

**MORBIDADE MATERNA EM ADOLESCENTES**  
**(GRAVIDEZ DE ADOLESCENTES)**

**Relatório apresentado a Organização Panamericana de Saúde**

**Carta -Acordo BR/LOA/0800042.001**

**Ruy Laurenti**

**São Paulo - 2009**

## **EQUIPE**

**PESQUISADOR PRINCIPAL: PROF. DR. RUY LAURENTI**

### **COLABORADORES:**

#### **Universidade Sagrado Coração- Bauru**

Prof. Dr. Eymar Sampaio Lopes

Prof. Dr. Maria Helena Borgatto Cappo Bianco

Prof. Dr. Célia Regina Maganha e Melo

Dra. Heloisa Ferrari Lombardi

### **CONTRIBUIÇÃO ESPECIAL:**

#### ***Profa. Maria Helena Prado de Mello Jorge***

Professor Associado do Departamento de Epidemiologia- FSP/USP

A VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES: em busca do conhecimento sobre o problema

#### ***Dr. Carlos Eduardo Vega***

Doutor em Ciências Médicas pela FMUSP

Assessor Técnico da Área da Saúde da Mulher - Atenção Básica - SMS

Presidente do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo

### **REVISORA FINAL DO RELATÓRIO**

**Professora Maria Helena Prado de Mello Jorge**

### **APOIO NA COLETA DE DADOS**

#### **Angela Maria Cascão**

**Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro**

**Pedro Manoel dos Santos**

**Departamento de Epidemiologia- FSP/USP**

### **SECRETÁRIA**

**Mírian de Oliveira**

## APRESENTAÇÃO

Docentes da área de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Sagrado Coração (USC) em Bauru realizaram uma pesquisa sobre morbidade materna em gestantes admitidas em uma maternidade de grande porte daquele município.

A pesquisa foi patrocinada pela Área de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, pelo CNPq e pela Organização Panamericana de Saúde.

Foram coletadas informações referentes a 5264 gestantes, e chamou atenção dos pesquisadores a proporção de gestantes adolescentes, aproximadamente 18%. Foi proposta uma análise específica para este grupo de gestantes a partir dos resultados da pesquisa realizada. Essa proposta foi apresentada informalmente ao Dr. Luis Codina, da OPS em Brasília, o qual estimulou fosse formalmente apresentada, o que foi feito.

O presente Relatório apresenta sete partes ou capítulos, um que trata da descrição geral sobre a gravidez em adolescentes; outros dois capítulos tratam, respectivamente, da morbidade hospitalar e a mortalidade de adolescentes no Brasil, com ênfase às causas maternas. Há um capítulo referente aos aspectos clínico-obstétricos da gestação em adolescentes e outro que trata especificamente da violência em adolescentes. A seguir são apresentados os resultados a respeito das gestações de adolescentes, incluídos nos 5264 casos de gestantes de todas as idades referentes à pesquisa em maternidade acima referida.

Os dados referentes à gestação de adolescentes resultantes da pesquisa feita com gestante de todas as idades na maternidade de Bauru, obviamente não esgota o tema, mesmo porque, não foi um estudo específico para adolescentes. Trata-se, pode-se dizer de um subproduto, de um estudo mais geral.

Esse Relatório é o primeiro passo ou o início de uma linha de pesquisa sobre aspectos epidemiológicos de gestação de adolescente.

Prof. Ruy Laurenti

## SUMÁRIO

	Páginas
ADOLESCÊNCIA E GRAVIDEZ .....	01
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS CLÍNICO-OBSTÉTRICOS E SOCIAIS .....	08
A VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES: em busca do conhecimento sobre o problema .....	22
A MORBIDADE DE ADOLESCENTES NO BRASIL .....	44
A MORTALIDADE DOS ADOLESCENTES NO BRASIL .....	54
GESTAÇÕES DE ADOLESCENTES EM UMA MATERNIDADE DE GRANDE PORTE EM MUNICÍPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO.....	65
COMENTÁRIOS FINAIS.....	103

## ADOLESCÊNCIA E GRAVIDEZ

A definição de adolescência pode ser obtida de dicionários ou, o que interessa nesta publicação, daquela derivada ou conceituada pelo setor saúde. Nos dicionários há a definição "idade entre 12 e 18 anos", tendo como sinônimo "juventude" <sup>(1)</sup> "O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Nº 8069 de 13 de julho de 1890) refere a fase como a que vai dos 12 aos 18 anos)". Há também a definição como sendo "o processo ou período de crescimento entre a infância e a maturidade" <sup>(2)</sup>.

Em medicina e em saúde pública, pode-se dizer que a preocupação específica por essa fase da vida é relativamente recente. De fato, em medicina uma especialidade "adolescente" só recentemente vem surgindo e, em saúde pública, ainda são quase inexistentes programas voltados a esse grupo etário. Saito e Queiroz <sup>(3)</sup> descrevem que o primeiro programa nas Américas, voltado para a medicina do adolescente surgiu, em 1961, nos Estados Unidos e comentam outros programas relativamente concomitantes na Argentina, Chile e no México. No Brasil citam um dos primeiros programas que foi o projeto de São Paulo, ligado ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP e que constituiu em atendimento ambulatorial com enfoque na promoção da saúde e a prevenção de agravos associados à parte curativa.

As publicações científicas sobre saúde do adolescente também são relativamente recentes, estando, entretanto, em ascensão, quer sob a forma de "papers" em revistas científicas quer sob a forma de livros. Sob essa última forma, merece ser destacado, no nosso meio, o livro "Adolescência - Prevenção e Risco", editado por Saito, Vargas da Silva e Leal <sup>(4)</sup>.

À medida que o processo saúde-doença do adolescente foi ganhando "status" na medicina e na Saúde Pública, passou a haver a preocupação ou mesmo a necessidade de se conceituar ou definir adolescência. Do capítulo introdutório do livro acima citado, serão aqui apresentados alguns comentários e conceitos. "O conceito de adolescência, envolvendo outro conceito do que é ser adolescente, desenvolveu-se no tempo, fruto de reflexão de várias áreas do conhecimento"... "Assim, muitas são as definições para a adolescência, que surgem oriundas de diferentes territórios do saber humano, ora amplas, diversificadas, ora buscando a exatidão, sem que tenha ocorrido o encontro de uma única definição, resultante do equilíbrio e da pertinência de todas as demais" <sup>(4)</sup>.

Os autores descrevem os vários aspectos da adolescência abordados pela Sociologia, Antropologia e pelo Direito e concluem que... "Proposição mais exata tem a Medicina, que vê a adolescência como período de crescimento e desenvolvimento, caracterizado por grandes

transtornos biopsicossociais" e complementam: "A concepção de adolescência, tal como se conhece na atualidade, pode ser definida como um período de transição entre a infância e a idade adulta, a partir da qual o indivíduo experimenta inúmeras modificações nas esferas biológicas, social e psicológica, necessárias para que se possa assumir o papel de adulto na sociedade" <sup>(4)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera adolescente o indivíduo entre 10 e 20 anos <sup>(5)</sup>.

Na presente publicação os vários aspectos a serem abordados dizem respeito ao grupo etário 10 a 19 anos.

Do ponto de vista do processo saúde-doença, os adolescentes apresentam uma baixa morbidade e muito baixa mortalidade em relação aos grupos etários que os precedem e os sucedem, particularmente, nestes últimos, os adultos acima de 40 anos e os idosos a partir de 65 anos.

No grupo aqui considerado, isto é, adolescentes, o perfil da saúde medido pela mortalidade por causas verifica-se, nitidamente, o predomínio das causas externas (acidentes e violências) seguindo-se, com valores bem menores, as neoplasias malignas e, em ordem decrescente, as doenças do aparelho respiratório e as do aparelho circulatório.

Quando se comparam as taxas de mortalidade por essas causas, elas são mais altas no sexo masculino, principalmente, das causas externas. Nas adolescentes do sexo feminino, particularmente naquelas de 15 a 19 anos, já aparecem as causas maternas como causa de morte. Os aspectos da mortalidade por causas em adolescentes do sexo feminino serão tratados em um capítulo especial desta publicação.

O fato de existirem, nas adolescentes femininas, mortes por complicações da gravidez, parto e puerpério é, pode-se dizer, a ponta do "iceberg" representado pela morbidade total por esse grupo de causas. Independentemente da morbidade e mortalidade por causas maternas, a gestação em adolescentes é um motivo de preocupação crescente não apenas no setor saúde, mas também no da educação bem como, quanto aos aspectos sociais, no que diz respeito a questão do relacionamento intra-familiar e na comunidade visto, frequentemente, ocorrer exclusão social deste grupo.

Segundo a OMS, mais de 14 milhões de adolescentes no mundo ficam grávidas e dão à luz um nascido vivo e, embora isso ocorra em todos os países, mais de 90% verifica-se nos países em desenvolvimento. Em algumas sociedades, as meninas se casam e têm filhos antes de terminar sua infância. Entretanto, em numerosos países, a maioria das gestações ocorre fora

do casamento pela existência de uma grande frequência de atividade sexual das adolescentes, ou por coerção ou por fatores ligados a pobreza e exclusão social (OMS, 2005) <sup>(6)</sup>.

Segundo a OMS <sup>(6)</sup>, existem diferenças entre países quanto à porcentagem (%) de adolescentes menores de 18 anos que dão à luz, como se pode verificar no quadro abaixo.

Quadro 1 - Nascimentos vivos de gestantes menores de 18 anos (porcentagem) segundo países. Porcentagem (%) de meninas até 18 anos.

%	Países
Até 10%	Japão, Alemanha, Polônia, França, China, Tunísia, Sri Lanka, Inglaterra, Marrocos, Burundi, Filipinas, USA, Tailândia.
10% a 19%	Brasil, Turquia, Peru, Trindade, Tobago, Egito, Indonésia, Paraguai, Paquistão, Colômbia, México, República Dominicana.
20% a 30%	Zimbábue, Gana, Yemen, Kenia, Guatemala, Tanzânia, Togo.
30% a 40%	Madagascar, Burkina, Faso, Nigéria, Uganda, Senegal, Malawi.
40% a 49%	Libéria, Costa do Marfim, Mali, Bangladesh, Camarões.

Fonte: OMS (6)

Nessa mesma publicação da OMS <sup>(6)</sup>, está transcrita uma declaração de uma ex-Diretora da "Federação Internacional da Paternidade Planejada": "Durante muito tempo, quando uma adolescente ficava grávida, apontava-se o dedo para ela. Já é tempo de se apontar o dedo para nós mesmos. Se uma adolescente fica grávida é porque não foi dada a ela a informação, educação, treinamento e apoio que ela necessitava para prevenir aquela gravidez".

No Brasil, a preocupação oficial com a saúde do adolescente, entre outros aspectos, pode-se dizer, é relativamente recente. Em 2007 o Ministério da Saúde publicou dois documentos, sob a forma de livreto, que tratam do adolescente, a saber: "Marco Legal-Saúde, um direito de adolescentes" <sup>(7)</sup> e "Marco Teórico e Referencial. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens" <sup>(8)</sup>.

Maiores comentários a respeito dessas duas publicações serão apresentadas na parte final deste trabalho. Entretanto, nesta parte introdutória, retirado de uma delas, julgou-se interessante reproduzir o que se segue: "Em nossa sociedade, circulam idéias sobre adolescência e juventude que se associam à noção de crise, desordem, irresponsabilidade; um problema social a ser resolvido, que merece atenção pública".

"O enfoque de risco, em particular, aparece fortemente associado a esses repertórios, por meio de expressões como: gravidez de risco, risco de contrair o HIV, risco de uso de drogas ilícitas, risco de morte frente à violência. O risco generalizado parece, assim, definir e circunscrever negativamente esse período da vida, gerando expressões, ações e posturas absurdas em relação aos adolescentes".

"Esses aspectos assumem nuances distintas se adotarmos a noção da vulnerabilidade para entendermos as experiências dos jovens frente aos riscos. Vulnerabilidade significa a capacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, apolíticos, econômicos e biológicos" <sup>(7)</sup>.

É ainda da mesma publicação o seguinte: "Algumas questões se mostram relevantes quando falamos da vulnerabilidade dos adolescentes no plano individual, social ou programático. A gravidez na adolescência é uma delas. Estudos realizados em diferentes países e grupos sociais demonstram aumento da taxa de fecundidade nas adolescentes, em confronto com a diminuição dessas taxas na população geral. No Brasil, essa realidade vem sendo constatada pelo crescente número de adolescentes nos serviços de pré-natal e maternidade, sua maior incidência nas populações de baixa renda e a associação entre alta fecundidade e baixa escolaridade".

"Além da experiência da gravidez entre adolescentes e jovens, há um significativo aumento da infecção pelo HIV/AIDS. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), das 30 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo, pelo menos um terço tem entre 10 e 24 anos. No Brasil, 13,4% dos casos diagnosticados entre 1980 e 1998 foram em adolescentes" <sup>(7)</sup>.

Assim, fica bastante claro, o fato a respeito da vulnerabilidade das meninas adolescentes em relação à gravidez.

Ainda em relação a esses aspectos gerais de adolescência e gravidez merecem serem apresentados comentários feitos por outros autores "... a vida sexual dos adolescentes brasileiros está começando mais cedo, em torno de dezesseis anos, com muita informação e pouca proteção contra a gravidez. As campanhas enfatizam doenças sexualmente transmissíveis em especial a AIDS, desvinculando-as da gravidez" <sup>(9)</sup>.

Comentando essa afirmação, Silva Gallo e Ferrari <sup>(10)</sup> a reforçam: "... Se esta afirmação pode ser constatada em todo o mundo, no Brasil, onde dados estatísticos mostram que a atividade sexual na adolescência vem se iniciando cada vez mais precocemente, já se pode entrever as conseqüências indesejáveis imediatas de tal processo, como o aumento da frequência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) nessa faixa etária e na gravidez, às vezes indesejável a qual, por isso terminam em aborto provocado".

O IBGE apresentou dados mostrando que a taxa de fecundidade vem diminuindo apreciavelmente nas últimas três décadas em todas as faixas etárias, porém, isso não ocorre nas idades inferiores a 19 anos, isto é, nos adolescentes. Baseando-se no fato de que um em cada cinco partos é de mãe adolescente, é possível estimar que, cerca de 1,1 milhão de adolescentes ficam grávidas anualmente sendo que a tendência é crescente <sup>(11)</sup>.

O Ministério da Saúde apresenta o dado de que a proporção de partos de mães adolescentes é um pouco superior a 20% nos anos 2005 e 2006 <sup>(12)</sup>.

A respeito dos achados do IBGE, Silva Gallo e Ferrari <sup>(10)</sup> comentam "... A média nacional, entretanto, dissimula a realidade desigual entre as regiões brasileiras, pois o percentual de partos em mulheres com menos de 20 anos chega quase a dobrar em alguns estados, revelando mais um retrato das desigualdades regionais. Nos últimos dez anos, o índice de partos em adolescentes caiu em três regiões, Sudeste, Sul e Centro-Oeste e aumentou em duas, Norte e Nordeste... enquanto o Maranhão o índice foi de 27,6% foi, no mesmo período, de 15,3% no Distrito Federal".

A presente publicação mostra vários aspectos da gravidez em adolescentes, bem como da saúde em geral deste grupo, baseando-se em dados secundários bem como dados primários a partir de investigações realizadas em maternidade. O que se objetiva com a presente publicação é estimular discussões, investigações e, muito importante, ações visando que a gestação de adolescentes passe a ser parte da saúde integral desse grupo etário.

## REFERÊNCIAS

- 1- MICHAELIS - Moderno Dicionário de Língua Portuguesa. Companhia Melhoramentos, São Paulo, 1998.
- 2 - MERRIAM-WESTER Pocket Dictionary Simon & Schuster, INC.,New York, N.Y, 1974.
- 3- SAITO MI, Queiroz LB. Medicina de Adolescentes: Visão Histórica e Perspectiva Atual. In: Adolescência. Prevenção e Risco. Editores: Maria Ignez Saito, Luiz Eduardo Vargas da Silva e Marta Miranda Leal - 2ª ed. São Paulo: Atheneo, 2008.
- 4 - Adolescência. Prevenção e Risco. Editores: Maria Ignez Saito, Luiz Eduardo Vargas da Silva e Marta Miranda Leal, 2ª ed. São Paulo, Atheneo, 2008.
- 5- Organización Mundial de la Salud. Problemas de salud de la adolescencia. Informe de un Comité de expertos de la OMS. Ginebra: OMS; 1977 (Informe Técnico 308).
- 6- World Health Organization. Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope. World Health Organization, Geneva, 2006.
- 7- Ministerio da Saúde - Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes. Min.Saúde, Secret. de Atenção a Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do jovem. -Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- 8 - Ministério da Saúde - Marco teórico e Referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. (Versão Preliminar). Min. Saúde.Secret. de Atenção a Saúde, Depto. de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- 9- RIBEIRO R, NENEVÊ M, PROENÇA M - Psicologia e Saúde na Amazônia: pesquisa e realidade brasileira. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2003 p. 37.

- 10- SILVA GALLO J H, FERRARI, DP - Chá de bebê: a celebração da incerteza - gravidez na adolescência. Revista Bioética, 2008 16 (2): 273-286.
- 11- Um em cada cinco partos no Brasil é de mãe adolescente, diz IBGE [online] Folha Online 2007; cotidiano disponível em URL:  
[http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult\\_95u352286.shtml](http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult_95u352286.shtml).
- 12- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Saúde e Desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agência nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

# GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS CLÍNICO-OBSTÉTRICOS E SOCIAIS

Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega\*

## Introdução

A adolescência é conhecida como uma fase de transição e de conflitos, tanto do ponto de vista biológico como emocional.

Para a Organização Mundial da Saúde a adolescência vai dos 10 aos 20anos<sup>1</sup> e no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>2</sup> estabelece a faixa etária dos 12 aos 18 anos.

Em um conceito mais amplo, a adolescência interliga a infância e a maturidade. É uma etapa de grandes transformações, tanto do ponto de vista físico quanto emocional. Geralmente ela se funde com o início da puberdade, apesar de serem processos distintos. A puberdade se restringe apenas ao fenômeno biológico que envolve a maturação sexual, enquanto que a adolescência é um processo bem mais abrangente que, além das mudanças fisiológicas, envolve aspectos emocionais bem como a integração do jovem com a sociedade. Essa mescla de alterações biopsicosociais proporciona uma série de mudanças adaptativas próprias a cada indivíduo, não podendo se ater a nenhuma referência temporal ou faixa etária.

No que tange ao sexo feminino, a presença de uma gestação durante esse processo de transição acarreta mudanças físicas e comportamentais que geralmente determinam repercussões na esfera social, jurídica e econômica, podendo interferir no curso natural da adolescência, com repercussões para sua vida futura<sup>3</sup>.

O seguimento do(a) adolescente nessa fase de grandes alterações é tarefa fundamental não só do médico como também de toda uma equipe multiprofissional, que deve utilizar todo o arsenal terapêutico disponível para acompanhar, apoiar e auxiliar o processo de transformação que a criança vai passar para se tornar um adulto saudável e integrado com a sociedade.

Apesar de verificarmos que a proporção de gestações abaixo dos 20 anos de idade vem apresentando uma tendência à queda nos últimos anos<sup>4</sup>, constatamos que na faixa etária abaixo dos 15 anos esse percentual vem se mantendo em um patamar praticamente constante, com tendência à alta.

---

\* Doutor em Ciências Médicas pela FMUSP  
Assessor Técnico da Área da Saúde da Mulher - Atenção Básica - SMS  
Presidente do Comitê de Mortalidade Materna do Município de SãoPaulo

Com o intuito de compreendermos as influências que uma gestação acarreta para esse organismo em desenvolvimento, é fundamental entendermos as fases desse processo de transição que envolve aspectos físicos, emocionais e sociais.

### **Mudanças biológicas**

O início da puberdade se dá devido ao amadurecimento do eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal, que aumenta a produção das gonadotropinas, assumindo um caráter pulsante mais evidente.

Com base nesse estímulo central e reforçado pela produção dos androgênios supra-renais, o ovário aumenta a sua produção de esteróides sexuais e o processo de transformação física se inicia.

Aproximadamente 80% das mulheres apresentam o desenvolvimento mamário (telarca) como primeiro sinal de que o processo está em andamento. Nos 20% restantes, o crescimento dos pelos pubianos (pubarca) precede a telarca<sup>5</sup>.

A seqüência das etapas do desenvolvimento é um processo bem definido. Entretanto, cada indivíduo vivencia cada fase desse processo de maneira única, variando em tempo e intensidade.

Herança genética à parte, verificamos que alguns fatores externos podem interferir nas manifestações desse processo. O clima, por exemplo, propicia um desenvolvimento mais precoce nas meninas que residem em regiões mais quentes, enquanto que o mesmo processo é retardado nas habitantes das regiões mais frias. Isso pode explicar o fato da diferença de estatura que existe entre as mulheres que residem em localidades com climas opostos<sup>6, 7</sup>. Da mesma forma, podemos citar a influência de fatores nutricionais (desnutrição e obesidade) e o aparecimento de algumas doenças crônicas como modificadores do processo natural da puberdade<sup>8</sup>.

Nas mulheres, esse processo de transformação física se inicia ao redor dos 8-10 anos e se estende até os 20-22 anos de idade, sendo mais intenso nos primeiros anos.

### **Mudanças psicológicas**

Com o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e o início do estirão de crescimento, com conseqüente mudança da forma física, a adolescente se vê, em um primeiro

momento, como um ser estranho, apresentando uma imagem corporal diferente de quando era criança. No início dessa fase a adolescente assume, geralmente, uma postura defensiva e se isola do sexo oposto. Os mecanismos de defesa e adaptação ao novo esquema corpóreo se fundem às mudanças emocionais e, de acordo com cada indivíduo, determinam o tempo de duração desse processo.

Nesse momento, a adolescente busca nas iguais uma forma de superar e se adaptar às mudanças que atingem seu corpo e sua mente, geralmente superando esse momento com certa naturalidade.

A segunda fase do desenvolvimento psicológico sofre, nos dias de hoje, as conseqüências que a revolução sexual da década de 1960 desempenhou no modo de agir e pensar de grande parte das mulheres, levando-as a uma série de questionamentos sobre o seu papel perante a família e a sociedade. A luta por direitos iguais aos dos homens transformou seu modo de ser, tornando-as mais conscientes da sua imagem corporal, da sua postura enquanto sexo frágil e das suas características emocionais, colocando-as em uma situação de igualdade com o sexo oposto. As várias mudanças decorrentes desse processo às elevaram a um patamar que antes era ocupado apenas pelos homens e um aspecto que chama à atenção foi o do livre exercício da sua sexualidade. No início, esse processo atingiu um grupo de mulheres mais amadurecidas do ponto de vista físico e emocional, que começou a exercer a busca pela sua igualdade de forma mais consciente. Entretanto, com o passar dos anos, a procura pelo exercício pleno da sexualidade e pela independência emocional foi prestigiando idades mais precoces e hoje engloba mulheres cada vez mais jovens e que, geralmente, não estão preparadas para assumir esse papel<sup>9</sup>.

