL. TROS.	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	PREM. MULTIPLA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	PERT. UTERINA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	HIDRAMNIO	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
ABORTO HABIT.	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	PREM. ECTOPICA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	MICROCLSARIANA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	MALFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
ISOIMUNIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	FORCIPE	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	PREMATURIDADE	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	_____	_____
DPP	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	CURETAGEM	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	CIR	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	_____	_____

Especifique detalhes: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS NESTA GESTAÇÃO:  NAO  SIM

PRE-NATAL:

NAO  SIM  USG  OUTRO SERVIÇO  HFR → No DE CONSULTAS: \_\_\_\_\_ → IG DE INICIO: \_\_\_\_\_ sem

GES	PARTO	IG	PESO	SEXO	IDADE	INTERCORRENCIAS
1						
2						
3						
4						
5						

DIAGNOSTICO OBSTETRICO NORMALIDADE: \_\_\_\_\_

INTERCORRENCIAS OBSTETRICAS: \_\_\_\_\_

INTERCORRENCIAS CLINICO CIRURGICAS: \_\_\_\_\_

CONDUTA NA ADMISSAO: \_\_\_\_\_

EXAMES SOLICITADOS: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

LAQUEADURA AUTORIZADA:  SIM  NAO  UINCULADO

RESPONSÁVEIS PELA ADMISSÃO \_\_\_\_\_

RESIDENTE: \_\_\_\_\_ ASSISTENTE: \_\_\_\_\_

**EVOLUÇÃO DA GESTAÇÃO**

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES E CONDUTAS: \_\_\_\_\_

FINAL:  PARTO  ALTA CLINICA

**PARTO**

IG(DUM): \_\_\_\_\_ sem. \_\_\_\_\_ dias CONFIAVEL  :  N. IG(USG): \_\_\_\_\_ sem \_\_\_\_\_ dias ALTURA UTERINA \_\_\_\_\_ cm.

INICIO DO PARTO:  ESPONTANEO  CESAREA ELETIVA  
 INDUCAO /  Prostaglandina  Ocitocina  Preparo do col:  Elet-acupuntura \_\_\_\_\_

ANALGESIA:  NAO REALIZADA  MEPERIDINA  PERIDURAL  ELET-SCUPUNTURA \_\_\_\_\_ CONDUAÇÃO:  N  S

**LÍQUIDO AMNIÓTICO**

EXAME:  Visualizacao Direta  Líquido de Puncao  Amnioscopia  
ASPECTO:  Claro  Amarelo Citrino  Meconial (\_\_\_\_\_/++++)  Hemorrágico  Purulento  Achocolatado  
GRUMOS:  Ausentes  Finos  Médios  Grossos

DURAÇÃO DA AMNIOREXE: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min INFECÇÃO INTRA-PARTO:  SIM  NAO

ANESTESIA:  NAO REALIZADA  TLOCQUEIO PUDENDO  RADUI  PERIDURAL /  Simples  Continua)  
 GERAL (  EU  Inalatoria)

APRESENTAÇÃO:  CEFALICA (  Fletida  Bregma  Fronte  Face)  PELVICA (  Completa  Incompleta)  CORNIO-

EPISIOTOMIA:  NAO  ML  MEDIANA ESTERILIZAÇÃO:  NAO  INTRA-PARTO  POS-PARTO

PARTO:  NORMAL  FORCIPE  CESAREA (  Segmentar  Corporal)  
 PELVICO /  Assistido  Extração  Forcipe:  EMBRICTONIA

INDICAÇÃO DO PARTO: \_\_\_\_\_

DATA DO PARTO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min DURAÇÃO DO PARTO: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

DEQUITAÇÃO:  NORMAL  RETENÇÃO PLACENTARIA /  Encarregamento  Acretismo. DURAÇÃO: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ min

PROCEDIMENTO:  EXTRAÇÃO MANUAL  CURAGEM  CURETAGEM

PLACENTA:  NORMAL  ANORMAL \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ g

CORDAO:  CURCULAR  NAO VASCULARIZAÇÃO:  A-A-1  A-U \_\_\_\_\_



**PUERPERIO IMEDIATO:**

- SEM INTERCORRENCIAS
- Lesao Reto/Esfincter Anal
- Atonia Uterina
- Coagulopatia
- Laceracao de via de Parto
- Restos Placentarios
- Rctura Uterina
- Inversao Uterina

OBSERVAÇÕES (PARTO E PUERPERIO IMEDIATO): \_\_\_\_\_

**RECEM-NASCIDO**

PULSEIRO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ E. APGAR 1 MIN \_\_\_\_\_ 5 MIN \_\_\_\_\_  
 (SE NATIMORTO:  NORMAL  MACTRADA  HIDROPICO  MALFORMADO

**DIAGNOSTICO DA GESTAO E DO PARTO**

**GESTERICOS / FETAIS:**

- Placenta Previa
- Polidramnia
- Distocia Funciona.
- Obito Fetal
- DPP
- CIUR
- TP Prolongado
- Gestacao Prolongada
- Isoimunizacao
- Desproporcao Cef.-Pelv.
- Gestacao Multipia
- TP Prematuro
- Ulcio Pelvico
- Rigeoamnio
- Amniorrexe Prematura
- Anomalias Fetais