A vontade de se tornar responsável por suas decisões e ser dona do seu próprio corpo compele a adolescente a buscar uma nova identidade emocional. No entanto, esse processo esbarra na sua quase que total dependência da proteção familiar, tanto do ponto de vista emocional quanto financeiro, como veremos mais adiante.

## **Fatores que levam a adolescente a engravidar**

### **Independência**

A busca por uma nova identidade, impulsionada pelas transformações físicas e emocionais, pode despertar na mente da adolescente a possibilidade da gravidez como caminho para sua independência. A necessidade de rever a sua relação com o vínculo familiar e a procura da sua

auto-afirmação perante a sociedade compõem a jovem a engravidar, no intuito de mostrar que já está madura o suficiente para assumir a responsabilidade e a postura de mãe.

### **Influência sócio-econômica**

Dependendo da região onde habitam, muitas adolescentes são incentivadas a constituir uma família de forma precoce, tomando para si as responsabilidades de um matrimônio, com total apoio dos pais. Nessa situação, a ocorrência de uma gestação é geralmente bem vinda, pois tem o apoio da sociedade e da família. Nessas regiões as meninas apresentam um amadurecimento emocional mais precoce e assumem a gestação com mais responsabilidade, apesar do organismo biológico ainda não estar totalmente preparado para enfrentar o processo gestacional. Geralmente esse tipo de comportamento está associado às regiões de baixa escolaridade e de baixo poder aquisitivo, onde a informação e a implantação de medidas dirigidas a um planejamento reprodutivo consciente dão lugar à necessidade premente de mão de obra voltada para o sustento.

Nas localidades mais desenvolvidas observamos o oposto. As adolescentes apresentam uma maturação orgânica mais precoce do que a emocional, pois a interdependência psicológica criada entre a família e a adolescente reforça o vínculo afetivo, o que desvincula os dois processos evolutivos. A dependência financeira da adolescente reforça ainda mais a necessidade da manutenção do elo familiar, pois nessa situação, a sua colocação como indivíduo perante a sociedade e a realização de seus sonhos profissionais tem mais peso do que a opção pela maternidade. Apesar de estarem biologicamente aptas a levar uma gestação ao término, não apresentam condição psicológica para assim fazê-lo, ocasionando uma série de conflitos entre o querer e o poder.

Do poder sócio-econômico decorre uma maior necessidade pela formação profissional e a busca por uma colocação satisfatória no mercado de trabalho e na sociedade. Seus objetivos são mais direcionados e um leque de perspectivas se abre para a adolescente, tanto do ponto de vista cultural, como de realização profissional, o que a leva a colocar a maternidade em um segundo plano.

Por outro lado, as adolescentes que pertencem às classes menos favorecidas entendem que o caminho para o sucesso profissional é demorado e repleto de obstáculos. Acreditam, dessa forma, que o estabelecimento de um vínculo com a maternidade é uma saída honrosa para não

serem cobradas pelo mercado de trabalho ao assumirem o *status* de dona de casa. Esse processo, além de mais rápido, é bem aceito pela sociedade, que coloca a formação de uma nova família como o bem maior que alguém poderia almejar. Elas assumem a gravidez como um objetivo a ser conquistado e acabam optando por constituir uma família, mostrando que boa parte das gestações nessas adolescentes não são indesejadas. Os maiores índices de fecundidade são verificados nas adolescentes que pertencem às camadas sociais mais pobres. O grupo de adolescentes que pertence às famílias com maior poder aquisitivo, além de mais intelectualizado e dependente do ponto de vista financeiro, entende as conseqüências que uma gravidez, nesse momento, traria para sua vida e para seus planos futuros. Dessa forma, procura atendimento especializado e se protege com a utilização de métodos anticoncepcionais eficazes.

Independente da classe sócio-econômica, a adolescente grávida não é vista com bons olhos pela família e nem pela sociedade até que sua união seja formalizada e regularizada. Na atualidade, dificilmente elas serão expulsas de casa, mas o ambiente familiar se torna inóspito. A condição de futura mãe solteira incomoda a família e a sociedade que, de certa forma, tentam solucionar o problema.

Nas famílias com maior poder aquisitivo a adolescente é praticamente induzida a realizar a interrupção da gestação que, apesar de ilícita, é realizada de maneira segura e em condições assépticas. A opção pelo abortamento é da família da adolescente que se dá o direito de tomar essa decisão no lugar da jovem pelo fato de ser aquela que provê sua moradia e seu sustento, sendo responsável por todos os seus atos até a idade adulta. Com essa atitude arbitrária, põe-se fim à possibilidade de um casamento indesejado e o problema está, de certa forma, resolvido para ambas as famílias envolvidas. Entretanto, a sobrecarga emocional advinda desse processo pode afetar de maneira significativa o seu desenvolvimento, podendo acarretar traumas físicos e emocionais que poderão influenciar o seu comportamento pelo resto de sua vida. Em estudo realizado em clínica privada<sup>10</sup>, a maior parte das gestações em adolescentes termina em aborto.

Nas famílias de classe social mais baixa o problema da gravidez é equacionado de maneira diferente. A adolescente é menos dependente do ponto de vista financeiro, pois a família tem pouco a oferecer e ela tem pouco a perder, em qualquer situação. A opção pelo aborto põe sua vida em risco, pois geralmente é realizado de forma insegura e o medo de expor o problema para a família a compele a realizá-lo sem a ajuda e sem o apoio dos familiares. As vítimas decorrentes da realização de abortamento inseguro compõem a terceira causa de mortalidade materna em nosso meio<sup>11</sup>.

No caso de receber o apoio da família, ela é compelida a se unir com o pai da criança tanto pela satisfação que devem prestar à sociedade quanto pelo fato de que a adolescente será, daqui por diante, sustentada pelo companheiro, deixando de ser um peso para o orçamento doméstico.

### **Casamento**

Algumas mulheres aguardam a estabilidade financeira e a maturidade emocional que a fase adulta propicia para escolher o momento adequado para casar e engravidar, conciliando condição financeira, realização profissional e plenitude emocional. Entretanto, a sociedade atual incute a idéia de que o casamento é a realização de toda a mulher e que trará a felicidade eterna. Esse conceito é reforçado pela família, que compele a mulher a assumir o matrimônio o mais rápido possível.

A adolescente, ao se tornar biologicamente apta para engravidar, começa a sofrer o mesmo tipo de cobrança e, ao contrário da mulher adulta, vê na gravidez uma maneira de se adequar às exigências impostas pela sociedade. Dessa forma, coloca por terra todos os seus planos futuros de estabilidade econômica e realização profissional para assumir definitivamente o papel de esposa e mãe, não necessariamente nessa ordem.

### **Conflito familiar**

Outra causa que explica a gravidez na adolescente é o conflito ideológico que esse período de transição gera dentro do convívio familiar. A adolescente quer impor suas vontades e suas idéias perante a família e mostrar que não é mais uma criança. Esbarra, no entanto, com a dependência financeira e a insegurança gerada por assumir a responsabilidade pelos seus atos. A gravidez e um possível casamento advindo dessa condição se transformam em objetivos a serem conquistados, visando a sua retirada do ambiente de conflito familiar ao propiciar uma condição favorável para sua independência.

### **Invulnerabilidade**

Verificamos, ainda, que boa parte das adolescentes carrega consigo a idéia trazida da infância de que nada de mal pode lhe acontecer. Um pensamento místico de invulnerabilidade e de

domínio completo sobre o próprio corpo. Dessa forma, acredita que só vai engravidar quando quiser e, por pensar assim, não se protege de maneira adequada. Quando a gravidez acontece e a surpreende, ela se recusa a acreditar que está grávida e não aceita a idéia de acompanhamento pré-natal, por rejeitar a evidência. Quando o faz, o seguimento se dá na fase tardia da gestação e a freqüência nas consultas é irregular.

### **Sentir-se útil**

A adolescente é tratada como uma criança, não sendo levada em consideração nas decisões familiares e tendo como obrigação o estudo e a prática de esportes. Algumas adolescentes desenvolvem dentro de si uma sensação de inutilidade e improdutividade. Busca, então, na maternidade uma saída para sua angústia e sente que alguém, finalmente, depende dela.

### **Status social**

Algumas adolescentes buscam evidência no meio onde vivem, se envolvendo com líderes da comunidade, à procura de segurança e de destaque social. Dessa forma, essa comunhão garante seu sustento e dá a ela a sensação de proteção. Entretanto, sabe que esse tipo de relacionamento é frágil e a presença de uma gravidez consegue reafirmar seus laços de união e reforça a sua posição diferenciada dentro da comunidade.

### **A influência da gravidez na adolescente**

A instalação do processo fisiológico de transformação gravídica determina uma maior incidência de risco gestacional ao acometer um organismo em fase de formação<sup>3</sup>. Os processos fisiológicos do menacme ainda estão para se concluir e a carga hormonal e psicológica advinda da gestação determinam alterações mais evidentes no organismo feminino. Essas alterações são mais pronunciadas quanto mais precocemente se instalar a gestação dentro desse processo evolutivo.

Em se tratando de uma gestação desejada e programada, as mudanças psicológicas fluem para o bem-estar da adolescente e a família, como um todo, se encontra em harmonia. Entretanto, a gravidez não programada e indesejada promove mudanças psíquicas importantes o que, de certa forma, acarretam distúrbios no processo de desenvolvimento intelectual e profissional futuro da adolescente e tem na família um agente catalizador desse processo.

Por outro lado, as modificações impostas à fisiologia materna não sofrem distinção e podem determinar conseqüências trágicas para a adolescente, independente do estado emocional em que se encontra.

A literatura mundial<sup>12</sup> e nacional<sup>11</sup> são taxativas quanto ao aumento dos indicadores de mortalidade materna nos extremos da idade reprodutiva, o que determinou a implantação de medidas de impacto nos países desenvolvidos como proposta concreta para a redução dessas ocorrências<sup>12</sup>.

A realidade nos países em desenvolvimento é outra pois, a baixa escolaridade e a dificuldade de acesso ao sistema de saúde torna o processo de conscientização e seguimento mais difícil e trabalhoso.

Isso determina o fato de considerarmos a gestação na adolescência como uma situação de risco, tanto materno quanto fetal. É imprescindível que essa jovem seja atendida de forma diferenciada, com um olhar mais amplo e não somente voltado à rotina de acompanhamento pré-natal comumente empregada.

Essa adolescente deve ser acompanhada por uma equipe multiprofissional treinada para dar o apoio e o esclarecimento de todo o processo que engloba o ciclo gravídico-puerperal com vistas a minimizar o efeito de eventuais complicações que acometem a gravidez e o puerpério, promover um parto mais tranquilo e dar apoio à futura mãe no seguimento pós-parto, principalmente na necessidade das consultas de puericultura como meio de preservação do bem-estar do recém-nascido.

No entanto, não podemos nos esquecer do fato de que essa adolescente-mãe corre o risco de uma nova gestação se não for bem orientada e acompanhada de forma rigorosa, até que se decida sobre o seu futuro reprodutivo.

### **Abortamento inseguro**

Como dito anteriormente, a adolescente se vê diante de um dilema frente à gravidez. A primeira reação é a de esconder o fato consumado. A sabida falta de apoio familiar e as condições sócio-econômicas precárias levam a jovem a agir de forma intempestiva, procurando um jeito de resolver essa situação da forma mais discreta possível.

Nessa hora, lança a mão de recursos sabidamente leigos e que põe em risco a sua própria vida. Procura a interrupção da gestação com a ingestão de fórmulas caseiras, medicamentos conseguidos de forma ilícita ou pela introdução de objetos pontiagudos na vagina e no útero. Tais procedimentos determinam elevados índices de intoxicação, hemorragia e infecção e, por

recessar que a presença da gestação venha a público, escondem o fato. Essa atitude inconseqüente e a demora para procurar auxílio muitas vezes impossibilitam qualquer conduta médica para reverter o processo de dano ao organismo. Não é raro presenciar tentativas de suicídio pois não conseguem suportar a pressão que vão sofrer da família e da sociedade<sup>11</sup>.

Quando não obtém sucesso na interrupção da gestação ou na tentativa de suicídio, podemos presenciar a ocorrência de mal-formações fetais advindas do uso de drogas<sup>13</sup> e, em algumas situações, colocam em risco o seu futuro obstétrico ao determinarem lesões em seus órgãos internos<sup>14, 15</sup>.

### **Cuidados com a gestante adolescente**

O seguimento pré-natal deve ser individualizado e feito em separado das gestantes mais velhas. O fato de uma jovem engravidar em tenra idade chama a atenção dessas gestantes e não é raro observar certo grau de censura, levando a adolescente a se sentir constrangida ao dividir a mesma sala de espera<sup>16</sup>.

Nos dias de hoje, a validação da identidade emocional, as atitudes e o comportamento de qualquer adolescente se traduz embasado em um referencial grupal. É importante para fortalecer o seu estado emocional que a adolescente compartilhe suas experiências e vivências com indivíduos na mesma situação, facilitando a quebra de tabus e minimizando a carga de ansiedade natural do momento.

A criação de vínculos com outras jovens na mesma situação torna a adolescente mais segura de si e proporciona uma maior aderência ao acompanhamento pré-natal. Essa afinidade pode ser utilizada na formação de grupos educativos onde as informações fornecidas são complementadas e reforçadas por vivências individualizadas, proporcionando um maior benefício para o todo.

O conhecimento onipotente que a adolescente julga ter começa a ser compartilhado com o grupo, fazendo-a refletir sobre a real magnitude desse domínio, o que a torna mais aberta a receber essa nova carga de informações, pois a linguagem se traduz no mesmo nível de compreensão.

A obtenção de maior conhecimento sobre a situação que está vivenciando minimiza sua ansiedade e o medo do desconhecido, facilitando sua colaboração para a condução de um parto natural.

## **Doença hipertensiva específica da gravidez**

De etiologia desconhecida até o momento, a doença hipertensiva específica da gravidez se traduz por aumento dos níveis pressóricos durante a segunda metade da gestação em um organismo previamente hígido e pode determinar, quando não bem controlada, a sua morte e a do concepto.

A gravidez na adolescência propicia o aparecimento de fatores de risco para o desenvolvimento dessa doença, tais como a primiparidade, a gestação em extremo da idade reprodutiva e stress. Agregado a esses fatores, o baixo nível sócio-econômico também serve como fator coadjuvante para a manifestação dessa doença.

Sua incidência é significativamente maior nas gestantes com menos de 16 anos, podendo variar de 12 a 31%<sup>17</sup> contra 5 a 10%<sup>18</sup> na população geral, e está diretamente vinculada ao nível de atenção durante a realização do seguimento pré-natal.

Um acompanhamento pré-natal realizado com atenção e o tratamento precoce das intercorrências advindas desse agravo determinam a redução da morbi-mortalidade nessas mulheres. A sobrevida fetal está diretamente vinculada ao comportamento dos níveis pressóricos observados nessas gestantes, bem como seu controle de forma adequada.

## **Anemia**

Os adolescentes geralmente possuem um hábito alimentar inadequado e, na vigência da gravidez, instala-se uma competição por nutrientes entre a gestante e o feto. Dessa forma, não é raro encontrarmos a presença de anemia materna, o que aumenta as chances de um maior risco para infecções, crescimento fetal restrito e para o parto prematuro<sup>19</sup>.

Atento para as devidas condições sócio-econômicas da adolescente, o obstetra deve se valer de medicações antianêmicas específicas e, principalmente, do apoio de um nutricionista que dê a devida assessoria para a obtenção de um suporte alimentar adequado.

## **Prematuridade e Rotura prematura de membranas ovulares**

A gravidez na adolescência está associada a recém-nascidos de baixo peso (<2500g), principalmente devido à ocorrência de partos prematuros e às infecções das membranas ovulares.

A precocidade no início da atividade sexual e, na grande maioria das vezes, sem o devido acompanhamento médico, desencadeia um maior número de processos infecciosos ginecológicos, favorecendo a ocorrência de partos prematuros e aumentando as chances de acontecer uma rotura precoce das membranas ovulares.

Outro fator desencadeante da prematuridade reside no aspecto nutricional. Foi estabelecido um risco duas vezes maior de parto pré-termo<sup>20</sup> quando ganho de peso é insuficiente durante a gestação.

O exame ginecológico, o tratamento apropriado dos quadros infecciosos, reposição adequada de nutrientes bem como o seguimento a contento dessas gestantes minimizam essas morbidades.

### **Restrição do crescimento fetal**

A presença de crescimento intra-uterino restrito é devido à presença de muitos fatores de risco envolvendo a gestação nessa faixa etária.

As síndromes hipertensivas, a anemia, a desnutrição, o baixo nível sócio-econômico e o ganho de peso inadequado durante a gestação podem ser apontados como fatores que colaboram para que as repercussões das modificações gravídicas que ocorrem nessa faixa etária sejam mais evidentes para o feto.

### **Tipo de parto**

Existe uma tendência aumentada à realização de partos operatórios em gestantes adolescentes, principalmente devida à distócia funcional, ao sofrimento fetal e ao despreparo emocional. Dentre as causas acima citadas, acreditamos que a última delas teria um peso maior pois o equilíbrio emocional é de grande importância para a condução de um pré-natal adequado, um parto tranqüilo e um puerpério sem complicações.

A sensação de abandono vivida pela adolescente grávida justifica amplamente um acompanhamento multiprofissional rigoroso, colaborando de forma decisiva para a obtenção de um resultado satisfatório na estruturação do seu corpo tanto no aspecto físico quanto emocional. Esse acompanhamento deverá se estender durante toda a gestação e o puerpério, oferecendo um suporte adequado às suas necessidades.

A realização de uma cesárea no início da idade reprodutiva trará grandes repercussões sobre o futuro obstétrico dessa mulher, devido à possibilidade aumentada da repetição desse

procedimento em gestações futuras, com aumento significativo das morbidades associadas ao ato cirúrgico.

O obstetra que prestar atendimento à adolescente deverá estar preparado para lidar com todas as manifestações físicas e emocionais envolvidas no momento do parto e evitar, a não ser em caso de necessidade comprovada, a realização do parto operatório.

## **Conclusão**

Com base no exposto acima, podemos concluir que o processo da gestação e da maternidade consciente possui grandes peculiaridades quando se trata de adolescentes.

É fundamental o apoio e a retaguarda de uma equipe multiprofissional que possa dar suporte não só à adolescente, mas também, a toda sua família, que cobra da jovem uma postura adulta e madura, esquecendo que há pouco era apenas uma criança.

O fortalecimento dos programas voltados à saúde sexual e reprodutiva, a quebra das barreiras culturais que impedem a adolescente de ser informada sobre o exercício seguro de sua sexualidade, a disponibilidade ampla de todos os métodos contraceptivos bem como o acolhimento da jovem por parte da equipe de saúde são instrumentos fundamentais para que a gestação, nesse período de transição, se dê de forma consciente e segura.

## REFEÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. A gravidez e o aborto na adolescente. Genebra; 1975.
2. Estatuto da Criança e do Adolescente. 1990.
3. Peixoto S, Giunta RZ, Bueno MV. Primiparidade Precoce e Tardia  
In: Peixoto S, Sankovski M, Mendes ETR, Fernandes GL, editors. Peixoto –  
Pré-natal. São Paulo: ROCA; 2004.
4. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. [Citado em 2009]. Disponível em:  
<http://www.seade.gov.br/produtos/mrc/index.php>
5. Halbe HW. Ginecologia Endócrina: ROCA.
6. Farkas G. The median of menarche in Hungary and its relation to meteorological data.  
Arztl Jugendkd. 1979 aUG;70(4):274-81.
7. Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon JP. The  
timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations  
around the world, secular trends, and changes after migration. Endocr Rev.  
2003 Oct;24(5):668-93.
8. Lane P. Puberty and chronic kidney disease. Adv Chronic Kidney Dis. 2005  
Oct;12(4):372-7.
9. Conceição ISC. Gravidez na Adolescência. In: Peixoto S, Sankovski M, Mendes ETR,  
Fernandes GL, editors. Peixoto - Pré-Natal. 3ª ed. São Paulo: ROCA; 2004.
10. Vitiello N, Conceição ISC, Canella PRB, Cavalcante RC. Gestação na Adolescência.  
In: Vitiello N, editor. Adolescência Hoje. São Paulo: ROCA; 1988. p. 149-59.

11. Vega CEP. Relatórios de Mortalidade Materna do Município de São Paulo. [Citado em 2009] .Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mulher/0007>
12. Loudon I. Maternal mortality in the past and its relevance to developing countries today. *Am J Clin Nutr.* 2000 Jul;72(1 Suppl):241S-6S.
13. Ferreira S, Ferreira A, Contente Gomes M, Costa Linhares A, Decourt L. Detection of cardiovascular abnormalities in the nursery of a general hospital in the Amazon region: correlation with potential risk factors. . *Cardiol Young.* 1999 Mar;9(2):163-8.
14. Cisse C, Faye E, Cisse M, Kouedou D, Diadiou F. Uterine perforation after an illegal abortion. *Med Trop.* 1999 Mar;59(4):371-4.
15. Morales DP, Elito Junior J, Camano L. Abortamento séptico: ainda um problema de saúde pública. *Femina.* 2006 Jun;34(6):433-35.
16. Galletta MA, Waismann AL, Zugaib M. Pré-natal na adolescente. *Adolescência e Saúde III.*
17. Silva JLP, Chinaglia MLM. In: Neme B, editor. *Obstetrícia Básica.* 2ª ed: Savier; 2000.
18. GALLETTA MA. PRÉ-ECLÂMPسيا. In: ZUGAIB M, BITTAR RE, editors. *Protocolos assistenciais Clínica Obstétrica.* 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 1999.
19. Magalhães MdLC, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho FHC, Almeida FMLd, Mattar R, et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? *Rev bras ginecol obstet.* 2006 Ago;28(8):446-52.
20. Hediger M, Scholl T, IG A. Rate and amount of weight gain during adolescent pregnancy: associations with maternal weight-for-height and birth. . *Am J Clin Nutr.* 1990 1990;52:793-99.

# **A VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES: em busca do conhecimento sobre o problema\***

**M. Helena P. de Mello Jorge\*\***

## **1. Preliminares**

### **1.1. A adolescência e a violência**

Embora se saiba que, em toda a América Latina, a população jovem está crescendo de forma mais lenta do que no passado, no Brasil, esse grupo populacional representa, ainda, um contingente bastante apreciável de pessoas. No censo de 2000, os adolescentes representavam pouco mais de 35 milhões de habitantes, com leve superioridade do sexo feminino e da faixa etária de 15 a 19 anos. (Mello Jorge-2008). Estimativa para 2006 mostra 34.565.329 habitantes de 10 a 19 anos, dos dois sexos, sendo 17.527.680 masculinos e 17.037.649 femininos.

Essa fase da vida é considerada, por alguns autores, como uma etapa crucial e bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento, cuja marca registrada é a transformação ligada aos aspectos físicos e psíquicos do ser humano nas diferentes culturas. A adolescência aparece, assim, como resultado da interação constante entre os processos do desenvolvimento biológico e psico-

emocional relacionado às tendências socioeconômicas e subordinadas à evolução de normas e valores de cultura específica (Saito, 2008).

Trata-se de um grupo etário no qual a vulnerabilidade aflora como importante, na medida em que esse é um período problemático do desenvolvimento humano.

Saito e Forte, 2008, relatam que a primeira coisa que chama a atenção quando se estuda a adolescência é sua relação com a violência. Trata-se, em geral, de uma população sadia, na qual a mortalidade por causas externas - aqui incluídos todos os tipos de acidentes e as violências auto e hétero praticadas - sobressai em larga escala. Mello Jorge vem, de longa data, mostrando o comportamento dessas causas nesse grupo etário e a resistência que os números apresentados, pelo Brasil, têm em diminuir. (Mello Jorge, 1988; Mello Jorge, 1998; Mello Jorge e Leite, 2002; Mello Jorge, 2008)

---

\* Preparado por solicitação do Prof. Ruy Laurenti, para compor o Relatório sobre Adolescentes, OPS, 2009.

\*\* Professor Associado do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Por outro lado, tem sido referido, inclusive em trabalhos internacionais, que, além de concorrerem como vítimas, os adolescentes e jovens participam da violência como sujeitos ativos, perpetradores que são de não poucos atos violentos no mundo (OMS, 2002).

## 1.2 O sexo feminino nesse contexto

Os cultores da demografia e da saúde têm acompanhado, no tempo, o fato de que o sexo masculino sobrepuja o feminino, em frequência, tanto no nascimento quanto na morte e, nesta, em, praticamente, todas as etapas da vida, visto que os homens morrem, em geral, mais cedo que as mulheres; talvez, em razão de maior exposição a riscos, esse fato empresta, aos homens, maior vulnerabilidade.

O número de óbitos de adolescentes, no Brasil, em 2006, foi de 24.740, com distribuição segundo sexo e idade apresentada na tabela 1.

Tabela 1 – Óbitos de adolescentes segundo sexo e idade, Brasil, 2006

Idade	Masculino		Feminino		Total *	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10 a 14	3.530	19,2	2.307	36,6	5.838	23,6
15 a 19	14.903	80,8	3.999	63,4	18.902	76,4
Total	18.433	100,0	6.306	100,0	24.740	100,0

\* Inclue caso de sexo não registrado

Verifica-se que cerca de três quartas partes das mortes ocorrem entre os meninos, restando 6306 óbitos para o sexo feminino, distribuídos em 63,4% na faixa de 15 a 19 e 36,6% no grupo de 10 a 14 anos.

Especificamente quanto às causas externas, que representam mais de 66% do total de óbitos, e, dentre estas, as decorrentes de lesões auto provocadas (suicídios) e hetero-provocadas (homicídios), os dados estão na tabela 2. É possível perceber, com nitidez, a elevada supremacia de mortes por causas violentas entre os meninos, fato que tem sido atribuído a uma maior exposição a riscos, conforme já salientado. A relação aproximada entre óbitos masculinos e femininos, por essas causas, em 2006, foi de 5,7:1 na faixa de 10 a 19 anos, variando entre 2,3:1 no grupo 10 a 14 e 7,2:1 nos adolescentes mais velhos (15 a 19 anos). Quanto aos tipos de causa externa, entre os meninos houve predomínio das causas

intencionais em 62,3% relativamente às acidentais e, entre o sexo feminino, salientaram-se, pela maior frequência, as causas acidentais (59,3%).

Tabela 2 – Óbitos de adolescentes por causas externas segundo tipo, idade e sexo, Brasil, 2006

Tipo	Masculino			Feminino			Total Nº
	10 a 14	15 a 19	Subtotal	10 a 14	15 a 19	Subtotal	
Acidentais							
Transporte	591	2.499	3.090	305	658	963	4.053
Outros	635	1.266	1.901	245	174	419	2.320
Subtotal	1.226	3.765	4.991	550	832	1.382	6.373
Internacionais							
Suicídios	58	438	496	59	193	252	748
Homicídios	425	7.171	7.596	135	521	656	8.252
Subtotal	483	7.609	8.092	194	714	908	9.000
Intenção							
Indeterminada	116	556	672	34	103	137	809
<b>Total</b>	<b>1.825</b>	<b>11.930</b>	<b>13.755</b>	<b>778</b>	<b>1.649</b>	<b>2.427</b>	<b>16.182</b>

\* Inclue as intervenções legais

Analisando as internações hospitalares como forma de conhecer a morbidade de adolescentes, verifica-se que, do ponto de vista quantitativo, as hospitalizações desse grupo populacional representam somente uma pequena proporção das internações em geral. Entretanto, sua distribuição quanto ao sexo, mostra um desbalanço apreciável, evidenciando que as meninas sobrepõem os meninos, com taxas de quase duas vezes e meia (em relação à apresentada pelo sexo masculino). Esse comportamento, exatamente, o oposto do que ocorre com a mortalidade, é facilmente compreendido quando se examinam as causas que levam à hospitalização (Tabela 3). Constata-se que, enquanto no sexo masculino sobressaem as lesões e envenenamentos (causas externas), nas meninas, as causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério assumem o primeiro posto, com ampla vantagem em suas proporções.

Tabela 3 – Principais causas de internação de adolescentes segundo sexo e idade, Brasil, 2008

Sexo/Idade		1º posto	2º posto	3º posto	4º posto
Masculino	10 a 14	CE 38.698	DIP 28.827	DAR 27.486	DAD 20.881
	15 a 19	CE 48.920	DIP 20.027	DAR 18.740	DAD 18.583
Feminino	10 a 14	GPP 31.942	DAR 24.966	DIP 24.721	CE 12.454
	15 a 19	GPP 536.089	GENIT 32.271	DIP 21.544	DAR 19.179

GENIT = Doenças do aparelho geniturinário

DAR = Doenças do aparelho respiratório

DAD = Doenças do aparelho digestivo

CE = Causas externas

DIP = Doenças infecciosas

GPP = Gravidez, parto e puerpério

Aqui, na tentativa de entender esses valores, é necessário considerar que, quanto às lesões decorrentes de causas externas, os números são menores que o esperado, pelo fato de alguns casos não chegarem ao hospital em razão, tanto da ocorrência do óbito no local do evento quanto por alguns serem atendidos em serviços de emergência e a seguir liberados, não chegando, também, a serem internados.

Os dados oficiais de mortalidade (Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde-SIM) e de morbidade (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde-SIH/SUS), entretanto, têm sido criticados, na medida em que não abrangem os casos que não chegam a óbito ou que não demandam internação hospitalar. Trata-se de uma lacuna a ser preenchida e todos os esforços devem ser feitos no sentido de, cada vez mais, ser possível conhecer esses números. A busca de outras fontes de dados faz-se, então, necessária. Essa situação ocorre, principalmente, nos casos de violência física contra a criança e o adolescente e, ainda com mais intensidade, nos casos de violência sexual. Nesse aspecto, alguns trabalhos pontuais estão permitindo mostrar que o sexo feminino representa a maior proporção de vítimas e, aqui, chama a atenção o fato de que a própria legislação brasileira, em casos especiais, tutela a mulher em maior escala, privilegiando sua qualidade de sujeito passivo. (Silveira, 2008; Eluf, 1999; Hislop, 2001).

Alargando mais o conceito de violência, a própria gestação na adolescência pode ser considerada uma forma desta, na medida em que representa um tipo de agressão ao corpo e ao espírito de seres que recém deixaram de ser crianças e ainda não entraram na vida adulta. A gravidez em baixas idades é, geralmente, indesejada e, não poucas vezes, decorre de uma violência sexual.

Isso posto, conhecer como se distribui a violência entre adolescentes e jovens, aqui consideradas as do sexo feminino - suas causas e consequências - é elemento básico para a prevenção desses eventos.

## **2. Medindo a violência entre as adolescentes**

### **2.1. A violência auto infligida. os suicídios e as tentativas**

Ao tratar do suicídio e tentativas, a primeira observação a ser feita é a relativa aos seus registros. Autores de várias partes do mundo e, inclusive, no Brasil, têm mostrado que os dados oficiais, tanto de mortalidade quanto de morbidade, subestimam a dimensão do problema (Mello Jorge, 1981; Laurenti e col., 2006 Ribeiro, 2007). As razões apontadas para essa subenumeração vão desde o estigma que o suicídio representa para várias populações, a motivos de conveniência social, recebimento de seguro ou, ainda, ao fato de se encontrarem "mascarados" por acidentes deliberadamente cometidos (OMS, 2002).

A metodologia utilizada em pesquisa nacional sobre a mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos de idade (Laurenti e col. 2006) permitiu agregar, aos 80 casos de suicídios, já classificados sob essa rubrica na Declaração de Óbito original, mais 118, cuja causa da morte estava referida como "causa externa de tipo ignorado", "causa mal definida", ou mesmo outras patologias. Consulta aos laudos do Instituto Médico Legal, Boletins de Ocorrência Policial, prontuários hospitalares ou informação da família foram as fontes responsáveis pelo aprimoramento da qualidade dessa informação (fator de correção igual a 2,475).

A Organização Mundial da Saúde tem chamado a atenção para o fato de que os números que retratam os suicídios e as tentativas, além de subestimados pelas razões já expostas, também não dão conta de atingir todo o universo das lesões auto-infligidas, visto que uma forma bastante comum desse tipo de lesão é a automutilação, sobre a qual muito pouco se sabe (OMS, 2002).

Apesar dessas limitações, os dados mostram aspectos relevantes. Fato bastante interessante que ocorre com os dados registrados é que eles relatam maior ocorrência de suicídios no sexo masculino (razão aproximada de 2,5:1), contrariando a crença popular de que as mulheres apresentam maior tendência ao evento do que os homens. A mortalidade revelada pelos dados do SIM, no Brasil, em 2006, para o grupo de adolescentes, evidencia a ocorrência de 748 suicídios entre 10 e 19 anos, sendo 496 entre os meninos e 252 no sexo feminino, respectivamente 66,3% e 33,7%.

As taxas são baixas e, talvez por esse motivo, parece não causarem qualquer impacto. Entretanto, Mello Jorge, em 1998, já sinalizava para o fato de que essa questão deve ser melhor estudada, principalmente, pelos hebiatras, na medida em que, embora com baixa frequência, é difícil aceitar que um adolescente ou jovem opte por esse caminho. Comparando dados de 1997 com os de anos seguintes, verificou taxas em ascensão e, analisando, posteriormente, o ano de 2004, mostrou que o crescimento apresentava-se ainda maior. (Mello Jorge, 2008)

É interessante observar que as mulheres, ao praticarem ato suicida, selecionam meios diferentes dos homens para a sua consumação. A mesma autora, em análise retrospectiva dos dados do Município de São Paulo, entre 1960 e 1975, tendo como fonte as informações existentes no Instituto Médico Legal, já mostrava a "preferência" feminina quanto à utilização de substâncias tóxicas para atingir o suicídio (Mello Jorge, 1982). Quanto à sua ocorrência entre adolescentes de 10 a 14 anos, na mesma área, em 1985, a autora mostrou a ocorrência de 10 casos, sendo 8 entre meninas e 2 no sexo masculino. Evidentemente, os pequenos números não permitem grandes conclusões, mas chamava a atenção o fato de a precipitação de lugar elevado ter sido a forma mais escolhida para a consumação do suicídio desses adolescentes. Esse posicionamento parece fácil de ser entendido, na medida em que não requer nenhum preparativo ou premeditação de seu agente, podendo revelar um ato impulsivo ou irrefletido (Mello Jorge, 1988).

Em 2004, estudo relativo à mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, nas Capitais de Estados brasileiros, num total de 198 casos de suicídios evidenciou a ocorrência de 33 mortes (16,6%) por essa causa entre 10 e 19 anos, sendo 6 na faixa de 10 a 14 e 27 entre 15 e 19 anos (Laurenti e col., 2006), sendo vários deles conseqüentes à ingestão, principalmente do carbamato conhecido como "chumbinho", usado em larga escala como "veneno para ratos".

Ribeiro, 2005, aprofundando essa investigação, mostrou que as mortes dessas adolescentes foram decorrentes de situações em que a depressão estava, quase sempre, presente..

Dados mais atuais (SIM/MS, 2006) mostram a distribuição dos suicídios na faixa 10 a 19 anos, segundo os meios utilizados para chegar à morte. (Tabela 4)

Tabela 4 – Óbitos de adolescentes do sexo feminino por suicídio segundo idade e tipo, Brasil, 2006

Tipo	10 a 14		15 a 19		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Auto intoxicação por:						
Drogas e medicamentos	4	6,8	16	8,3	20	7,9
Álcool e gases e vapores	-	-	2	1,0	2	0,8
Pesticidas	11	18,6	39	20,2	50	19,8
Outros produtos químicos e NE	3	5,1	18	9,3	21	8,3
Enforcamento	34	57,6	72	37,3	106	42,1
Afogamento	-	-	2	1,0	2	0,8
Arma fogo e explosivos	4	6,8	15	7,8	19	7,5
Fogo	1	1,7	4	2,1	5	2,0
Precipitação lugar elevado	1	1,7	10	5,2	11	4,4
Outros e não especificado	1	1,7	15	7,8	16	6,4
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>193</b>	<b>100,0</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>

Verifica-se que, nos 252 óbitos por suicídio entre adolescentes do sexo feminino, no Brasil, em 2006, 23,4% ocorreram na faixa etária de 10 a 14 anos e 76,6% no grupo mais velho (15 a 19 anos).

Quanto aos meios, o enforcamento foi o mais utilizado (42,1%), em ambas as faixas etárias, seguindo-se a intoxicação por pesticidas, responsável por, praticamente, 20% do total de mortes.

Relativamente às internações hospitalares das adolescentes por tentativas de suicídio (Tabela 5), os 584 casos registrados em 2008 distribuíram-se, segundo idades, em 33,7% no grupo de 10 a 14 anos e 66,3% na faixa de 15 a 19. Relativamente aos meios escolhidos para o ato, a situação mostra-se bastante diferente da apresentada quanto aos suicídios consumados, como

visto na tabela 4. Verifica-se que, em mais de 60% das internações femininas de 10 a 14 anos por tentativa de suicídio, o meio utilizado foi a auto-intoxicação por drogas e medicamentos; na faixa etária seguinte (15 a 19 anos), a proporção foi de 53,7%. Note-se que, quanto aos suicídios consumados, esse meio foi representado por menos de 8% dos casos. Por outro lado, os pesticidas, bastante visíveis na tabela 3 (praticamente 20% dos casos), compareceram, nas internações, com 15,1%, mostrando sua importância, também, aqui.

Esses dados levam a pensar na eficiência/eficácia de alguns meios, nessa faixa etária, como por exemplo, o enforcamento. A contrário senso, a ingestão de drogas e medicamentos, provavelmente em pequena quantidade, fez, apenas, com que as jovens chegassem a ser internadas, sem conduzir, entretanto, à morte.

Tabela 5 – Internações de adolescentes do sexo feminino por tentativas de suicídios, segundo idade e tipo, Brasil, 2008 (Nº e %)

Tipo	10 a 14		15 a 19		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Auto intoxicação por drogas e medicamentos	119	60,4	208	53,8	327	56,0
Auto intoxicação por álcool e gases e vapores	7	3,6	25	6,5	32	5,5
Auto intoxicação por pesticidas	31	15,7	57	14,7	88	15,1
Auto intoxicação por outros produtos químicos e NE	9	4,6	23	5,9	32	5,5
Enforcamento	1	0,5	-	-	1	0,2
Arma fogo e explosivos	5	2,5	1	0,3	6	1,0
Fogo	-	-	24	6,2	24	4,1
Precipitação lugar elevado	1	0,5	10	2,6	11	1,9
Outros	10	5,1	16	4,1	26	4,4
Não especificados	14	7,1	23	5,9	37	6,3
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>100,0</b>	<b>387</b>	<b>100,0</b>	<b>584</b>	<b>100,0</b>

## **2.2. Agressões físicas e homicídios**

A violência interpessoal em geral - e, especialmente, o homicídio - atinge muito mais os homens, o que mostra que, inclusive historicamente, estes, muito mais que as mulheres envolvem-se nesse tipo de situação. A taxa de vitimização masculina, no Brasil, tem se apresentado numa razão de mais de 10:1, sendo que Souza e col, 2003, mostraram, para o ano de 1998, 12:1.

A violência contra a mulher - violência de gênero, como vem sendo chamada embora com números não tão elevados, atinge vítimas de todas as camadas sociais, níveis de escolaridade e diferentes etnias (Bonomi, 2007). Quanto à idades, a adolescência não apresenta valores elevados, nesse contexto.

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM \_ no Brasil, em 2006, ocorreram 656 mortes por homicídio em adolescentes do sexo feminino, sendo 135 na faixa entre 10 e 14 anos (20,6%) e 521 (79,4%) no grupo etário seguinte.

Quanto aos casos de adolescentes agredidas fisicamente e internadas, totalizaram 864, sendo 319 (36,9%) entre as mais novas e 545 (63,1%) entre as mais velhas (SIH/SUS).

Relativamente aos meios utilizados pelos agressores, constata-se que os dados do SIM mostram cerca de 62% conseqüentes a disparos de arma de fogo (Tabela 6) sendo pequena a representatividade de cada um dos demais meios: estrangulamento e sufocação (7,2%); objetos cortantes e penetrantes (17,4%) e objetos contundentes (6,4%).

Tabela 6 – Óbitos de adolescentes do sexo feminino por homicídio\* segundo idade e tipo, Brasil, 2006

Tipo (Agressão por...)	10 a 14		15 a 19		Total*	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pesticidas e outros produtos	2	1,5	1	0,2	3	0,5
Estrangulamento e sufocação	16	11,8	31	6,0	47	7,2
Arma fogo e explosivos	76	56,3	331	63,5	407	62,0
Instrumentos cortantes e penetrantes	17	12,6	97	18,6	114	17,4
Instrumentos contundentes	10	7,4	32	6,1	42	6,4
Força corporal	2	1,5	6	1,2	8	1,2
Agressão sexual por força física	-	-	1	0,2	1	0,1
Outros	7	5,2	7	1,3	14	2,1
Não especificados	5	3,7	15	2,9	20	3,1
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>	<b>521</b>	<b>100,0</b>	<b>656</b>	<b>100,0</b>

\* Inclue intervenções legais

Nas internações de 2008, as lesões provocadas por disparos de armas de fogo ou explosivos - 165 -corresponderam a 19,1%; objetos cortantes (22,3%) e os contundentes (13,8%) em relação ao total de internações para esse grupo de causas. Causa espécie verificar o peso das agressões por meio de força corporal - 96 casos - (11,1%) e agressão sexual por meio de força física (2,6%) tipos que, praticamente, não tiveram representação nos dados de mortalidade. (Tabela 7)

Tabela 7 – Internações de adolescentes do sexo feminino por agressão, segundo idade e tipo, Brasil, 2008

Tipo (Agressão por...)	10 a 14		15 a 19		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Drogas, pesticidas, gases e outros produtos químicos	16	5,0	22	4,0	38	4,4
Estrangulamento e sufocação	-	-	-	-	-	-
Arma fogo e explosivos	38	11,9	127	23,3	165	19,1
Instrumentos cortantes e penetrantes	72	22,6	121	22,2	193	22,3
Instrumentos contundentes	46	14,4	73	13,4	119	13,8
Força corporal	34	10,7	62	11,4	96	11,1
Sexual por meio de força física	7	2,2	15	2,8	22	2,6
Negligência, abuso e maus tratos	6	1,9	9	1,6	15	1,7
Outros meios	52	16,3	73	13,4	125	14,5
Não Especificados	48	15,0	43	7,9	91	10,5
<b>Total</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>	<b>545</b>	<b>100,</b>	<b>864</b>	<b>100,0</b>

Conforme já referido, entretanto, dessas agressões, sabe-se que apenas uma pequena parte chega a necessitar de cuidados médicos, correspondendo, portanto, estes dados, apenas à ponta do iceberg em que o problema se constitui. Surge daí a necessidade de explorar outras fontes de dados que possam falar mais sobre as vítimas e seus agressores e permitam conhecer a relação de parentesco entre eles, a habitualidade das agressões, entre outras variáveis.

Oliveira, 2006, elaborou estudo que objetivou traçar o perfil da violência doméstica contra crianças e adolescentes em Curitiba, PR., a partir das notificações emitidas pela Rede de Proteção e Crianças e Adolescentes. Em 1813 casos notificados em 2004 verificaram a ocorrência de violência em 912 casos do sexo feminino, sendo, aproximadamente 35% entre 10 e 17 anos, com elevada representação da violência física. Martins, 2008, estudou a violência física subdividida em “uso de força corporal”, uso de instrumentos (como cinta, ferro) e uso de outros objetos, cortantes, penetrantes ou quentes. Analisando sua distribuição segundo sexo e idade mostrou que, apesar de não se apresentar em números muito elevados

após os 10 anos de idade, é ainda ponderável entre as adolescentes. Chama a atenção, entretanto, o fato de que a violência física vem sempre acompanhada de violência psicológica. O uso de violência física tem sido referido, não poucas vezes, como prática educativa (WHO, 2003) e constatada em algumas pesquisas (Carmo e Harada, 2006). Nesses casos específicos, a questão da habitualidade surge com característica relevante. (Martins, 2008)

### **2.3. A violência sexual**

A violência sexual consiste em todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor apresenta estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente e tem a intenção de estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obtenção de satisfação sexual. Tais práticas são impostas à criança ou adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução da sua vontade (Deslandes, 1994). A prática diária demonstra que este tipo de violência acomete, principalmente, crianças e adolescentes do sexo feminino. (Ribeiro, 2007)

A violência sexual parece ocorrer em todo o mundo. Com relação a adolescentes, a OMS refere que quase um terço das meninas relata que sua primeira experiência sexual foi forçada, deixando marcas de profundo impacto sobre a sua saúde física e mental (OMS, 2002).