**CLINICOS:**

**DOENCA HIPERTENSIVA**

- Especifica da Gravidez
- Arterial Cronica
- Toxemia Superajuntada
- Eclampsia

**ENDOCRINOLOGICOS.**

- Diabetes Pre-Gestac.
- Diabetes Gestacional
- Potencial Alteracao H.
- Tireoideopatia

**CARDIOLOGICOS.**

- Doenca de Chagas
- Lesoes Valvulares
- Proteza Valvular
- Congenitas

**OUTROS DIAGNOSTICOS:**

- NEUROLOGICOS
- VASCULARES
- RESPIRATORIOS
- GINECOLOGICOS
- TRAUMATICOS
- CIRURGICOS
- PSICOLOG./PSIQUIATRICOS
- GASTROINTESTINAIS
- NEOPLASIAS

**RENIS/URINARIOS:**

- ITU
- Nefropatia Aguda
- nefropatia Cronica

**HEMATOLOGICOS:**

- Anemia Ferropriva
- Anemia Falciforme
- Anemia Megaloblastica
- PTI

**DOENÇAS INFECCIOSAS**

- DST
- AIDS

**DISTURBIOS NUTRICIONAIS**

- Desnutricao
- Obesidade

**RENATICOS:**

- LES

DE NECESSARIO, APRESENTAR DIAGNOSTICOS: \_\_\_\_\_

**RESPONSAVEL PELA PARTO E/OU CLASSIFICAO DIAGNOSTICA**

RESIDENTE: \_\_\_\_\_

ASSISTENTE: \_\_\_\_\_

**COMPLICAOES DO PUERPERIO E CONJUGAS:**

- SEM INTERCORRENCIAS
- Infeccao Puerperal
- Disiscencia
- Descompensacao Cardiaca
- Coagulopatia
- ITU
- hematomas
- Cefaleia Pos-Raqu:
- Eq. Hipogastrica
- Mastite
- TVP
- Histericromia
- BCP
- IRC

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

**ALTA**

DATA: \_\_\_\_\_ MOTIVO:  Melhora  Transf.  Obito  Pedido/Abandono

(SE OBITO INDIQUE A CAUSA: \_\_\_\_\_)

**RESPONSAVEL PELA PUERPERIO E ALTA**

RESIDENTE: \_\_\_\_\_

ASSISTENTE: \_\_\_\_\_

ANEXO 2

ESTUDO NACIONAL PROSPECTIVO SOBRE ADOLESCENTE GRAVIDA

ENPAG

1 - Nome do Hospital _____ Nº Prontuário _____	1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
2 - Idade _____	6 7 □ □
3 - Naturalidade _____	8 9 □ □
4 - Estado Civil _____	10 □
5 - Ocupação _____	11 12 13 14 15 □ □ □ □ □
6 - Escolaridade _____	16 17 □ □
7 - Cor _____	18 □
8 - Antecedentes Pessoais _____	19 20 21 22 23 24 25 □ □ □ □ □ □ □
9 - Antecedentes Ginecológicos _____	26 27 28 29 □ □ □ □
10 - Menarca _____	30 31 □ □
11 - Tipo de Ciclo _____	32 33 34 □ □ □
12 - Uso de Métodos Anticoncepcionais _____	35 □
13 - Idade da Primeira Relação _____	36 37 □ □
14 - Vida Sexual Ativa Há _____	38 □
15 - Gesta _____	39 □
16 - Para _____	40 □
17 - Aborto Espontâneo _____	41 □
18 - Aborto provocado _____	42 □
19 - Natimortos _____	43 □
20 - Neomortos _____	44 □
21 - Filhos Vivos _____	45 □
22 - Gestão deste Puerpério _____	46 □
23 - Patologias na Gestão _____	47 48 49 50 51 52 53 □ □ □ □ □ □ □
24 - Tabagismo _____	54 55 □ □
25 - Alcoolismo _____	56 □
26 - Drogas _____	57 58 □ □
27 - Outros _____	59 □
28 - Dados Exame Internação _____	60 61 62 63 64 65 66 □ □ □ □ □ □ □
29 - Situação e Apresentação _____	67 □
30 - Patologias Obstétricas _____	68 69 70 71 72 73 74 □ □ □ □ □ □ □
31 - Número do Cartão Código _____	75 □



### ANEXO 3

#### **DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO CESÁREAS POR DISTOCIA DE TRAJETO (VÍCIO PÉLVICO + D.C.P.) E GRUPO ETÁRIO**

	<b>11-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-25</b>
a) Vício pélvico	2,5	1,2	0,0
b) Desproporção cefalopélvica	2,0	3,1	4,7
(n)	(204)	(320)	(322)

a)  $\chi^2$  (geral) = 7,3      p < 0,03  
 $\chi^2$  (11-15/16-19) = 0,5      n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/20-25) = 5,6      p < 0,02  
 $\chi^2$  (16-19/20-25) = 2,3      n.s.

b)  $\chi^2$  (geral) = 2,9      n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/16-19) = 0,6      n.s.  
 $\chi^2$  (11-15/20-25) = 2,6      n.s.  
 $\chi^2$  (16-19/20-25) = 1,0      n.s.