A maioria dos casos não chega sequer a ser conhecida, constituindo-se, o problema, na chamada "violência oculta", "violência invisível" ou "violência silenciosa", visto que não há sistema de informação responsável por esses dados; as crianças e os adolescentes têm medo de falar e as famílias, às vezes, mesmo tendo conhecimento dos fatos, preferem silenciar. O estudo epidemiológico da violência sexual é difícil, pois os dados, mesmo existindo em outras fontes, não se fundem, não se relacionam, não se somam, não se complementam.

Delegacias de Polícia reúnem alguns inquéritos policiais instaurados, mas os dados não são divulgados. Os Institutos de Medicina Legal, que realizam exames de corpo de delito em casos de violência sexual, por solicitação da Polícia/Justiça, não têm, também, seus dados rotineiramente trabalhados. A criação dos Conselhos Tutelares, a partir de 1990, oriunda de promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, estabeleceu-se, também, como nova fonte de dados, mas os mesmos estão limitados à sua área de atuação e nenhum sistema de informação os reúne, analisa ou divulga.

Estudos pontuais feitos a partir dessas fontes, entretanto, dão conta de mostrar uma outra dimensão do problema, bastante importante, pois, como refere Assis, 1994, para que a

sociedade se sensibilize e reaja é preciso que ela identifique e conheça a magnitude e dinâmica da violência, pois ambos se constituem no passo primordial da prevenção.

Especificamente no que se refere ao estupro, trabalho levado a efeito em Uberlândia, MG (Resende, 2007), num resgate histórico de processos que tramitaram no Fórum da Cidade, de 1960 a 2005, mostrou alguns aspectos interessantes. Dos 240 casos analisados, em 198, correspondendo a 82,8%, as vítimas tinham entre 10 e 19 anos e o evento aconteceu nas próprias casas onde essas meninas residiam (33,8%). Seus agressores, principalmente na faixa entre 20 e 29 anos eram, na grande maioria dos casos, parentes ou namorados dessas adolescentes. A autora refere que o predomínio de mulheres ainda muito jovens é também resultado obtido em diversas outras pesquisas. Citando, especificamente Giffin, 1994, mostra que, a partir de dados de centros de atendimento a vítimas de estupro, em sete países, em "36 a 58% dos casos, as vítimas tinham menos de 16 anos, sendo que, entre 18 e 32% tinham menos de 11 anos". Ribeiro e col. (2004) referem crianças com idades entre 10 e 11 anos incompletos e, na adolescência, meninas entre 12 a 14 anos. Oshitaka e col. (2005), em pesquisa realizada em cidade do interior paulista, mostraram que metade das vítimas estudadas tinha menos de 20 anos, sendo que 8% tinham menos de 15 anos.

A pouca idade apresentada pelas vítimas é, provavelmente, responsável pelo fato de, em várias dessas investigações, as mulheres não referirem relacionamento sexual anterior, fato que vai acarretar, provavelmente, um trauma psicológico ainda maior, em razão da violência ocorrida na primeira relação como já referido.

Na violência sexual, relativamente ao agressor, verifica-se que ele está, geralmente, dentro da casa e, em não poucos episódios, pertence ao próprio núcleo familiar da adolescente. Cavalcanti, 2003, menciona que "o agressor garante o silêncio da vítima com promessas, cumplicidade ou mesmo ameaças. A vítima, em geral, se cala e o agressor tem campo aberto para novas investidas.

Quando não ocorre o estupro-definido pela lei como a conjunção carnal (portanto, vítima do sexo feminino e sujeito ativo do sexo masculino) - a violência sexual é enquadrada como atentado violento ao pudor (art. 214 do Código Penal Brasileiro).

Na sua casuística, em Londrina, PR, Martins (2008), estudando a violência doméstica em menores de 15 anos, comenta que a faixa de idade preponderante na violência sexual foi a de 10 a 14 anos, para o sexo feminino, sendo que os principais agressores foram padrastos e outros parentes, além do fato importante de, em praticamente, todos os casos, ter havido lesão corporal abrangendo a pelve. Drezzett e col., 2001 relatam a ocorrência de trauma extra-genital em 11% das 520 adolescentes vítimas de violência sexual estudadas.

Martins, 2008 refere que, em qualquer violência sexual, havendo ou não lesão corporal, havendo ou não necessidade de atendimento médico posterior, a seqüela psicológica vai existir sempre. E, na vida adulta, essas crianças e adolescentes, provavelmente, apresentarão ansiedade, depressão, risco de auto-destruição, baixa auto-estima, visão pessimista do futuro, problemas de relacionamento, além de comportamento abusivo que colabora para a perpetuação da violência. Essas considerações são corroboradas por diversos autores (Assis, 1994) e, inclusive, pela OMS (OMS, 2002).

Com o objetivo de desvendar um panorama ainda bastante obscuro, Carvalho, 2008, está levando a efeito investigação sobre os casos de crianças e adolescentes vítimas de violência e que deram entrada no Instituto Médico Legal de Fortaleza, Ceará, para exame de corpo de delito. Dados preliminares levantados para os anos de 2005 e 2006 mostram a violência sexual como responsável por cerca de 62% dos atendimentos do sexo feminino.

### **Gravidez na adolescência**

Dados para o Brasil, relativos aos anos de 2005 e 2006 (SINASC) mostram que em cerca de 22% dos nascidos vivos, no país, as mães têm menos que 20 anos, sendo que sua distribuição geográfica revela maiores freqüência nas Regiões Norte e Nordeste.

É claro que nem toda violência sexual gera gravidez. Entretanto, esta é uma consequência possível, razão pela qual é aqui discutida.

Tem sido bastante referido o fato de que a gravidez na adolescência pode gerar consequências importantes não só do ponto de vista de saúde - da mãe e da criança - mas, também, quanto a aspectos sociais, já que, não poucas vezes, estas abandonam a escola ou, no mínimo vão apresentar atraso escolar.

Tem sido relatado, também, que essas meninas - mãe escondem a gravidez das famílias, contribuindo para um retardo no atendimento pré-natal (quando a gestação continua), ou uma quase impossibilidade de realização de um aborto, quando este se apresentar como o melhor desfecho para a situação.

Quanto a repercussões na saúde da criança, os dados nacionais evidenciam que o baixo peso ao nascer é verificado em maior escala no caso de mães adolescentes e, ainda, com freqüência mais elevada, nas mães menores de 15 anos (RIPSA 2007, tema do ano).

Quanto à saúde da mãe, o aumento da ocorrência de gestações vai conduzir, provavelmente, a uma maior vulnerabilidade em chegarem a óbito por causas maternas. Dados do Brasil, para

2006 mostram a ocorrência de 17 óbitos na faixa de 10 a 14 anos e 250 no grupo de 15 a 19 anos (Tabela 8), chamando a atenção o fato de que em 21 casos, a morte ocorreu em consequência a um aborto.

Tabela 8 – Óbitos de adolescentes por causas maternas segundo idade e tipo, Brasil, 2006

Tipo	10 a 14		15 a 19		Total*	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aborto	1	5,9	20	8,0	21	7,9
Outras causas obstétricas diretas	12	70,6	165	66,0	177	66,3
Outras causas obstétricas indiretas	2	11,8	53	21,2	55	20,6
Causas maternas tardias	1	5,9	3	1,2	4	1,5
Seqüelas	-	-	1	0,4	1	0,4
As Demais	1	5,9	8	3,2	9	3,4
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>250</b>	<b>100,0*</b>	<b>267</b>	<b>100,0</b>

\* Aproximado

### 3. Como enfrentar o problema

#### 3.1 As leis em vigor no Brasil

##### ▪ Constituição Federal

A Constituição Federal estabelece que é dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los à salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

No parágrafo 4º refere que a lei punirá, severamente, o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

## ▪ Código Penal

A violência sexual está representada no Código Penal pelos crimes de estupro e atentado violento ao pudor, respectivamente artigos 213 e 214.

Art. 213 - Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça.  
Pena: reclusão de 6 meses a 10 anos.

Art. 214 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal.  
Pena: reclusão de 6 meses a 10 anos.

Prevê ainda que:

1 - se, em qualquer dos casos, resulta lesão corporal de natureza grave ou morte, as penas passam respectivamente a reclusão de 8 a 12 anos (lesão corporal) e reclusão de 12 a 25 anos.

2 - presume-se violência, em todos os casos, se a vítima não é maior de 14 anos.

O Código Penal estabelece, ainda, que embora o aborto seja considerado crime,

Art. 128 - não se pune o aborto praticado por médico: se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

## **Estatuto da criança e do adolescente**

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA – (Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990) afirma que crianças e adolescentes devem ser vistos como pessoas em desenvolvimento, sujeitos de direitos e destinatários de proteção integral. Ao longo de seus capítulos e artigos, discorre sobre as políticas referentes à saúde, educação, adoção, tutela e questões relacionadas a crianças e adolescentes em conflito com a lei, estabelecendo, ainda, os deveres da família, da sociedade e do Estado (LAVEZZO, 2008)

### **3.2. O estímulo às denúncias**

Conforme já salientado, sempre que a violência gera óbito ou lesão grave, os casos passam a ser conhecidos pelos sistemas de informação em saúde. Entretanto, na maioria das vezes, as vítimas de violência não chegam a procurar qualquer serviço de atendimento, tipo Delegacias Especializadas ou, no caso de crianças e adolescentes, os Conselhos Tutelares. Em geral, essa atitude de recolhimento decorre de vergonha, insegurança ou mesmo desconhecimento da existência desses recursos. Bononi, 2007, chama a atenção para o fato de que esse procedimento é um dos responsáveis pela manutenção ou permanência do ciclo da violência. As adolescentes devem ser encorajadas a falar e a escola constitui-se em um "locus" adequado e privilegiado para um primeiro passo na solução do problema, na medida em que se constitui na instituição mais preparada, inclusive para o seu encaminhamento.

Martins, 2008, ressalta a necessidade de consolidação da concepção de que, inclusive na adolescência, os educadores desempenham papel ativo na prevenção e enfrentamento da violência contra menores.

A criação dos Serviços Disque-Denúncia em vários municípios do país representa, também, um incentivo para que o caso seja descoberto e trabalhado.

Os Serviços de Proteção à Mulher, vítima de violência sexual em geral e do estupro em particular, são locais para onde essas vítimas são encaminhadas e onde o atendimento é feito visando, inclusive, a prevenção da AIDS, da gestação indesejada e do aborto, para os casos permitidos pela legislação.

Exemplo bem sucedido de uma política pública com esse objetivo é oferecido pelo "Programa Bem – me – Quer", criado no Município de São Paulo, em 2001, pela Secretaria de Estado de Segurança Pública, que tem sua sede no Hospital Pérola Byington. (Ribeiro, 2007)

### **3.3 Por que o setor saúde deve se envolver. A prevenção é o caminho.**

"Na maioria das sociedades modernas, até bem pouco tempo, a responsabilidade de remediar ou conter a violência recaía sobre o sistema judicial, a polícia e os serviços correccionais e, em

alguns casos, sobre as forças armadas. O setor saúde, tanto público quanto privado, foi relegado ao papel de dar assistência depois do evento, quando as vítimas de violência procuravam por tratamento.

Hoje em dia, o setor saúde é um aliado ativo e valioso na resposta global à violência e traz diversas vantagens e benefícios para esse trabalho. Um desses benefícios é a proximidade e, conseqüentemente, a familiaridade com o problema. Os funcionários dos hospitais e das clínicas, bem como outros provedores da assistência à saúde, dedicam bastante tempo às vítimas da violência.

Para facilitar o trabalho de pesquisa e de prevenção, outro benefício importante é a informação que o setor saúde tem à sua disposição. A posse de dados significa que o setor está em uma posição única para chamar a atenção para a carga imposta pela violência sobre a saúde.

O papel do setor saúde na prevenção contra a violência resulta de sua responsabilidade para como público. O setor saúde tem o potencial de adotar um papel muito mais pro-ativo na prevenção da violência do que teve no passado. Várias funções já estão sendo realizadas em várias partes do mundo, apesar de estarem ainda em forma experimental ou fragmentada.

Dada a natureza plurifacetada de violência e suas complexas raízes, os governos e as organizações relevantes devem se engajar na sua prevenção em todos os níveis de tomada de decisão. Ações multissetoriais complementares e coordenadas fortalecerão a efetividade das atividades da prevenção contra a violência. Os diferentes componentes da sociedade civil - como a mídia, as organizações comunitárias, as associações profissionais, as organizações trabalhistas, as instituições religiosas e as estruturas tradicionais - podem ter um grande volume de conhecimento e experiências relevantes".

A adolescente está nesse contexto.

(Trecho extraído do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, com pequenas alterações).

(OMS, 2002)

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, SG Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cad. Saúde Pública*, 1994;10 (supl.1):126-34.
- BONONI, MR Violência contra a mulher: um estudo do homicídio e do suicídio no Município de São Paulo, 1980-2003. S.Paulo, 2007 (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública-USP).
- CARMO,CJ e HARADA, MJCS Violência física como prática educativa. *Rev. Latinoamericana de Enfermagem*, 2006; 14 (6): 17-25.
- CARVALHO, HMB Violência doméstica contra crianças e adolescentes na Região Metropolitana de Fortaleza. (Tese de Doutorado em andamento. FSP/USP).
- CAVALCANTI, AL Violência contra a mulher: um problema de saúde. *Rev. Ginecologia e Obstetrícia*. v. 14 nº 4 p. 182-8, 2003.
- DESLANDES,S Atenção a criança e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saúde Pública*, 1994; 10 (Supl 1): 177-87.
- DREZZET, J e col. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *Jornal de Pediatria*, 2001; 77(5): 413-419.
- ELUF, LN Crimes contra os costumes e assédio sexual. São Paulo, Jurídica Brasileira, 1999.
- GIFFIN, K Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10. 146-155, 1994.
- HISPOL, J Female sex offenders. Issues Press, 2001.

- LAURENTI, R e col. Estudo de Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na Mortalidade Materna. Brasília, Ministério da Saúde, 2006 (Série C. Projetos, Pesquisas e Relatórios).
- LAVEZZO, AAFO. Estatuto da Criança e do Adolescente - S.Paulo 6, CONDECA, 2008.
- MARTINS, CBG Violência contra menores de 15 anos no Município de Londrina, PR: análise epidemiológica de suas notificações. S.Paulo, 2008 (Tese de Doutorado - FSP/USP).
- MELLO JORGE, MHP De que morrem os nossos jovens. IN Berquó, E. Jovens acontecendo na trilha das Políticas públicas. Brasília, Presidência da República, 1998.
- MELLO JORGE, MHP Investigação sobre a mortalidade por acidentes e violências na Infância. S.Paulo 1988 (Tese de Livre Docência, FSP/USP).
- MELLO JORGE, MHP Mortalidade na adolescência: o futuro comprometido. IN SAITO, MI e col. Adolescência. Prevenção e risco. S.Paulo, Atheneu, 2008 (2ª ed).
- MELLO JORGE, MHP e LEITE, EB Mortalidade em Adolescentes: o futuro comprometido. IN Saito, MJ e col. Adolescência, Prevenção e Risco. S.Paulo, Atheneu, 2002.
- MELLO JORGE, MHP Mortalidade por Causas Externas no Município de São Paulo. III- Mortes intencionais. Rev. Saúde Pública, S.Paulo, 15: 165-93.
- OLIVEIRA, VLA A violência doméstica contra crianças e adolescentes no Município de Curitiba. S.Paulo, 2006. (Dissertação de Mestrado. FSP/USP, 2006).
- Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Ed. por Krung EG e col Genebra, 2002.

- OSHITAKA, CT; BEDONE, AJ; FAUNDES, A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até 6 meses pós-agressão. *Cad Saúde Pública* v.21, !: 192-199, 2005.
- RESENDE, TC Aspectos referentes ao estupro, às vítimas e aos agressores segundo processos-crime em Uberlândia - MG. Uberlândia, 2008 (Dissertação de Mestrado apresentada à UFU).
- RIBEIRO, MA; FERRIANI, MG; METS, JN Sexual abuse of children and adolescents: characteristics of sexual victimizations in family relations. *Cad Saúde Pública*, v. 20 n° 2, 454-72, 2004.
- RIBEIRO, MEMA Violência doméstica e crimes sexuais. IN REALE JRM e PASCHOAL, J Mulher e Direito Penal. Rio de Janeiro, Forense, 2007.
- RIBEIRO, TRTM Mortalidade por causas externas de mulheres de 10 a 49 anos, nas capitais brasileiras, 2005.(Tese de Doutorado, FSP/USP)
- RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde Indicadores e Dados Básicos - 2007 - Tema do ano (disponível em [datasus.gov.br](http://datasus.gov.br) - IDB).
- SAITO, MI Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão. IN SAITO, MI e col. Adolescência. Prevenção e risco. S.Paulo, Atheneu, 2008 (2ª ed.)
- SAITO, MI e FORTE, MJP Violência. IN SAITO, MI e col. Adolescência. Prevenção e risco. S.Paulo, Atheneu, 2008 (2ª ed.).
- SILVEIRA, RMJ Crimes sexuais. Bases críticas para a reforma do Direito Penal Sexual. S.Paulo, Quartier Latin, 2008.
- SOUZA, ER e col. Análise temporal de mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. IN MINAYO, MCS e SOUZA, ER. Violência sob o olhar da Saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.
- WHO, 2003 - World Report on Violence and Health. Geneva, 2003.  
<http://www.who.int/gbz>

## LEGISLAÇÃO

Constituição Federal - CF

Código Penal Brasileiro - CP

Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA

## DADOS

Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/MS

Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC -

## A MORBIDADE DE ADOLESCENTES NO BRASIL

### 1. Apresentação

A adolescência é a fase da vida humana menos sujeita a agravos à saúde em comparação às idades mais baixas e às idades mais altas, incluindo aqui, principalmente, adultos e idosos. Isso não significa, entretanto, que os adolescentes não apresentem certas patologias, inclusive algumas consideradas como sendo de adultos e idosos, como as neoplasias, o diabetes mellitus, as dislipidemias, a obesidade, entre outras. Amado, Leal e Saito<sup>(1)</sup> ao descreverem aspectos de patologias crônicas em adolescentes comentam que o avanço da medicina favoreceu a sobrevivência de portadores de diferentes patologias estimando-se que, nos países industrializados, 10 a 20% das crianças e adolescentes apresentam alguma doença crônica e que mais de 85% das crianças sobreviveram com essas patologias até a adolescência<sup>(1)</sup>. Nessa fase da vida merecem destaque as conseqüências dos acidentes e de violências, particularmente nos adolescentes do sexo masculino.

No sexo feminino, além daquelas patologias acima apresentadas, começam a aparecer mesmo nas adolescentes de 10-14 anos, cada vez mais casos de gravidez e suas complicações e que aumentam bastante naquelas de 15 a 19 anos particularmente aos 18 e 19 anos.

Uma importante publicação, sob a forma de livro, trata de vários aspectos dos jovens<sup>(2)</sup>, inclusive, aquele referente à saúde e em um capítulo, Travassos e Lebrão<sup>(3)</sup> fazem o seguinte comentário: "Por ser um período saudável do ciclo vital, tradicionalmente, os problemas de saúde dos jovens foram considerados de forma insuficiente nas políticas de saúde. Porém, as transformações cada dia mais rápidas que se estão produzindo no âmbito social, econômico e cultural vem reforçando a crescente importância desse segmento da população e chamando a atenção para as particularidades das demandas desse grupo". Entre essas demandas inclui-se a do setor saúde.

Um aspecto importante dos adolescentes é o referente aos hábitos de conduta, os quais vão ter repercussões no futuro com conseqüências para a saúde como o hábito de fumar, de consumir álcool e outras drogas e mesmo o de dirigir carros em alta velocidade<sup>(3)</sup>.

## 2. A morbidade de adolescentes do sexo feminino

A caracterização da morbidade das adolescentes do sexo feminino nesta apresentação será feita a partir da chamada "morbidade hospitalar" obtida por meio do "Sistema de Internação Hospitalar, do SUS" conhecido como SIH-SUS. Esse sistema produz os dados referentes às internações em Hospitais do SUS ou a ele conveniados com cerca de 11 a 12 milhões de internações por ano, das quais pouco mais de 50% são do sexo feminino e, como será visto mais a frente, entre essas, em torno de 11% são adolescentes de 10 a 19 anos.

Ainda que nem todos os casos de doenças sejam internados nos hospitais ligados ao SUS como aqueles de hospitais particulares não conveniados, bem como os atendimentos em ambulatórios e emergências, assim como as doenças infecciosas notificadas e não internadas, havendo também casos que não procuram assistência médica; apesar disso, os dados provenientes do SIH-SUS dão uma visão importante da frequência de doenças nas adolescentes, possibilitando conhecer o perfil epidemiológico desta fase da vida.

Os dados produzidos pelo SIH-SUS são referentes à idade, sexo, tempo de internação, procedimentos e vários outros, porém, deve-se destacar a variável causa ou diagnóstico registrado em cada caso; esta última variável é codificada desde 1996 segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e é o que será mostrado nesta apresentação. Quanto a essas causas será dado destaque aquelas incluídas no Capítulo XV da CID-10, referente a gravidez, parto e puerpério e, quando existem, suas complicações.

Na Tabela 1 para aos anos 1996 a 2006, pode-se verificar que as internações de mulheres de todas as idades decresceram no período, o mesmo ocorrendo quanto ao número absoluto de internações de adolescentes, quer de 10 a 14 anos quer de 15 a 19 anos. O decréscimo entre as adolescentes é mais evidente quando se observa os números absolutos visto que as internações de mulheres (todas as idades) também decresceram e por esse motivo os valores relativos (%) não mostram muito os decréscimos de internações de adolescentes.

As internações por gravidez, parto e puerpério e suas complicações (Cap. XV-CID-10) decresceram entre as adolescentes no período mostrado na Tabela 1; de fato o declínio foi de 21,20% para o grupo 10-19 anos, sendo respectivamente 15,52% e 21,44% nas adolescentes de 10 - 14 e 15 -19 anos. Quanto aos números absolutos a diminuição foi de 170161, 5766 e 164095 casos, respectivamente nos grupos 10-19, 10-14 e 15-19 anos de idade. Essa redução observada leva a conclusão de que, no período, estaria havendo uma diminuição do número de gestação em adolescentes. Essa observação está de acordo com o publicado no "Painel de Indicadores do

SUS" <sup>(4)</sup> que informa "Entre 2000 e 2004, diminuiu em 19% o número médio de filhos de mães adolescentes, embora ainda seja preocupante (grifo nosso). Em 2004 nasceram cerca de 3 milhões de crianças no Brasil, das quais 26.752 de mães de 10 a 14 anos de idade. No mesmo ano, 7 em cada 100 adolescentes entre 15 e 19 anos de idade tornaram-se mães <sup>(4)</sup>.

Quando se analisa as internações por grupos de causas verifica-se que nas adolescentes de 10-14 anos aparece em primeiro lugar as doenças do aparelho respiratório, de 1996 a 2000 e, a seguir as internações por gravidez, parto e puerpério e suas complicações; de 2004 a 2006, inverte-se a posição entre esses dois grupos de causas (Tabela 2).

As doenças infecciosas e parasitárias (DIP), as causas externas, as doenças do aparelho digestivo e as do aparelho urinário são os grupos de causas que vem a seguir em importância nas internações de adolescentes de 10-14 anos (Tabela 2).

Nas adolescentes de 15-19, no período 1996-2006, predominaram amplamente, em torno de 80%, as internações por causas maternas e suas complicações (Tabela 3) e, em segundo lugar aparece o grupo de doenças do aparelho urinário.

As Tabelas 4 e 5, respectivamente 10-14 e 15-19 anos, apresentam as internações por gravidez, parto e puerpério, bem como as suas complicações. Predominam amplamente as internações sem complicações, principalmente no grupo 15-19 anos, sempre superior a 61%. No grupo 10-14 anos os valores são um pouco menores; são aquelas internações para a realização do parto sem nenhuma complicação.

Deve ser destacado que, em conjunto, os vários tipos de aborto (categorias O03 a O08, do Capítulo XV) representaram 19,25% e 17,50%, respectivamente, das internações com complicações nas adolescentes de 10-14 e 15-19 anos, o que pode ser considerado alto.

Em relação aos abortos, como pode ser verificado nas Tabelas 4 e 5, foram mais frequentes os "Outros Abortos" que inclui: "Outros Tipos de Aborto (código O05); "Aborto não Especificado" (código O06); "Falhas na Tentativa de Aborto" (código O07) e "Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica ou molar" (Código O08). Dentre essas categorias predomina, amplamente, o "Aborto não Especificado (O06), "isto é, aqueles casos em que os médicos colocam como diagnóstico apenas "Aborto" sem nenhuma especificação sendo que, frequentemente, são abortos complicados porém essa qualificação não aparece. Assim, as "Complicações conseqüentes a abortos (categoria O07)" aparecem muito pouco.

Aparece como a mais freqüente complicação da gravidez e do parto um conjunto de categorias:

O20-O29 -Outros transtornos maternos relacionados a gravidez.

047-048 - Falso trabalho de parto e gravidez prolongada.

060-063 - Parto pré-termo, Falha na indução de trabalho de parto, Anormalidade da contração uterina e Trabalho de parto prolongado.

O67-O71 -Hemorragia intraparto, sofrimento fetal, anormalidade do cordão umbilical, laceração do períneo durante o parto e outros transtornos obstétricos.

073-084 - Essas categorias inclui retenção de placenta, complicações anestésicas, outras complicações do parto, parto fórceps e por cesárea e parto múltiplo.

Vê-se, portanto, que é um conjunto muito heterogêneo de complicações, principalmente do trabalho de parto e do parto, responsável por mais de 50% das complicações codificadas em categorias do Capítulo XV da CID-10. Da maneira como é apresentada pelo SIH-SUS é difícil ou impossível resgatar uma complicação específica.

Não são somente os dados sobre as causas de internações de jovens, com destaque aqueles por gravidez, parto e puerpério e suas complicações, que merecem ser apontados e comentados. Há questões importantes e que não aparecem nas tabelas aqui apresentadas (Tabelas 1 a 5), como a mortalidade materna de gestantes jovens. Ao abordar essa questão a partir dos dados de internações, Travassos e Lebrão <sup>(3)</sup> comentam que é preciso ter cuidado na interpretação visto que não inclui a totalidade dos óbitos pois aparecem apenas aqueles ocorridos durante a internação na qual foi realizado o parto e, não raro, a morte ocorrer após transferência para outros hospitais ou haver, após a alta, a internação em outro hospital por complicações do ciclo gravídico-puerperal e, nesses casos, geralmente, os diagnósticos, são outros e não aqueles incluídos no Capítulo XV da CID-10, subestimando-se assim o número de óbitos maternos hospitalares.

Nos dados obtidos a partir das internações por meio do Sistema SIH-SUS aqui mostrado, esse aspecto de mortes maternas hospitalares não foi apresentado. Há, entretanto, trabalhos que mostram a maior mortalidade em mães jovens no Brasil <sup>(3)</sup>. Nesta apresentação a mortalidade de adolescentes está descrita em outro capítulo.

Outra consequência da gravidez em mães jovens, particularmente as muito jovens, diz respeito ao maior risco de adoecer e morrer da criança. O baixo peso ao nascer e a prematuridade apresenta uma maior frequência em filhos de mães adolescentes comparativamente aos filhos de mães com mais de 20 anos, particularmente nos países do Terceiro Mundo <sup>(5)</sup>. No Estado de São Paulo, com dados de 1995, observou-se uma taxa de mortalidade perinatal alta, a qual, entretanto foi maior para os adolescentes de 15 a 19 anos <sup>(3)</sup>.

Nas tabelas 2 e 3, já comentadas, são apresentados os grupos de causas mais importantes, pela frequência, nas internações de adolescentes. Chama a atenção, entre os mais frequentes, o agrupamento de doenças do aparelho geniturinário, particularmente, nos adolescentes de 15 a 19 anos. É preciso ver essas causas não somente por si mesmas mas como possíveis complicações do processo reprodutivo de mulheres jovens. "A primeira hipótese que surge diante desse fato é relacionar essa inflação de doenças do aparelho geniturinário à inadequada atenção em nível primário, uma vez que os diagnósticos "infecção do rim" ou "infecção urinária" - os diagnósticos mais frequentes - não se justificam na magnitude em que aparecem nas internações hospitalares. Apesar de as infecções do trato urinário serem comuns nas mulheres jovens sexualmente ativas, são doenças que, em grande maioria, podem ser tratadas em nível ambulatorial. É preciso lembrar, ainda, que as doenças de transmissão sexual são muito comuns nesta faixa etária podendo ser a causa dessas infecções" <sup>(3)</sup>.

Ao abordar a questão da saúde do adolescente nas Américas, Suarez Ojeda e colaboradores <sup>(6)</sup> comentam que a presença dessas infecções do aparelho geniturinário em mulheres mais jovens poderia ser uma indicação de incesto e abuso sexual.

Esses mesmos autores relatam que infecções venéreas repetidas em mulheres bem jovens com vida promíscua podem ser vista como uma indicação de uma patologia de base como a depressão grave <sup>(7)(8)</sup>.

Tabela 1- Internações em hospitais em do SUS, no sexo feminino (Total), adolescentes femininos e segundo causas pelo Cap. XV da CID-10 (Gravidez, Parto e Puerpério) em adolescentes no Brasil, 1996 a 2006.

Ano	TOTAL Internações Feminina	10-14 anos					15-19 anos					10-19 anos				
		Internações	%	Cap. XV			Intern.	%	Cap. XV			Intern.	Intern.	Cap. XV		
				Intern.	%	%			Intern.	%	%			%	%	%
(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)					
1996	7.516.898	169.045	2,2	37173	0,4	21,9	952890	12,6	76549	10,1	80,3	1.121.93	802.96	14,9	10,6	71,5
1998	7.288.604	162.428	2,2	36117	0,4	22,2	940.44	12,9	73431	10,0	78,0	1.102.86	770.43	12,2	10,5	69,8
2000	7.351.653	171.319	2,3	38160	0,5	22,2	920.28	12,5	73666	10,0	80,0	1.091.60	74.827	12,3	10,5	70,9
2002	7.186.174	166.288	2,3	35009	0,4	21,0	850.14	11,8	66986	9,73	78,7	1.016.43	704.87	12,0	10,2	69,3
2004	6.990.552	149.597	2,1	30299	0,4	20,2	802.94	11,4	63257	9,04	78,7	952.539	662.87	11,1	9,47	69,5
2006			3		3	5		2		3				2	7	9

200	6.825.827	155.275	2,2	31.40	0,4	20,2	767.79	11,2	60140	8,81	78,3	923.068	632.80	11,0	9,27	68,5
6			7	7	6	2	3	4	0		2		7	8		5

(1) - % de internações de adolescentes sobre total de internações femininas

(2) - % de internações Cap. XV sobre total de internações femininas

(3) - % de internações Cap. XV sobre total de internações de adolescentes

Tabela 2 - Internações de adolescentes de 10 a 14 anos por grandes grupos de causas, Brasil  
1996 a 2006

Ano	G.P.P %	Ap.Resp. %	D.I.P %	C.Ext. %	Ap.Digest %	G.Urin. %	Todas outras %
1996	21,99 (2)	22,37 (1)	11,93 (3)	9,55 (4)	6,54 (5)	5,92 (6)	21,70
2000	22,27 (1)	21,77 (2)	10,72 (3)	7,28 (5)	8,01 (4)	6,00 (6)	23,95
2004	20,25 (1)	19,19 (2)	12,68 (3)	8,80 (4)	8,06 (5)	6,39 (6)	24,63
2006	20,27 (1)	17,35 (2)	14,06 (3)	8,76 (4)	8,66 (5)	6,31 (6)	24,59

( ) posição do grupo de causas

Tabela 3 - Internações de adolescentes de 15 a 19 anos por grandes grupos de causas, Brasil,  
1996 a 2006.

Ano	G.P.P %	Ap.Resp. %	DIP %	C.Ext. %	Ap.Digest. %	G.Urin %	Todas outras %
1996	80,33 (1)	3,81 (3)	2,14 (4)	1,72 (6)	2,08 (5)	3,88 (2)	6,04
2000	80,04 (1)	3,86 (3)	2,02 (5)	1,37 (6)	2,43 (4)	4,08 (2)	6,20
2004	78,78 (1)	3,37 (3)	2,82 (4)	1,82 (6)	2,32 (5)	4,69 (2)	6,19
2006	78,32	2,89	3,05	1,92	2,50	4,92	6,40

( ) posição do grupo de causas

G.P.P - Gravidez, Parto e Puerperio

Ap. Resp. - Doenças do Ap. Respiratório

DIP - Doenças Infecciosas e Parasitárias

C.Ext.- Causas Externas

Ap. Digest. -Doenças do aparelho Digestivo

G. Urin. - Doenças do Aparelho Urinário

Tabela 4 - Internações de adolescentes de 10-14 anos segundo complicações da gravidez, parto e puerpério. Brasil, 1998, 2001, 2004 e 2007

Complicações Gravidez, parto e Puerpério	1998		2001		2004		2007	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
003 - Aborto espontâneo	1123	7,92	1346	9,78	1387	11,41	1569	11,37
004 - Aborto por razões médicas	34	0,24	14	0,10	20	0,16	22	0,15
005-008 - Outros abortos	1571	11,09	1810	13,15	1327	10,27	1321	9,58
010-016 - Transtornos hipertensivos	321	2,26	713	5,18	1038	8,54	1057	7,66
044-046 - Placenta Previa, Descolamento premat.placenta e hemorrag.antep.	110	0,77	82	0,59	86	0,70	135	0,97
030-042 - Motivos ligados ao feto. cav.amniótica e probl.do parto	979	6,91	855	6,21	1397	11,49	1522	11,03
064-066 - Parto obstruído	422	2,97	369	2,68	608	5,00	806	5,84
072 - Hemorragia pós-parto	11	0,07	17	0,12	5	0,04	9	0,06
020-029, 047-048, 060-063, 067-071, 073-084, 098-099- outras complicações da gravidez e do parto	9279	65,52	8242	59,91	5988	49,28	7059	51,19
085-092 - Complicações do puerpério	312	2,20	308	2,23	294	2,41	288	2,08
Sub-total	14162 100,00 (39,21%)		13756 100,00 (37,63%)		12150 100,00 (40,10%)		13788 100,00 (43,28%)	
Sem complicações	21955 (60,79%)		22809 (62,37%)		18149 (59,90%)		18064 (56,72%)	
Total	36117 (100,00%)		36565 (100,00%)		30299 (100,00%)		31852 (100,00%)	

Tabela 5 - Adolescentes de 15 - 19 anos segundo complicações da gravidez, parto e puerperio. Brasil, 1998, 2001, 2004 e 2007

Complicações Gravidez, parto e Puerpério	1998		2001		2004		2007	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
003 - Aborto espontâneo	18560	6,86	19801	8,25	24066	10,60	20902	9,38
004 - Aborto por razões médicas	499	0,18	188	0,07	316	0,14	421	0,18
005-008 - Outros abortos	28276	10,46	29790	12,42	22388	9,85	18541	8,32
010-016 - Transtornos hipertensivos	5007	1,85	9960	4,15	15230	6,70	14437	6,48
044-046 - Placenta Previa, Descolamento premat.placenta e hemorrag.ante parto	1740	0,64	1360	0,56	1725	0,75	1967	0,88
030-042 - Motivos ligados ao feto. cav.amniótica e probl.do parto	20879	7,72	17448	7,27	30411	13,39	27472	12,33
064-066 - Parto obstruído	7849	2,90	5828	2,43	10761	4,73	11672	5,24
072 - Hemorragia pós-parto	273	0,10	234	0,09	72	0,03	125	0,05
020-029, 047-048, 060-063, 067-071, 073-084, 098-099- Outras complicações da gravidez e do parto	182778	67,63	150953	62,94	117805	51,87	121367	54,48
085-092 - Complicações do Puerpério	4374	1,61	4268	1,77	4314	1,89	4039	1,81
Sub-total	270235	100,00 (36,80%)	239830	100,00 (33,95%)	227088	100,00 (35,89%)	227733	100,00 (38,78%)
Sem complicações	464079	(63,20%)	466722	(66,05%)	405485	(64,11%)	359393	(61,22%)
Total	734314	(100,00%)	706552	(100,00%)	632573	(100,00%)	587126	(100,00%)

## REFERÊNCIAS

- 1- AMADO, C,R; LEAL, MM E SAITO, MI - O adolescente portador de Patologia Crônica, pp 41-46, In: Adolescência: prevenção e risco/Editores Maria Inês Saito, Luiz Eduardo Vargas da Silva e Marta Miranda Leal - 2ed - São Paulo: Atheneu, 2008.
- 2 - Comissão Nacional de População e Desenvolvimento - CNPD - Jovens Acontecendo na Trilha da Política Pública, 2 volumes - Brasília, DF, maio 1998.
- 3 - TRAVASSOS, C & LEBRÃO, ML - Morbidade Hospitalar nos Jovens, pp-165-196: In - Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas, 2 volumes, CNPD, Brasília, DF, maio 1998.
- 4 - Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participação, Depto de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS - Painel de Indicadores do SUS nº 2, Brasília, DF, 2007.
- 5- SENDEROWITZ, J - Adolescent Health: reassuring the passage to adulthood, World Bank discussion paper: The World Bank, Washington, nº 272, pp 53, 1995.
- 6 - SUAREZ OJEDA e colabs. Adolescencia juventud: aspectos demográficos e epidemiológicos. In: OPS/OMS La salud del adolescent y el joven em lãs Américas, Washington, 1995.
- 7- CASSORLA, RMS & KNOBEL, M- La depresión y el suicidio en la adolescencia. In: OPS/OMS La salud del adolescentes y el joven en las Ameritas, Washington, 1985.
- 8- SELLS, C.W & BLUE, R.W - Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trends. American Journal of Public Health (86) 4, April, 1996.

## A MORTALIDADE DOS ADOLESCENTES NO BRASIL

### 1. Apresentação

As estatísticas de mortalidade por causas são utilizadas há muito tempo para avaliar a saúde da população e permitem descrever o seu perfil epidemiológico.

A mortalidade segundo idades apresenta um padrão mais ou menos constante, quer para populações de áreas desenvolvidas quer para aquelas em desenvolvimento, diferindo, porém, quanto ao nível das taxas. O padrão mostra taxas mais elevadas nos menores de 1 ano, decrescendo até 5 anos de idade e permanecendo baixas com pequena elevação até os adultos jovens e, a seguir, aumentam progressivamente atingindo os valores mais altos nos idosos a partir dos 60 anos.

Assim, dentro do padrão observado os adolescentes apresentam mortalidade baixa e, quanto as causas, apresentam características próprias, sobressaindo as causas externas, particularmente no sexo masculino, bem como as neoplasias malignas em ambos os sexos.

Nas adolescentes, mais evidente a partir dos 15 anos, já começam a aparecer casos de morte por complicação da gravidez, parto e puerpério.

Mello Jorge <sup>(1)</sup> ao descrever as causas de óbito de adolescentes, destaca a importância das causas externas em ambos os sexos, predominante, porém, no sexo masculino e, baseando-se nos dados de 2004, comenta: “Para os adolescentes, ocupa o posto mais importante nos dois sexos e nas duas faixas de idade, chegando a representar quase 80% do total das mortes entre as meninas de 15 a 19 anos. Algumas diferenças, entretanto, ressaltam significativamente. Na faixa de 10 a 14 anos, a taxa de mortalidade no sexo masculino (21,9 por 100 mil habitantes) é 2,5 vezes a apresentada pelas meninas da mesma idade, supremacia que se acentua enormemente (cerca de 7 vezes) no grupo de 15 a 19 anos, cujas taxas passam a ser 132,1 e 18,4, respectivamente, para os sexos masculino e feminino, todas medidas por 100 mil habitantes. Essa sobremortalidade dos meninos põe em evidência as condutas de risco assumidas por esse grupo populacional”. “Não violentos em si, mas facilitadores ou propulsores de comportamentos violentos são o uso de álcool, drogas ilícitas e direção perigosa. Outros ainda, como o fumo e o sexo sem proteção, a longo prazo, podem ser considerados produtores de doenças capazes de levar a morte, como a AIDS, ou de conseqüências nem sempre fáceis de ser enfrentada, como gravidez indesejada”. (1)

## 2. As Causas de Morte de Adolescentes do Sexo Feminino

As tabelas 1 e 2 apresentam mortalidade por causas (nº absoluto, % e taxas) nas adolescentes de 10 a 14 e 15 a 19 anos, respectivamente.

Chama a atenção nos dois grupos a diminuição progressiva de 1980 a 2005 do número absoluto de óbitos repercutindo, por sua vez, no declínio nas taxas. De fato, as taxas de mortalidade declinaram de 43,26 por 100.000 para 23,96 e de 62,28 por 100.000 para 41,26, respectivamente para as idades 10-14 e 15-19 anos.

Quanto as causas de morte no grupo 10-14 anos, aparecem em primeiro lugar as causas externas em todo o período mostrado na Tabela 1, sendo que as taxas permaneceram relativamente estáveis (em torno de 11 a 12 por 100.000 habitantes) e caindo bastante no último ano apresentado (2005). Entretanto, quanto a sua importância, medida pela proporção (%) em relação ao total de óbitos verifica-se que ela foi crescente indo de 28,83% em 1980 para 36,89% em 2005.

Seguem-se às causas externas, em 1980, quatro grupos de causas e com valores bem próximos: as doenças infecciosas e parasitárias, as neoplasias, as doenças do aparelho circulatório e as do aparelho respiratório. Na evolução para 2005, apenas as neoplasias aumentam sua importância (de 8,18% para 13,10% do total de mortes) sendo que as outras diminuíram bastante. Entretanto, as taxas de mortalidade por neoplasias permaneceram estáveis e com discreta tendência ao declínio.

Quanto às complicações da gravidez, parto e puerpério, representaram menos de 1% do total de óbitos em todo o período, porém, as taxas por 100.000 n.v., pode-se dizer, são altas, visto que a menor foi 48,48 por 100.000 n.v. no ano 2000. As causas maternas específicas serão apresentadas no item seguinte.

Chama muito a atenção a redução acentuada das causas mal definidas, visto que representavam 19,0% das mortes em 1980 passando a 7,72% em 2005.

Quanto ao grupo etário de 15-19 anos (Tabela 2) verifica-se, praticamente, o mesmo perfil epidemiológico das causas de morte do observado no grupo 10-14 anos. Chama, porém, a atenção que as causas externas apresentam taxas de mortalidade mais altas e se mantendo acima de 20 por 100.000, sendo que houve decréscimo no último ano analisado quando caiu para 17,41 por 100.000 habitantes. Entretanto, a importância relativa (%) é alta, chegando a 42,2% do total de mortes em 2005.

As neoplasias malignas, particularmente no final do período estudado, assumiram a segunda posição como causa de morte (10,38% do total e taxa de 4,28 por 100.000), sendo que, no início do período, a segunda posição era ocupada pelas doenças do aparelho circulatório.

Quanto às mortes por causas maternas, nesse grupo etário, já assumem maior importância que no grupo anterior visto que seu peso em torno de 5 a 6% no período estudado. Entretanto a RMM, em todo o período, é menor neste grupo do que no de 10-14 anos. As causas específicas de mortes maternas serão vistas no item que se segue.

Também chama bastante a atenção a diminuição importante das causas mal definidas que de 16,04% (1980) chega a 7,21% (2005).

### **3. Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério como Causas de Morte**

Nas Tabelas 3 e 4 são mostradas as causas ou complicações específicas do ciclo gravídico puerperal nas adolescentes de 10 a 14 e 15 a 19 anos de idade. São apresentados os dados a partir de 1996, ano em que começou a ser utilizada a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) até 2005.

Na Tabela 3 (10 a 14 anos) estão apresentadas as causas maternas incluídas no capítulo XV da CID-10, sendo no período 1996 a 2005 foram registradas 161 mortes maternas, dos quais 21 ou 19,25% foram abortos e 56 ou 34,78% foram transtornos hipertensivos complicando a gravidez, incluindo as eclâmpsias.

As causas obstétricas indiretas representaram, para todo o período, apenas 12,42% das mortes maternas em gestantes de 10 a 14 anos, portanto, 87,58% foram diretas.

Entre as 2426 mortes de adolescentes de 15 a 19 anos de 1996 a 2005 (Tabela 4), também se destacam os abortos (8,65%) e os transtornos hipertensivos (27,63%). Nesse grupo etário, como no anterior, foi grande o predomínio das causas obstétricas diretas (80,96%) em relação às indiretas (19,04%).

Comparando-se os dois grupos etários de adolescentes, verifica-se que no de 15 a 19 anos, os abortos representam pouco mais do dobro do observado no grupo 10 a 14 anos, respectivamente 8,65% e 19,25%. Isto é, pelo menos no período analisado, os abortos são mais importantes como causa de morte nos adolescentes a partir de 15 anos.

Nos dois grupos etários é nítida a grande predominância de mortes por causas obstétricas diretas em relação às indiretas, mostrando claramente a falta de prevenção para causas reconhecidamente preveníveis o que poderia ter ocorrido com um pré-natal bem feito.

No que se refere à questão do pré-natal em adolescentes Mello Jorge <sup>(1)</sup>, baseando-se em vários outros autores, comenta que a gravidez de adolescentes é motivo de grande preocupação em todo o mundo, incluindo o Brasil em razão do alto risco físico e psicológico para a saúde da mulher e de seu filho. Além de fatores sociais acrescenta fatores biológicos agravados, muitas vezes, pela

ausência de pré-natal adequado, pouca acessibilidade aos serviços de assistência a saúde e falta de apoio familiar como os verdadeiros determinantes de riscos psicológicos, obstétricos e neonatais, sendo a mortalidade por causas maternas, infelizmente, uma das resultantes finais.

Tabela 1 - Mortalidade de Adolescentes do sexo feminino, 10-14 anos, segundo alguns grupos de causas (por 100.000h). Brasil, 1980 a 2005.

Grupo de Causas	1980			1985			1990			1995			2000			2005		
	nº	%	Tx	nº	%	Tx	nº	%	Tx									
D.Infeciosas e Parasitárias	255	8,3	3,59	214	7,43	2,77	158	6,09	1,89	171	6,00	1,91	140	5,66	1,63	148	6,64	1,59
Neoplasias	251	8,18	3,53	231	8,03	2,99	242	9,33	2,90	276	9,68	3,08	295	11,93	3,22	292	13,10	3,14
D. Ap.Circulatório	248	8,07	3,49	207	7,19	2,68	208	8,02	2,49	197	6,91	2,20	171	6,92	1,99	151	6,77	1,62
D. Ap.Respiratório	249	8,08	3,50	228	7,92	2,95	232	8,94	2,78	230	8,07	2,56	183	7,40	2,13	161	7,22	1,73
Gravidez, Parto, puerpério	18	0,59	...	15	0,52	...	8	0,3	...	13	0,45	61,02**	14	0,57	48,48**	16	0,72	58,80**
Causas Externas	885	28,83	12,47	921	32,01	11,93	933	35,95	11,20	1144	40,15	12,77	948	38,35	11,06	822	36,89	8,84
Mal Definidas	585	19,06	8,24	497	17,30	6,43	329	12,68	3,95	322	11,30	3,59	251	10,15	2,94	172	7,72	1,85
Todas as outras	579	18,86	8,15	564	19,60	7,31	485	18,69	5,70	496	17,4	7,85	470	19,01	5,71	467	20,95	3,93
Total	3070	100,00*	43,26	2877	100,00*	37,27	2595	100,00*	31,16	2849	100,00*	34,21	2472	100,00*	28,84	2229	100,00*	23,96

\*\* Taxa por 100.000 nascidos vivos

\* Valores aproximados para 100%

Tabela 2 - Mortalidade de adolescentes do sexo feminino, 15-19 anos, segundo alguns grupos de causas (por 100.000h). Brasil, 1980 a 2005.

Grupo de Causas	1980			1985			1990			1995			2000			2005		
	n°	%	Tx	n°	%	Tx	n°	%	Tx									
D.Infec. e Parasitárias	328	7,00	4,77	295	6,64	4,11	251	6,02	3,35	207	4,45	3,00	232	5,36	2,60	196	4,90	2,02
Neoplasias	301	6,42	4,38	266	5,99	3,70	304	7,30	4,00	323	6,95	4,03	361	8,34	4,05	415	10,38	4,28
D. Ap. Circulatório	453	9,66	6,59	393	8,85	5,47	349	8,38	4,66	395	8,50	4,93	319	7,34	3,57	260	6,50	2,68
D. Ap. Respiratório	289	6,17	4,21	301	6,78	4,19	275	6,60	3,67	336	7,23	4,20	266	6,14	2,98	242	6,05	2,49
Gravidez, Parto, Puerp	288	6,14	.....	223	5,02	....	216	5,42	...	211	4,76	42,99*	226	5,22	31,32*	247	6,18	38,93*
Causas Externas	1553	33,13	22,64	1570	35,36	21,87	1566	37,60	20,91	1941	41,81	24,26	1817	41,95	21,48	1687	42,2	17,41
Mal Definidas	752	16,04	10,95	677	15,25	9,43	525	12,60	7,01	524	11,28	6,55	452	10,44	5,06	288	7,2	2,97
Todas as outras	723	15,43	10,60	714	16,08	9,94	678	16,28	9,05	705	15,18	8,81	658	15,19	9,90	662	16,56	6,83
Total	4687	100,00	68,28	4439	100,00	61,85	4164	100,00	55,60	4642	100,00	58,03	4331	100,00	8,55	3997	100,00	41,26

\* Taxa por 100.000 nascidos vivos

Tabela 3 - Óbitos maternos de mulheres com idade de 10 a 14 anos, segundo causas específicas Brasil - 1996 a 2005

Causas	ANO										
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
ABORTO	O01 Mola hidatiforme	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0
	O02 Outros produtos anormais de concepção	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	O03 Aborto espontaneo	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
	O05 Outr tipos de aborto	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	O06 Aborto NE	1	2	0	1	1	0	1	1	2	0
	O07 Falha na tentativa de aborto	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
OBSTÉTRICA DIRETA	O11 Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	O13 Hipertensao gestacional s/proteinuria signif	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	O14 Hipertensao gestacional c/proteinuria signif	2	1	0	1	2	0	0	2	1	0
	O15 Eclampsia	2	4	9	4	4	1	4	3	5	5
	O16 Hipertensao materna NE	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0
	O23 Infecções do trato geniturinário na gravidez	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0
	O26 Assist materna outr complic lig predom grav	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	O29 Complic anestesia admin durante gravidez	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	O36 Assit. Prestada à mãe por out.problemas fetais conhecidos ou suspeitados	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
	O45 Descolamento prematuro da placenta	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0
	O46 Hemorragia anteparto NCOP	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	O62 Anormalidades da contração uterina	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto NCOP	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	O72 Hemorragia pos-parto	1	0	1	2	1	0	1	2	0	0
O74 Complic anestesia durante trab parto e parto	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	

Tabela 3 - Continuação

Causas	ANO										
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
O75 Outr complic do trab parto e do parto NCOP	3	1	0	1	0	1	1	0	0	0	
O85 Infecç puerperal	0	0	1	1	0	0	1	3	1	2	
O86 Outras infecções puerperais	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	
O88 Embolia orig obstetrica	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
O90 Complic do puerperio NCOP	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	
OBSTÉTRIC A INDIRETA	O98 Doen inf paras mat COP compl grav part puerp	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1
	O99 Outr doenc mat COP compl grav parto puerp	0	0	3	2	1	1	2	2	4	0
OUTRAS	O95 Morte obstétrica de causa não especificada	0	0	0	1	0	2	1	0	0	2
	O96 Morte qq caus obst mais 42d menos 1a parto	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	17	13	20	20	14	13	15	16	17	16	

FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM /SVS/MS

Tabela 4 - Óbitos maternos de mulheres com idade de 15 a 19 anos, segundo causas específicas  
Brasil - 1996 a 2005

	Causas	ANO									
		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ABORTO	O00 Gravidez ectopica	4	4	3	1	3	5	6	6	6	4
	O01 Mola hidatiforme	0	0	0	1	0	2	1	1	0	2
	O02 Outr produtos anormais da concepcao	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2
	O03 Aborto espontaneo	1	0	1	1	1	2	0	2	1	2
	O05 Outr tipos de aborto	0	2	2	0	2	0	1	5	1	2
	O06 Aborto NE	10	15	7	15	12	10	8	9	10	8
	O07 Falha de tentativa de aborto	2	0	0	1	2	1	3	0	3	3
OBSTÉTRICA DIRETA	O10 Hipertens pre-exist complic grav parto puerp	1	2	0	0	1	2	1	1	1	1
	O11 Dist hipertens pre-exist proteinuria superp	0	0	0	3	0	3	0	1	0	2
	O12 Edema e proteinuria gestac s/hipertensao	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
	O13 Hipertensao gestacional s/proteinuria signif	0	4	3	2	5	5	1	4	2	6
	O14 Hipertensao gestacional c/proteinuria signif	17	7	12	15	12	17	12	11	16	17
	O15 Eclampsia	36	49	47	39	41	37	43	61	37	45
	O16 Hipertensao materna NE	5	0	3	6	8	5	4	3	5	2
	O21 Vomitos excessivos na gravidez	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
	O22 Complic venosas na gravidez	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
	O23 Infecç do trato geniturinario na gravidez	1	3	5	3	1	3	6	0	4	8
	O24 Diabetes mellitus na gravidez	0	1	3	0	2	3	2	1	1	2
	O25 Desnutric na gravidez	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	O26 Assist materna outr complic lig predom grav	4	1	4	1	4	1	1	4	2	2
	O29 Complic anestesia admin durante gravidez	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1
	O30 Gestacao mult	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	O34 Assist prest mae anor conh susp org pelv mat	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	O36 Assist prest mae outr probl fet conh susp	2	1	4	0	2	2	0	2	2	3
	O41 Outr transt membranas e liquido amniotico	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0
	O42 Ruptura prematura de membranas	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
	O44 Placenta previa	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0
O45 Descolamento prematuro da placenta	8	6	3	8	7	12	5	6	7	6	

TABELA 4 - CONTINUAÇÃO

Causas		ANO									
		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
OBSTÉTRICA DIRETA	O46 Hemorragia anteparto NCOP	3	1	3	1	2	0	1	0	0	1
	O47 Falso trabalho de parto	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	O60 Parto pre-termo	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0
	O62 Anormalidades da contracão uterina	3	6	7	8	5	10	8	4	8	4
	O63 Trabalho de parto prolongado	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	O64 Obstr trab parto dev ma-posic ma-apres feto	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	O67 Trab parto parto compl hemorr intrapart NCOP	1	2	1	1	0	2	1	1	1	2
	O68 Trab parto e parto complic sofrimento fetal	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0
	O70 Laceracao do perineo durante o parto	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	O71 Outr traum obstetricos	2	1	3	4	2	2	2	2	4	1
	O72 Hemorragia pos-parto	10	13	11	7	9	11	13	8	9	13
	O74 Complic anestesia durante trab parto e parto	2	6	3	3	2	0	2	3	4	1
	O75 Outr complic do trab parto e do parto NCOP	4	17	5	13	8	9	11	8	9	7
	O85 Infecc puerperal	17	17	24	14	17	24	24	19	17	19
	O86 Outr infecc puerperais	6	8	9	8	11	9	7	8	9	8
	O87 Complic venosas no puerperio	0	3	0	1	0	1	1	0	1	1
	O88 Embolia orig obstetrica	4	8	4	10	7	5	10	4	6	4
	O89 Complic da anestesia admin durante puerperio	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1
	O90 Complic do puerperio NCOP	2	7	6	6	7	5	6	9	12	6
	O91 Infecc mamarias assoc ao parto	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	OBSTÉTRICA INDIRETA	O98 Doen inf paras mat COP compl grav part puerp	4	4	12	13	4	5	12	5	5
O99 Outr doenc mat COP compl grav parto puerp		29	51	58	39	28	27	41	42	40	35
OUTRAS	O95 Morte obstetrica de causa NE	3	6	8	7	8	10	5	6	10	8
	O96 Morte qq caus obst mais 42d menos 1a parto	0	3	5	4	3	8	10	12	17	8
	O97 Morte p/sequelas causas obstetricas diretas	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO		189	252	262	241	226	245	253	254	257	247

FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM /SVS/MS

## **REFERÊNCIAS**

- 1 – MELLO JORGE, MHP – Mortalidade na Adolescência: O futuro comprometido. In: Adolescência Prevenção e Risco, 2ª edição, Saito, Maria Ignez, Atheneu, PP 41-46, São Paulo 2008.

# **GESTAÇÕES DE ADOLESCENTES EM UMA MATERNIDADE DE GRANDE PORTE EM MUNICÍPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

## **I - APRESENTAÇÃO**

Os docentes da área de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade do Sagrado Coração (USC) em Bauru entre suas atividades de pesquisa interessaram-se por avaliar a mortalidade materna no município. Entretanto, dado o fato de, ainda que a Razão de Mortalidade Materna (RMM) fosse alta, julgaram que teriam mais informações se obtivessem dados a partir da morbidade materna, desde os casos mais graves até os mais leves, mas que receberam algum tipo de atenção médica durante internação em maternidade.

Tendo-se em vista a existência no município de uma maternidade de grande porte com, aproximadamente 5500 a 6000 internações por ano, uma investigação com as gestantes internadas, quase certamente, daria uma quantidade de casos com algum tipo de morbidade, a partir da qual seria possível caracterizar o perfil epidemiológico.

Inicialmente os pesquisadores idealizaram medir a frequência apenas dos casos graves e que "quase morreram". É o que se tornou conhecido com o nome em inglês "near-miss". Entretanto, logo no início do trabalho de campo na maternidade, verificou-se não ser fácil caracterizar os casos "near-miss" isto é, aquelas que quase morreram. Assim, expandiu-se o estudo no sentido de obter os dados referentes a todo tipo de morbidade materna, independente de gravidade.

Os resultados gerais mostraram que 17,63% das gestantes internadas na maternidade eram adolescentes de 10 a 19 anos. O valor encontrado, relativamente alto, justifica uma análise específica para a gestação de adolescentes internadas na maternidade.

## **2 - O Município de Bauru**

O município tem uma área de 675.5 km<sup>2</sup>, altitude 526 m, distância de São Paulo 345 km, temperatura média anual 22oC'.

No que se refere à população, a estimativa para 2008 foi de 355.675 habitantes, com a seguinte distribuição por idade.

Tabela 1 - População Residente por Faixa Etária e Sexo  
Município: Bauru  
Ano: 2008

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	2329	2225	4554
1 a 4	10164	9683	19847
5 a 9	13637	13015	26652
10 a 14	13422	12696	26118
15 a 19	13946	13293	27239
20 a 29	31663	31249	62912
30 a 39	28054	28446	56500
40 a 49	23982	26477	50459
50 a 59	17960	20578	38538
60 a 69	10129	12447	22576
70 a 79	5766	8100	13866
80 e mais	2384	4030	6414
Total	173436	182239	355675

Tabela 2 - Taxa de Escolaridade (%)  
Município: Bauru  
Ano: 1996

Anos de estudo	Masculino	Feminino	Total
Sem instrução	11,60	12,83	12,22
Menos de 1 ano	6,41	5,94	6,17
1 ano	3,96	3,76	3,86
2 anos	5,22	5,12	5,17
3 anos	5,76	5,68	5,72
4 anos	15,24	15,02	15,13
5 a 7 anos	17,08	15,33	16,19
8 anos	9,10	8,77	8,93
9 a 11 anos	15,28	17,01	16,16
12 anos ou mais	9,54	9,78	9,66
Ignorado	0,80	0,76	0,78
Total	100,00	100,00	100,00

Verifica-se que, no município, 15,00% da população total é de adolescentes sendo 15,77% para o sexo masculino e 14,25% para o feminino. Deve ser comentado que a proporção de idosos (60 anos e mais) é de 12,04% que é bastante alto para os padrões da população brasileira e paulista.

### **3 - O projeto sobre avaliação da morbidade materna em uma maternidade no município de Bauru**

O projeto originalmente proposto será descrito a seguir da maneira como foi apresentado para obter financiamento da Área da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, da Organização Panamericana da Saúde e do CNPq.

Como já foi comentado no item anterior o projeto inicial era caracterizar os casos "near -miss", entretanto, foi expandido para todo e qualquer tipo de morbidade, independente da gravidade. Especificamente, nesta apresentação, serão mostrados os resultados para as gestações de adolescentes.

A seguir está reproduzido o projeto da maneira como foi proposto, isto é, a caracterização da morbidade em gestantes internadas na maternidade.

#### **3.1 - Projeto Morbidade Materna**

A morte materna é um evento trágico que acomete a mulher durante o processo fisiológico da reprodução, constituindo um indicador da iniquidade existente entre os sexos, estando inversamente associada ao grau de desenvolvimento humano (WHO,1999)<sup>(1)</sup>. Trata-se de um acontecimento mundialmente negligenciado, sendo que um dos fatores que determinam esta situação é o desconhecimento do tamanho do problema a ser enfrentado.

O Ministério da Saúde do Brasil propôs a adoção de um Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, orientando que, no processo de construção deste Pacto, a implantação dos Comitês de Morte Materna seria uma das ações estratégicas. De fato, foi uma importante estratégia para a melhoria do sistema de registro desses óbitos e, conseqüentemente, para o aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis relativas à mortalidade materna.

Com base nisso, estados e municípios puderam estabelecer políticas mais eficazes de atenção à mulher no planejamento familiar, durante a gravidez, nos casos de aborto, parto e puerpério. A partir dos primeiros anos da década de 90, do século XX, praticamente, em todos os estados brasileiros foram criados os Comitês de Mortalidade Materna. Os muitos estudos/investigações

realizados em várias partes do mundo sobre mortalidade materna se deparam com um problema que é a questão do “pequeno número absoluto” de casos, mesmo nos casos de altas taxas de mortalidade.

Assim, esses valores permitem calcular a Razão de Mortalidade Materna (RMM), entretanto, não permitem avaliar completamente as causas e muito menos os fatores responsáveis, tais como assistência pré-natal, idade materna, doenças associadas, assistência ao parto e outros. Dessa maneira, por ser um evento muito pouco freqüente, o valor da utilização do número de mortes maternas e das informações advindas do seu estudo tem sido reconsiderado. Frente a este quadro, a necessidade de um melhor indicador das condições de saúde materna tem feito crescer o interesse no estudo de casos de mulheres que desenvolveram morbidade grave durante a gestação, parto e puerpério e que não morreram.

Neste sentido, considerando que a sobrevivência da mulher com morbidade "*near miss*" depende, na maioria das vezes, do cuidado oferecido, o estudo mais pormenorizado destes casos também tem sido utilizado para avaliar a qualidade da atenção obstétrica, seja no pré-natal, parto e puerpério.

O presente projeto teve como objetivo central implantar um sistema de vigilância epidemiológica ativa para investigar os casos de morbidade materna com complicações graves ou severas com ameaça a vida, utilizando como critério base do "*near miss*" a ocorrência de determinadas doenças e complicações, em uma maternidade do município de Bauru – SP.

Como objetivos específicos foram elencados: avaliar as causas maternas (diretas e indiretas); identificar os fatores de risco: idade materna, número de gestações; número de abortos, número de paridades, acesso a assistência pré-natal, parto e puerpério; determinar os procedimentos especiais à mulheres em quadro de morbidade grave e severa; verificar o tempo médio de permanência hospitalar; observar a condição na alta materna.

O estudo foi prospectivo de vigilância epidemiológica em pacientes gestantes que ingressaram na Maternidade de referência para o Sistema Único de Saúde no município de Bauru durante o período compreendido entre agosto de 2006 a dezembro de 2007. Seriam incluídas inicialmente apenas pacientes com quadro de morbidade grave, direta ou indireta durante a gravidez e o trabalho de parto, parto e puerpério. Entretanto, como será comentado, foram incluídas todas as patologias, inclusive as não graves.

### 3.2 - Considerações Gerais

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) pode ser considerada um importante indicador da saúde da mulher e, por extensão, um valioso indicador indireto da saúde da população em geral. De fato, observa-se que a RMM é alta nos países ou regiões menos desenvolvidas, diferentemente do que ocorre em nações desenvolvidas.

Desde 1987, quando se realizou a *Conferência sobre Maternidade Segura*, em Nairobi - Quênia, sob os auspícios da OMS, PNUD, UNICEF e Banco Mundial<sup>(2)</sup>, passou-se a dar grande importância à mortalidade materna, face ao elevado número de mulheres que estavam morrendo, todos os anos, sendo a quase totalidade, em países subdesenvolvidos da África, Ásia e América Latina.

As nações foram, assim, estimuladas a criar programas visando à redução do número de mortes por complicações da gravidez, do parto e do puerpério. A OPS, em 1990, criou o “*Plano de Redução da Mortalidade Materna*”<sup>(3)</sup>, que fora subscrito por todos os países sem, entretanto, obter bons resultados. No Brasil, foram criados, em todos os estados, os “*Comitês de Estudo e Prevenção das Mortes Maternas*”.

Para a avaliação das atividades desses programas, são necessários dados referentes às mortes maternas, isto é, é preciso conhecer sua magnitude por meio das taxas ou razões de mortalidade materna (RMM). Sabe-se, todavia, que na prática, ocorrem falhas ou imperfeições nessa mensuração.

Algumas investigações foram realizadas, no país, com diferentes metodologias, mas, principalmente, com a chamada RAMOS (**R**eproductive **A**ge **M**ortality **S**urvey). Essas têm mostrado claramente a existência de uma sub-declaração das causas maternas, por parte dos médicos, nos atestados de óbito. Em investigação realizada nas capitais brasileiras, em 2001, a razão de mortalidade materna oficial para o conjunto, calculada a partir das declarações de óbito, foi igual a 38,9 por 100.000 nascidos vivos. Após a pesquisa, segundo a Metodologia RAMOS, portanto, corrigida, aumentou para 54,3 por 100.000 nascidos vivos (Laurenti e colaboradores, 2004)<sup>(4)</sup>.

Tendo em vista os altos valores da RMM no país, mesmo quando não corrigida, a sua redução passou a ser uma prioridade para o Ministério da Saúde, que propôs o *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna*. Tal atitude está documentada no Manual dos Comitês de Mortalidade Materna da Secretaria de Políticas de Saúde – Área Técnica de Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 2005)<sup>(5)</sup>:

“A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas configuram-se como uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais. Entendendo que o enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal implica no envolvimento de diferentes atores sociais, de forma a garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população, o Ministério da Saúde propôs a adoção deste Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal”. Informa ainda que: “no processo de construção deste Pacto, a implantação dos Comitês de Morte Materna foi identificada como uma das ações estratégicas. De fato é uma importante estratégia para a melhoria do sistema de registro desses óbitos e, conseqüentemente, para o aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis relativas à mortalidade materna. Com base nesses dados, estados e municípios podem estabelecer políticas mais eficazes de atenção à mulher no planejamento familiar, durante a gravidez, nos casos de aborto, no parto e no puerpério”.

A partir dos primeiros anos da década de 90, do século XX, praticamente, em todos os estados brasileiros foram criados esses Comitês de Mortalidade Materna (CMM); alguns atuaram bem e continuam assim funcionando, outros apresentaram falhas, avanços e retrocessos e vários foram desativados. É possível afirmar que, de uma maneira geral, os CMM's, salvo poucas exceções, não estão contribuindo para a redução da mortalidade materna, visto não terem atingido plenamente seus objetivos quanto a:

“... identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, os fatores que a determinam e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes.”  
Ministério da Saúde, 2005 <sup>(5)</sup>.

Quanto à magnitude da mortalidade materna geralmente, mas não obrigatoriamente, usa-se como base da Razão de Mortalidade Materna (RMM), o valor 100.000 nascidos vivos (n.v.). Era muito comum classificar as RMM em *alta*, *média* e *baixa*, da mesma maneira que se fazia com a taxa de mortalidade infantil. Entretanto, os valores não são constantes no tempo e uma RMM *média* há 15 ou 20 anos pode, atualmente, ser considerada *alta* ou mesmo *muito alta*.

É mais razoável dizer: “Uma RMM é baixa quanto mais se aproxima do zero e RMM é alta quanto mais se afasta dele”.

Há países, como o Japão, onde a RMM é inferior a 5 por 100.000 n.v e, em vários países europeus ocidentais, o valor situa-se entre 8 e 10 por 100.000 n.v. Algumas investigações em determinados locais da África mostraram RMM superiores a 300 ou 400 por 100.000 n.v.

Para o conjunto das capitais brasileiras uma investigação (pela metodologia RAMOS) mostrou uma RMM de 54,3 por 100.000 n.v. permitindo estimar que, para o Brasil como um todo, o valor seja em torno de 75 por 100.000 n.v.<sup>(4)</sup>.

### **3.3 - O problema dos "pequenos números" na mensuração mortalidade materna.**

Os muitos estudos/investigações que estão sendo feitos em várias partes do mundo sobre mortalidade materna se deparam com um problema que é a questão dos “pequenos números” de casos. Assim, esses valores permitem calcular a RMM, entretanto, não permitem avaliar completamente as *causas* e muito menos os *fatores* responsáveis, tais como assistência pré-natal, idade materna, doenças associadas, assistência ao parto e vários outros.

Um bom exemplo sobre “altas taxas e pequenos números é o observado pelos resultados das investigações feitas pelo *Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna* (PR). Este comitê é considerado um dos melhores do país, pela qualidade do trabalho realizado. Com os dados corrigidos pelo comitê verificou-se, em 2002, um total de 95 óbitos maternos para o estado do Paraná, correspondendo uma alta RMM de 57,64 por 100.000 n.v. Entretanto, se desejar investigar causas e fatores nas Regionais de Saúde com as mais altas RMM, verifica-se ser isso impossível. De fato, a mais alta RMM foi na Regional de Saúde de Telêmaco Borba correspondente a 234,2 por 100.000 n.v. e o número absoluto de óbitos maternos foi 7. A segunda RMM mais alta, também em 2002, foi na Regional de Saúde de Cianorte, 166,4 por 100.000 n.v, com 3 casos; na Regional de Jacarezinho ocorreram 3 mortes levando a uma RMM de 72,2 por 100.000 n.v. Vários outros exemplos de Regionais de Saúde com pequenos números de casos também poderiam ser mostrados (Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna – Paraná 2002) <sup>(6)</sup>.

Fica bastante evidente que, mesmo com altas RMM, é bastante difícil estabelecer ações/atividades voltadas à redução da mortalidade materna pela impossibilidade de especificar causas e fatores responsáveis. Uma possível solução seria analisar a partir de casos graves de causas maternas e que não chegaram a morrer, o que os autores ingleses chamam de “*near misses*”.

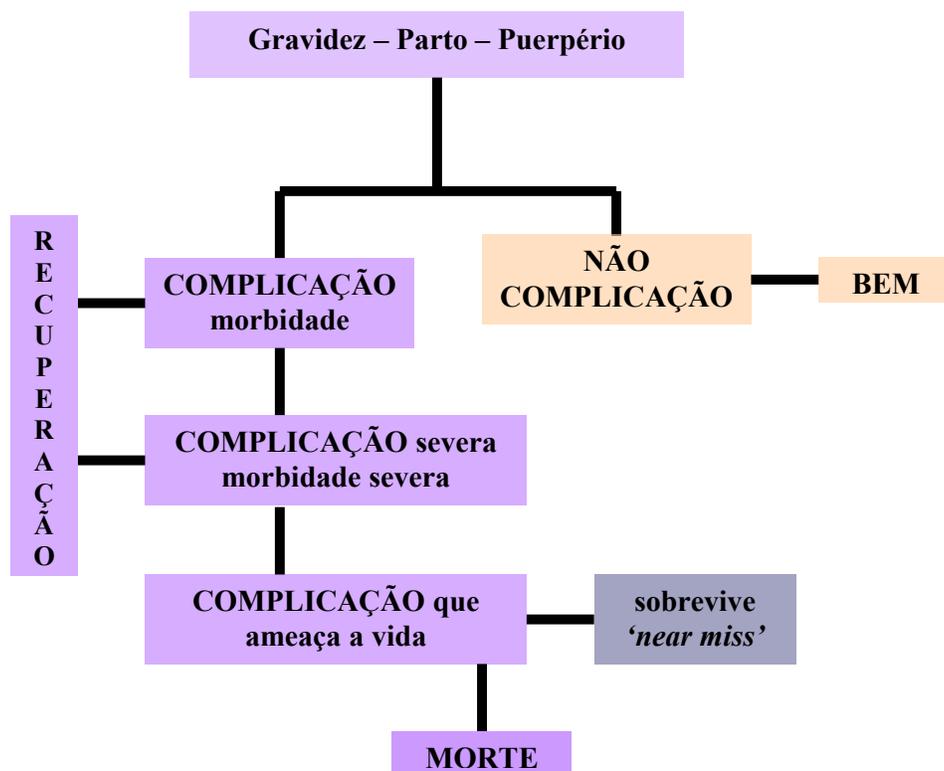
Tem sido atualmente chamada à atenção por aqueles que se dedicam a estudos e prevenção das mortes maternas para o fato de que se deve investigar os casos de morbidade materna grave ou severa o que a literatura inglesa chama de “*near misses*” e os franceses de “*échappées belles*”. Esses casos ocorrem em um número bastante maior do que aquele de mortes maternas e seu estudo por meio da revisão dos casos permitem estabelecer conclusões mais robustas a respeito dos fatores de risco, particularmente aqueles evitáveis (WHO-Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer, WHO, Geneve 2004)<sup>(7)</sup>.

Não existe uma definição clara ou correta sobre o que é um caso de “morbidade materna grave” (ou “near-miss” ou “échappées belles”). Como recomenda a OMS, é importante que as definições utilizadas em qualquer revisão de casos sejam apropriadas às circunstâncias locais para permitir uma melhoria local na assistência materna. Um fato importante nesse tipo de investigação é que os próprios sobreviventes darão as informações sobre o que ocorreu, como foi a gestação, fatos do pré-natal, do parto, entre outras.

Na publicação acima citada “Beyond the Numbers – Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer” (WHO, 2004)<sup>(7)</sup> é descrito o que se chama de “*gravidez como um processo contínuo entre a boa e a má saúde*”. Nesse contínuo a gravidez pode ser vista como sendo: não complicada, complicada (morbidade), gravemente ou severamente complicada (morbidade severa ou grave) ou complicação com ameaça à vida. Nesse último caso a mulher pode se restabelecer, pode ficar temporariamente ou permanentemente com alguma incapacidade ou pode morrer. Portanto nos casos de complicações com “ameaça à vida” existem duas possibilidades: a mulher sobrevive e é o que chamamos “morbidade com ameaça à vida” (near-miss) ou ela morre e é que chamamos de morte materna. A figura ilustra esses casos.

Vários estudos têm tratado desta questão, particularmente a partir da década de 90 do século XX tais como entre outros o de Filipi, 1998<sup>(8)</sup>; Mantel et al, 1998<sup>(9)</sup>; Stones et al, 1991<sup>(10)</sup>; Sivalingam & Looi, 1999<sup>(11)</sup>; Drife, 1993<sup>(12)</sup>; Basket & Sternadel, 1998<sup>(13)</sup>.

**Figura 1:** Sequência de eventos no período da gravidez, parto e puerpério.



Fonte: Referência bibliográfica nº 7

Não é fácil decidir se um caso é ou não near-miss. De fato, como exemplo, se uma mulher tem uma grave hemorragia pós-parto e no hospital tem um banco e sangue, esse caso não seria near-miss. Entretanto se no hospital não houver disponibilidade de sangue, o mesmo caso pode ser considerado uma "morbidade com ameaça a vida" (near-miss). Outros exemplos poderiam ser citados.

### 3.4 - Objetivos

Os objetivos do estudo inicial foram mensurar e avaliar os casos de morbidade materna, incluindo todos os diagnósticos registrados nos prontuários, independente da gravidade. Especificamente objetivava-se:

- avaliar a morbidade materna (diretas e indiretas);
- identificar os fatores de risco: (socioeconômicos) idade, número de gestações; e, quanto ao acesso e qualidade da assistência ao pré-natal e parto;
- determinar os procedimentos especiais em casos morbidade grave e severa;
- verificar o tempo médio de permanência hospitalar;

- observar a condição na alta materna;
- elaborar Boletim de Vigilância Epidemiológica da Morbidade Materna.

Esses objetivos diziam respeito a todas as gestantes internadas na maternidade. Na presente apresentação serão apresentados alguns resultados, dentro desses objetivos, para as gestantes adolescentes (10 a 19 anos).

## **4 - Metodologia**

### **4.1- O estudo**

Estudo prospectivo de vigilância epidemiológica ativa foi realizado na Maternidade Santa Isabel do município de Bauru, centro-oeste paulista.

### **4.2- População de estudo**

A coorte foi composta por adolescentes (dentre todas as internações) que estavam no ciclo gravídico-puerperal, pertencentes à DIR 10 ou provenientes de outras DIR's que foram admitidas na Maternidade Santa Isabel, localizada no município de Bauru – SP, no período entre agosto de 2006 a dezembro de 2007. O referido hospital atende todas as mulheres de Bauru conveniadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), outros convênios, bem como aquelas encaminhadas por outras DIR's através da Central Reguladora de Vagas. A escolha da Maternidade se deu por ser um hospital de referência materna e perinatal e são atendidas aproximadamente 6.000 mulheres por ano.

Como foi descrito, a idéia inicial, era caracterizar os casos "near-miss", os quais considerando a classificação de Mantel et al. (1998) <sup>(9)</sup>, e o formulário de Aberdeen University, incluindo em Ghana Ministry of Health, Jamaica Ministry of Health, University of West Indies (WHO,2004) <sup>(7)</sup>, *near miss* seriam, mulheres no ciclo gravídico-puerperal que apresentaram qualquer disfunção fisiopatológica e revelaram algumas patologias graves e que quase morreram. Entre essas patologias são citadas:

- hemorragia obstétrica;
- pré-eclâmpsia, eclâmpsia;
- ruptura uterina;
- infecção;

- abortamento;
- precisaram de transfusão sangüínea;
- apresentaram complicações anestésicas;
- foram admitidas em Unidades de Terapia Intensiva.

Entretanto, como já referido, na presente apresentação os resultados dizem respeito a morbidades existentes, independente da gravidade.

#### **4.3 - Aspectos Éticos**

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética da Universidade do Sagrado Coração e obteve aprovação.

#### **4.4 - Coleta dos dados**

Os dados foram obtidos por meio do preenchimento do Formulário de Morbidade Materna (FMM). Esses dados são referentes a:

- identificação da mulher;
- estado clínico na admissão, incluindo diagnóstico(s)
- status da transferência;
- morbidade materna; (todos registrados no prontuário)
- encaminhamento a UTI;
- desfecho materno; (alta, transferência, óbito)
- desfecho fetal, (peso, Apgar, diagnósticos clínicos).

Os critérios para inclusão na pesquisa foram todas as adolescentes admitidas no período proposto da pesquisa tendo ou não algum diagnóstico. A coleta foi realizada, através do prontuário hospitalar ao finalizar o tratamento.

#### **4.5 - Análise dos dados**

A análise das variáveis foi realizada aplicando o programa *EpiInfo*

## **5 - Resultados**

Quando se realizou a apuração dos dados, isto é, os resultados para todos os casos, verificou-se que 17,63% das gestantes internadas eram adolescentes, isto é, tinham entre 10 a 19 anos. Tendo-se em vista o crescente interesse na área médica e de saúde pública para a questão "gestação em adolescentes", os investigadores julgaram importante destacar esse evento dentro dos resultados gerais e enfatizar alguns aspectos específicos ou diferenciais das gestações em adolescentes.

Nos resultados que se seguem todas as variáveis são apresentadas segundo os grupos etários: 10-14, 15-19, 20-29 e 30 e mais, podendo-se, portanto, avaliar e comparar as adolescentes com outros grupos etários.

### **5.1 - Resultados Gerais**

Foram coletados dados de 5.264 mulheres gestantes internadas na maternidade no período de Agosto 2006 a Dezembro 2007, sendo que 929 eram mulheres de 10 a 19 anos. Os resultados, para algumas variáveis, apresentam um valor inferior ao total de mulheres, devido terem resposta "ignorada".

A maternidade onde foi desenvolvido o projeto é de grande porte e atende gestantes de Bauru (a grande maioria) e de municípios vizinhos; há também casos de municípios distantes.

Quanto ao município de procedência das gestantes, isto é, o município de residência, verifica-se na Tabela 3 que 88,97% eram residentes em Bauru e os 11,03% restantes eram de outros 49 municípios. Destes 11 eram próximos a Bauru e os outros não, inclusive gestantes residentes nos municípios de São Paulo, Ribeirão Pires, Ribeirão Preto, Rio Claro e entre outros.

A Tabela 3 mostra as 5.264 gestantes de todas as idades segundo municípios de residência, sendo que as adolescentes apresentaram a mesma distribuição sendo, mais de 80% procedentes de Bauru.

Tabela 3 – Gestantes segundo o município de procedência (residência)

Município	Nº	%
Bauru	4.672	88,97
Piratinunga	147	2,79
Agudos	85	1,61
Avaí	66	1,25
Arealva	33	0,62
Pederneiras	33	0,62
Presidente Alves	28	0,53
Reginópolis	27	0,51
Duartina	26	0,49
Paulistânia	25	0,47
Pirajuí	20	0,38
Cabrália Paulista	14	0,26
Outros 38 Municípios	75	1,42
Ignorado	13	0,24
<b>TOTAL</b>	<b>5.264</b>	<b>100,00</b>

A Tabela 4 apresenta a distribuição da população de estudo segundo grupos etários, sendo o mais freqüente aquele de 20 a 29 anos (56,06%) e os dois grupos de adolescentes 10 a 14 (0,58%) e 15 a 19 (17,05%) os de menores freqüências.

Tabela 4 – Gestantes segundo grupos etários

IDADES	Nº	%
10 – 14	31	0,58
15 – 19	898	17,05
20 – 29	2951	56,06
30 e +	1384	26,31
<b>TOTAL</b>	<b>5264</b>	<b>100,00</b>

A Tabela 5 apresenta os resultados segundo a cor e grupos etários. Chama a atenção que a proporção de brancas aumentam com idade sendo que as negras/pardas têm a maior frequência entre as adolescentes de 10 a 14 anos de idade (51,61%)

Tabela 5 - Gestantes segundo cor/raça e grupos etários

Cor/Raça	10 -14		15 - 19		20 - 29		30 e +		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Branca	13	41,92	545	61,09	1854	63,43	872	63,77	3286	62,99
Negra/Parda	16	51,61	342	38,34	1063	36,36	494	36,06	1915	36,71
Indígena	2	6,45	5	0,56	6	0,21	2	0,15	15	0,28
Total	31	100,00	892	100,00	2923	100,00	1370	100,00	5216	100,00
Ignorada	-		6		28		14		48	

A Tabela 6 mostra a escolaridade das mulheres. No conjunto predominaram aquelas com ensino médio completo (34,65%), vindo a seguir as com ensino fundamental incompleto (25,63%). A alta frequência (89,66%) de adolescentes de 10 -14 anos com ensino fundamental incompleto pode ser explicada pela baixa idade podendo, muitas, em estar freqüentando a escola.

Tabela 6 - Distribuição de 5174 gestantes segundo a escolaridade e o grupo etário.

Escolaridade	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15-16	20 - 29	30 e +	
1 - EF Incompleto	89,66	24,94	22,76	30,92	25,63
2- EF Completo	10,34	12,86	10,07	12,52	11,19
3- EM Incompleto	0,00	42,51	18,87	11,77	21,01
4- EM Completo	0,00	18,90	41,22	31,67	34,65
5- Sup.Incompleto	0,00	0,67	4,26	3,95	3,54
6- Sup. Completo	0,00	0,11	2,82	9,17	3,98
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

A Tabela 7, que se segue, mostra as gestantes segundo a condição marital, sendo que 79,90% do total viviam com marido ou companheiro. Entre as adolescentes 61,29% (10 a 14 anos) e 52,02% (15 a 19 anos) viviam com companheiro; por outro lado foi, entre as adolescentes, que se encontrou a maior proporção das que viviam com suas famílias, 29,03% e 30,00%. Foi baixíssima a proporção de adolescentes gestantes que viviam só.

Consta, na Tabela 5, a classe “abandonada” e que se refere, principalmente, aquelas que foram abandonadas ou “largadas” pelos companheiros, geralmente pelo fato de terem engravidado, sendo a maior frequência nas adolescentes de 10 a 14 anos, 9,68%.

Tabela 7 - Distribuição percentual de 5212 gestantes segundo a condição marital e o grupo etário.

Com quem vive	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 19	30 e +	
1 - só	0,00	0,79	2,60	2,71	2,30
2- com família	29,03	30,00	14,05	7,53	15,16
3- com marido	0,00	13,15	36,01	47,62	34,94
4 – com companheiro	61,29	52,02	45,01	39,50	44,86
5 – abandonada	9,68	3,82	2,29	2,27	2,59
6 – Ignorado	0,00	0,22	0,03	0,37	0,15
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Quanto a trabalhar fora de casa (Tabela 8) verificou-se, para o total de casos, que 56,73% das mulheres não trabalham, valor que atinge 86,77% e 79,89% nas adolescentes 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. A maior proporção das que trabalham fora foi observado entre as mulheres de 30 anos e mais (57,95%).

Tabela 8 - Distribuição percentual de 5204 gestantes segundo trabalho fora de casa e o grupo etário.

Trabalhou fora	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 – 19	20 – 29	30 e +	
Não	96,77	79,89	56,10	42,05	56,73
Sim	3,23	20,11	43,90	57,95	43,27
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Quanto à assistência pré-natal dos 5264 gestantes de todas as idades foi verificado o seguinte:

Nenhuma	0,85%
1-3 consultas	2,98%
4-6 consultas	9,30%
7 e + consultas	86,29%
Ignorado	0,58%

Quanto às gestantes adolescentes foram verificados, praticamente os mesmos valores.

Verifica-se que foi mínima a porcentagem de mulheres que não fez pré-natal sendo que, a grande maioria (86,29%) realizou sete ou mais consultas.

Quanto ao tipo de parto e a freqüência de consultas ao pré-natal foi observado no caso dessas gestantes que o parto por cesariana aumenta de freqüência à medida que aumenta o número de consultas. De fato, foi verificado que nos casos em que não houve consulta pré-natal ocorreram 27,27% de partos por cesárea sendo que a freqüência aumenta progressivamente até 64,50% nos casos em que houve 7 ou mais consulta pré-natal, conforme apresentado a seguir na tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição de percentual dos partos segundo tipo e números de consultas de pré-natal

Nº consultas	Parto vaginal	Parto Cesáreo
nenhuma	72,72%	27,27%
1-3	66,66%	33,33%
4-6	55,54%	44,45%
7 e +	35,50%	64,50%

Desnecessário dizer que o obtido foi apenas o quantitativo visto que, pela metodologia utilizada não foi possível avaliar a qualidade do pré-natal. Por outro lado, o maior número de consultas poderia ser devido à existência de alguma patologia a qual, por sua vez, poderia ter indicação de cesareana.

## 5. 2- Resultados de gestações anteriores

As Tabelas 10 e seguintes apresentam os resultados segundo o passado obstétrico das 5264 mulheres e estão apresentados separadamente segundo números absolutos e relativos (%), podendo-se comparar as adolescentes com as gestantes de outras idades.

Tabela 10 - Distribuição de 5264 gestantes segundo o número de gestações anteriores e o grupo etário. Números absolutos.

Nº de gestações	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
0	29	687	1102	236	2054
1	2	172	906	331	1411
2	0	30	519	337	886
3	0	7	247	216	470
4	0	2	98	114	214
5	0	0	50	61	111
6	0	0	19	43	62
7	0	0	6	19	25
8	0	0	2	18	20
9	0	0	1	2	3
10	0	0	1	2	3
11	0	0	0	2	2
12	0	0	0	1	1
13	0	0	0	1	1
19	0	0	0	1	1
Total	31	898	2951	1384	5264

Tabela 11 - Distribuição percentual de 5264 gestantes segundo o número de gestações anteriores e o grupo etário. Números relativos %.

Nº de gestações	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
0	93,55	76,50	37,34	17,05	39,02
1	6,45	19,15	30,70	23,92	26,80
2	0,00	3,34	17,59	24,35	16,83
3	0,00	0,78	8,37	15,61	8,93
4	0,00	0,22	3,32	8,24	4,07
5	0,00	0,00	1,69	4,41	2,11
6	0,00	0,00	0,64	3,11	1,18
7	0,00	0,00	0,20	1,37	0,47
8	0,00	0,00	0,07	1,30	0,38
9	0,00	0,00	0,03	0,14	0,06
10	0,00	0,00	0,03	0,14	0,06
12	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
13	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
19	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Verifica-se que as adolescentes foram as que tiveram a maior proporção (%) de nenhuma gestação anterior, 93,55% e 76,50%, respectivamente entre as de 10 a 14 e 15 a 19 anos de idade. Esse fato é facilmente compreensível e esperado, dado a mais baixa idade.

Tabela 12- Distribuição de 5264 gestantes segundo o número de abortos anteriores e o grupo etário. Números absolutos.

Nº de abortos	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
0	29	842	2472	1031	4374
1	2	51	386	255	694
2	0	4	70	76	150
3	0	1	19	15	35
4	0	0	1	4	5
5	0	0	1	0	1
6	0	0	1	0	1
7	0	0	1	0	1
8	0	0	0	1	1
11	0	0	0	1	1
12	0	0	0	1	1
Total	31	898	2951	1384	5264

Tabela 13 -Distribuição percentual de 5264 gestantes segundo o número de abortos anteriores e o grupo etário. Números Relativos (%)

Nº de abortos	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
0	93,55	93,76	83,77	74,49	83,09
1	6,45	5,68	13,08	18,42	13,18
2	0,00	0,45	2,37	5,49	2,85
3	0,00	0,11	0,64	1,08	0,66
4	0,00	0,00	0,03	0,29	0,09
5	0,00	0,00	0,03	0,00	0,02
6	0,00	0,00	0,03	0,00	0,02
7	0,00	0,00	0,03	0,00	0,02
8	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
11	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
12	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

A grande maioria das gestantes não teve nenhum aborto, sendo que entre as adolescentes o valor observado foi o maior, também compreensível pelo fato da menor idade.

Tabela 14 - Distribuição de 5264 gestantes segundo o número de partos anteriores e o grupo etário. Números absolutos.

Nº de partos	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 -14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
0	31	725	1266	287	2309
1	0	149	917	389	1455
2	0	22	463	357	842
3	0	2	293	167	372
4	0	0	67	78	145
5	0	0	23	53	76
6	0	0	7	22	29
7	0	0	4	18	22
8	0	0	1	9	10
9	0	0	0	1	1
10	0	0	0	1	1
11	0	0	0	1	1
13	0	0	0	1	1
Total	31	898	2951	1384	5264

Tabela 15 - Percentual de 5264 gestantes segundo o número de partos anteriores e o grupo etário.  
Números relativos.

Nº de partos	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
0	100,00	80,73	42,90	20,74	43,86
1	0,00	16,59	31,07	28,11	27,64
2	0,00	2,45	15,69	25,79	16,00
3	0,00	0,22	6,88	12,07	7,07
4	0,00	0,00	2,27	5,64	2,75
5	0,00	0,00	0,78	3,83	1,44
6	0,00	0,00	0,24	1,59	0,55
7	0,00	0,00	0,14	1,30	0,42
8	0,00	0,00	0,03	0,65	0,19
9	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
10	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
11	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
13	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Verifica-se que no total quase a metade das mulheres não tiveram nenhum parto anterior sendo o valor 100,00% (sem parto anterior) foi observado nas adolescentes de 10 a 14 anos, o que também é o esperado dado a baixa idade.

Tabela 16 - Distribuição de 5264 gestantes segundo o número de partos vaginais anteriores e o grupo etário. Números Absolutos

Partos Vaginais	GRUPOS DE IDADE				Total
	10-14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
0	31	777	1820	741	3369
1	0	108	634	207	949
2	0	13	283	177	473
3	0	0	131	109	240
4	0	0	55	56	111
5	0	0	16	48	64
6	0	0	8	23	31
7	0	0	3	12	15
8	0	0	1	7	8
9	0	0	0	1	1
10	0	0	0	1	1
11	0	0	0	1	1
13	0	0	0	1	1
Total	31	898	2951	1384	5264

Tabela 17- Distribuição percentual de 5264 gestantes segundo o número de partos vaginais anteriores e o grupo etário. Números Relativos.

Partos vaginais	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
0	100,00	86,53	61,67	53,54	64,00
1	0,00	12,03	21,48	14,96	18,03
2	0,00	1,45	9,59	12,79	8,99
3	0,00	0,00	4,44	7,88	4,56
4	0,00	0,00	1,86	4,05	2,11
5	0,00	0,00	0,54	3,47	1,22
6	0,00	0,00	0,27	1,66	0,59
7	0,00	0,00	0,10	0,87	0,28
8	0,00	0,00	0,03	0,51	0,15
9	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
10	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
11	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
13	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 18 - Distribuição de 5264 gestantes segundo o número de partos cesáreos anteriores e o grupo etário. a) Números Absolutos

Partos Cesáreos	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e+	
0	31	841	2257	782	3911
1	0	50	503	384	937
2	0	6	140	170	316
3	0	1	45	37	83
4	0	0	5	9	14
5	0	0	1	2	3
Total	31	898	2951	1384	5264

Tabela 19 - Distribuição percentual de 5264 gestantes segundo o número de partos cesáreos anteriores e o grupo etário. Números Relativos

Partos cesáreos	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
0	100,00	93,65	76,48	56,50	74,30
1	0,00	5,57	17,05	27,75	17,80
2	0,00	0,67	4,74	12,28	6,00
3	0,00	0,11	1,52	2,67	1,58
4	0,00	0,00	0,17	0,65	0,27
5	0,00	0,00	0,03	0,14	0,06
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Os resultados referentes ao passado obstétrico das 5264 mulheres mostram algumas coisas que merecem a atenção. Assim, 83,09% das mulheres informaram não ter tido nenhum aborto progressivo (Tabela 12) e 39,02% não tiveram nenhuma gestação anterior (Tabela 10); entretanto, nas mulheres de 30 anos e mais houve casos com até 19 gestações (Tabela 10). Alguns resultados podem parecer paradoxais como, 2054 mulheres não tiveram gestações anteriores (Tabela 10) e 2309 não tiveram partos anteriores, resultados esses que precisam ser melhor avaliados.

Pela Tabela 18 é possível verificar que 3911 ou 74,30% não tiveram progressivamente nenhum parto por cesariana sendo que, por outro lado, 7,91% tiveram duas ou mais cesarianas. Na mesma Tabela 18 pode-se verificar que 17 mulheres tiveram 4 ou 5 cesáreas.

As adolescentes de 10 a 14 anos não tiveram nenhum parto por cesárea, sendo que naquelas de 15 a 19 anos, isso foi observado em 93,65%.

### 5.3 - Resultados das gestações atuais

A Tabela 20 que se segue apresenta o desfecho das gestações atuais segundo tenha sido: aborto, nascido morto e nascido vivo.

Tabela 20 - Distribuição de 5264 gestações segundo o desfecho. Números absolutos.

Condição	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
Aborto	6	74	265	198	543
Natimorto	0	7	21	11	39
Nativo	25	817	2665	1175	4682
Total	31	898	2951	1384	5264

Tabela 21 - Distribuição percentual de 5263 gestações segundo o desfecho

Condição	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 -29	30 e +	
Aborto	19,35	8,25	8,98	14,31	10,32
Natimorto	0,00	0,78	0,71	0,79	0,74
Nativo	80,65	90,97	90,31	84,90	88,94
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Chama a atenção o número relativamente pequeno de nascidos mortos em relação ao número de abortos. Poder-se-ia, pensar que isso fosse devido ao fato de que muitos nascidos mortos (peso igual ou superior a 500 gramas) poderiam ter sido “rotulados” como aborto (peso inferior a 500 gr.) Isso, entretanto, não foi detectado na coleta de dados a partir dos prontuários médicos.

Quanto ao número de abortos segundo idade da mãe pode-se verificar na Tabela 13 o ocorrido.

Tabela 22 – Número de Abortos Segundo Idade da Mãe

Idade	Gestantes	Abortos	
		Nº	%
10 – 14	31	6	19,35
15 – 19	898	74	8,25
20 – 29	2.951	265	8,98
30 e +	1.384	198	14,31
TOTAL	5.264	543	10,31

A proporção total (todas as idades) de abortos foi 10,31%, sendo que nas adolescentes mais jovens verificou-se ocorrer em 19,35% dos casos; também nas gestantes maiores de 30 anos a frequência foi maior que a média, chegando a 14,23%. A frequência observada no grupo etário 10 a 14 anos precisa ser vista com cautela, dado o pequeno número de casos.

A Tabela 23 mostra o tipo de parto nos 4.721 casos que deram origem a nascidos vivos ou nascidos mortos.

Tabela 23 – Distribuição das Gestantes que tiveram nascidos vivos ou nascidos mortos segundo tipo de parto e idade

Tipo de Parto	Idades									
	10 - 14		15 - 19		20 - 19		30 e +		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cesárea	6	24,0	319	38,7	1.316	49,0	744	62,7	2.385	50,5
Fórceps	-	-	9	1,1	16	0,6	4	0,3	29	0,6
Normal	19	76,0	496	60,2	1.354	50,4	438	37,0	2.307	48,9
TOTAL	25	100,0	824	100,0	2.686	100,0	1.186	100,0	4.721	100,0

Verifica-se pela Tabela 23 que pouco mais de 50% dos partos foram por cesariana, chegando a 62,7% no grupo etário 30 anos e mais. A maior proporção de parto normal ocorreu nas adolescentes de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, mesmo assim nesses dois grupos não foi desprezível a proporção de cesarianas, respectivamente 24,0% e 38,7%.

As 5.264 gestantes deram origem a 4.681 nascidos vivos, sendo que 82 morreram durante a internação e os restantes tiveram alta com vida. A taxa de mortalidade nos primeiros dias após o nascimento foi igual a 17,5 por mil nascidos vivos.

A Tabela 24 apresenta os nascidos vivos segundo idade da mãe.

Tabela 24 – Nascidos Vivos segundo Idade da Mãe

Idade	Nº	%
10 – 14	25	0,5
15 – 19	817	17,4
20 – 29	2.665	56,9
30 e +	1.175	25,1
TOTAL	4.682	100,0

As Tabelas 25 e 26 mostram, respectivamente, os nascidos vivos de baixo peso (menos de 2.500gr.) e os de muito baixo peso (menos de 1.000 gr.) segundo idade da mãe.

Tabela 25 – Nascidos vivos de baixo peso ao nascer (menos de 2.500gr.)

Idade	Nº NV	Menos de 2.500 gr.	%
10 – 14	25	2	8,00
15 – 19	817	91	11,14
20 – 29	2.665	241	9,04
30 e +	1.175	123	10,46
TOTAL	4.682	457	9,76

Tabela 26 – Nascidos vivos de muito baixo peso ao Nascer (menos de 1.000gr.)

Idade	Nº NV	Menos de 1.000 gr.	%
10 – 14	25	-	-
15 – 19	816	9	1,10
20 – 29	2.665	17	0,63
30 e +	1.175	7	0,59
TOTAL	4.681	33	0,70

Dentre os nascidos vivos existiram 15 com peso ignorado, quase que certamente, por falha, o dado não foi anotado no prontuário.

Quanto à mortalidade de nascidos vivos segundo baixo peso ao nascer verificou-se o seguinte:

Baixo peso (menos que 2.500 gr.)

Nº de N.V. = 457

Nº de Óbitos = 14

Taxa = 30,63 por 1.000 n.v.

#### Muito baixo peso (menos que 1.000 gr.)

Nº de N.V. = 30  
Nº de Óbitos = 14  
Taxa = 424,24 por 1.000 n.v.

Como a taxa de mortalidade para o total de recém nascidos vivos foi de 17,5 por 1.000, verifica-se que, naqueles de baixo peso, a taxa foi quase o dobro e, nas de muito baixo peso, a taxa foi quase 30 vezes maior. Todos os 14 óbitos de menos de 2.500 gr. foram de menos de 1.000gr.

O cálculo da mortalidade segundo baixo e muito baixo peso ao nascer não foi feito para nascidos vivos de mães adolescentes, dado o pequeno número de casos, principalmente para os de muito baixo peso.

#### **5. 4 - Mortalidade materna em gestantes adolescentes**

Quanto às mortes maternas foram observados três casos, cujas causas básicas foram respectivamente: eclâmpsia (35 anos de idade); descolamento prematuro da placenta (30 anos de idade) e leishmaniose visceral complicando a gravidez (17 anos de idade).

Assim, verificou-se que das 5.264 gestantes internadas na maternidade ocorreram 0,05% de óbitos. Relacionando-se aos 4682 nascidos vivos verificou-se uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 64,08 por 100.000 n.v., valor que pode ser considerado muito alto. É preciso lembrar que a maternidade de onde vieram as gestantes atende casos de gravidez de alto risco, sendo que gestantes de municípios próximos, nessas condições, são encaminhadas a essa maternidade.

Ocorreu apenas uma morte materna de adolescentes, no caso, de 17 anos. As adolescentes de 15-19 anos tiveram 816 nascidos vivos, portanto, a RMM foi 122,6 por 100.000 n.v., valor bastante alto, entretanto, o número de mortes foi muito pequeno.

#### **5. 5 - Morbidade materna em gestantes adolescentes**

Para todas as 5.264 gestantes foram verificadas as anotações a respeito dos diagnósticos existentes nos prontuários, bem como, aqueles existentes nos livros da sala de parto.

É necessário comentar que há vários diagnósticos que, pode-se dizer, não teriam, aparentemente repercussões no estado gravídico-puerperal. Entretanto, aqui aparecem, pois estavam anotados como “diagnósticos” no prontuário médico, podendo-se citar como exemplo: cólica nefrética, dor lombar, macrostomia, fenda labial unilateral, entre outras.

Houve, para o total de casos, 4 cujo diagnóstico era “Parto Único por Cesária” (Código O82 na CID-10) no item “diagnóstico” no prontuário, sendo que existiram 2.385 cesárias como “procedimentos” (50,5% do total de partos, Tabela 23) e que não constaram como “diagnóstico”. Quase certamente aqueles 4 casos apresentavam alguns diagnósticos que não foram devidamente anotados, visto que apareceram também essas cesáreas, no conjunto de procedimentos.

Das 5.264 gestantes, no que se refere a diagnósticos verificou-se o seguinte:

1.568	tiveram apenas 1 diagnóstico	(27,75%)
1.992	tiveram um ou mais diagnósticos	(37,84%)
423	tiveram 2 ou mais	(8,035)
40	tiveram 3 ou mais	(0,07%)
4	tiveram 4 ou mais	(0,00%)

Todos os diagnósticos foram codificados segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID-10). Nesta, existe o Capítulo XV – Gravidez, Parto e Puerpério (Códigos O00 – O99) onde está incluída a quase totalidade das complicações da Gravidez, Parto e Puerpério (existem casos codificados em outros capítulos, os quais estão informados nas “Exclusões” apresentadas no início do Capítulo XV, 1º Volume, CID-10). Os diagnósticos do Capítulo XV são também chamados "Causas Maternas".

Assim nos 1.568 casos com apenas um diagnóstico, 1.516 ou 96,74% estavam classificados no Capítulo XV; naqueles 1.992 casos com um ou mais diagnósticos, 1.936 (97,10%) pertenciam àquele capítulo. Entretanto, é preciso comentar que tendo sido feita codificação segundo causas múltiplas poderiam existir (e existiram) casos com mais de um diagnóstico codificado no Capítulo XV (Códigos O), como exemplo: “Aborto O06” e “Eclâmpsia O15” entre outros.

Nos casos com 2 ou mais diagnósticos, nos com 3 ou mais e nos com 4 ou mais, respectivamente 99,04%, 100,00% e 100,00% estavam incluídos no Capítulo XV.

A distribuição da frequência dos diagnósticos está exposta nas tabelas 18 a 24, podendo-se comparar as adolescentes com as gestantes de outros grupos etários.

Quanto às adolescentes, verificou-se o seguinte:

10 a 14 anos

10 - um só diagnóstico ... 10 (100,00% cap. XV)  
11- um ou mais .....11 (100,00% cap. XV)  
01 - dois ou mais .....01 (100,00% cap. XV)  
00 - três ou quatro e mais- nenhum

15 a 19 anos

223 - um só diagnóstico .....221 (99,10% cap. XV)  
304 - um ou mais.....292 (96,05% cap. XV)  
71 - dois ou mais..... 71 (100,00% cap.XV)  
04- três ou mais..... 04 (100,00% cap.XV)  
01- quatro ou mais..... 01 (100,00% cap. XV)

Verifica-se, portanto que, das 31 gestantes de 10 - 14 anos, 11 ou 35,48% tiveram um ou mais diagnósticos e, entre aquelas de 15-19 anos esse valor foi 33,85%. Entre as gestantes de 20 a 29 anos e 30 e + anos esses valores foram, respectivamente 35,58% e 45,30%.

Para todas as idades verificou-se o seguinte:

1.568	Um só diagnóstico	1.517	(96,74%	Capítulo XV)
1.992	Um ou mais	1.937	(97,23%	Capítulo XV)
424	Dois ou mais	345	(81,36%	Capítulo XV)
40	Três ou mais	40	(100,00%	Capítulo XV)
4	Quatro ou mais	4	(100,00%	Capítulo XV)

O significado de cada código nas Tabelas 27 a 34 pode ser visto no ANEXO

Tabela 27 - Gestantes com apenas um diagnóstico segundo diagnóstico e idade.

CID	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
A07.1	0	1	0	0	1
A09	0	0	0	2	2
A63	0	3	5	0	8
A90	0	1	0	0	1
A99.0	0	0	0	1	1
B24	0	0	0	1	1
D26.1	0	0	0	1	1
F20.9	0	0	1	0	1
F29	0	0	1	0	1
F44.9	0	1	0	0	1
F53	0	0	0	1	1
G40.9	0	1	2	0	3
M54.5	0	1	0	2	3
N10	0	1	0	0	1
N12	0	1	4	1	6
N20.0	0	0	0	1	1
N23	0	0	4	1	5
N39.0	0	0	0	1	1
N75.1	0	0	1	0	1
N89.8	0	0	0	2	2
O00-O08	3	39	190	157	389
O10-O16	3	23	127	90	243
O20-O29	0	23	99	50	172
O30-O48	3	48	123	57	231
O60-O75	1	70	163	53	287
O80-O84	0	5	68	58	131
085-092	0	0	1	1	2
O95-O99	0	13	34	15	62
Q03.1	0	1	0	0	1
Q18.4	0	0	1	0	1
Q36.9	0	0	0	1	1
R31	0	0	1	0	1
R50.9	0	0	1	0	1
V09.9	0	1	0	1	2
V99	0	0	0	1	1
Z21	0	0	0	1	1
Total	10	233	826	499	1568

28 - Gestantes com apenas um diagnóstico segundo Capítulo XV da CID- 10 e idade

CID	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
O00-O08	3	39	190	157	389
O10-O16	3	23	127	90	243
O20-O29	0	23	99	50	172
O30-O48	3	48	123	57	231
O60-O75	1	70	163	53	287
O80-O84	0	5	68	58	131
O85-O92	0	0	1	1	2
O95-O99	0	13	34	15	62
Total	10	221	805	481	1517

Tabela 29 - Gestantes com um ou mais diagnóstico segundo o diagnóstico e a idade.

CID	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
A07.1	0	1	0	0	1
A09	0	0	0	2	2
A63	0	3	5	0	8
A90	0	1	0	0	1
A99.0	0	0	0	1	1
B24	0	0	0	1	1
D26.1	0	0	0	1	1
F20.9	0	0	1	0	1
F29	0	0	1	0	1
F44.9	0	1	0	0	1
F53	0	0	0	1	1
G40.9	0	1	2	0	3
I82.2	0	0	1	0	1
M54.5	0	1	0	2	3
N10	0	1	0	0	1
N12	0	1	4	2	7
N20.0	0	0	0	1	1
N23	0	0	4	2	6
N39.0	0	0	0	1	1
N75.1	0	0	1	0	1
N89.8	0	0	0	2	2
O00-O08	3	59	223	179	464
O10-O16	3	36	173	142	354
O20-O29	0	29	132	67	228
O30-O48	4	58	165	71	298
O60-O75	1	78	189	58	326
O80-O84	0	6	72	60	138
085-092	0	0	1	1	2
O95-O99	0	26	72	29	127
Q03.1	0	1	0	0	1
Q18.4	0	0	1	0	1
Q36.9	0	0	0	1	1
R31	0	0	1	0	1
R50.9	0	0	1	0	1
V09.9	0	1	0	1	2
V99	0	0	0	1	1
Z21	0	0	0	1	1
Total	11	304	1050	627	1992

Tabela 30 - Gestantes com um ou mais diagnósticos segundo diagnóstico do Capítulo XV da CID-10 e idade.

CID	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
O00-O008	3	59	223	179	464
O10-O16	3	36	173	142	354
O20-O29	0	29	132	67	228
O30-O48	4	58	165	71	298
O60-O75	1	78	189	58	326
O80-O84	0	6	72	60	138
O85-O92	0	0	1	1	2
O95-O99	0	26	72	29	127
Total	11	292	1027	607	1937

Tabela 31 - Gestantes com dois ou mais diagnóstico segundo diagnóstico e idade.

CID	GRUPOS DE IDADE				Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 e +	
E66.9	0	0	1	0	1
I82.2	0	0	1	0	1
N12	0	0	0	1	1
N23	0	0	0	1	1
O00-O008	0	20	33	22	75
O10-O16	0	13	46	52	111
O20-O29	0	6	33	17	56
O30-O48	1	10	42	14	67
O60-O75	0	8	26	5	39
O80-O84	0	1	4	2	7
O95-O99	0	13	38	14	65
Total	1	71	224	128	424

Tabela 32 - Gestantes com três ou mais diagnósticos segundo diagnóstico e idade.

CID	GRUPOS DE IDADE			Total
	15 - 19	20 - 29	30 e +	
O00-O008	0	2	2	4
O10-O16	1	10	6	17
O20-O29	1	4	1	6
O30-O48	0	3	0	3
O60-O75	1	2	1	4
O80-O84	0	0	1	1
O95-O99	1	2	2	5
Total	4	23	13	40

Tabela 33 - Gestantes com quatro ou mais diagnósticos segundo diagnóstico e idade.

CID	GRUPOS DE IDADE			Total
	15 - 19	20 - 29	30 e +	
O00-O08	0	0	1	1
O10-O16	0	2	0	2
O20-O29	1	0	0	1
Total	1	2	1	4

Em todas as gestantes, independente do número de diagnósticos, o mais frequente foi “O00 – O08 – Gravidez que Termina em Aborto”, seguindo-se os diagnósticos “O10 – O16 – Transtornos hipertensivos na Gravidez, no Parto e no Puerpério”, seguindo-se outros agrupamentos diagnósticos, conforme pode ser observado nas Tabelas 27 a 34 sendo que a identificação dos diagnósticos segundo os códigos poderá ser verificado no Anexo.

No agrupamento “O00 – O08, Gravidez Terminada em Aborto”, inclui-se O00 – Gravidez ectópica, O01 – Mola Hidatiforme e O02 – Outros Produtos Anormais da Concepção, sendo que, em conjunto esses três diagnósticos representaram 28,29% do agrupamento O00 – O08 nos casos com um só diagnóstico; 25,21% nos casos com um ou mais diagnósticos; 6,3% naqueles com dois ou mais diagnósticos; 25,00% e 0,00%, respectivamente nos casos com 3 ou mais e 4 ou mais diagnósticos.

Nos casos cujo diagnóstico era ABORTO propriamente dito (códigos O03 a O08) a quase totalidade foi “O06 – Aborto não Especificado”, isto é, não havia qualificação como sendo espontâneo, induzido (provocado), incompleto ou completo. Assim, foram 85,86% dos casos com um só diagnóstico e, 87,17%, 75,00% e 100,00% respectivamente naqueles casos de 2 ou mais, 3 ou mais e 4 ou mais diagnósticos. Tal fato leva a concluir que um estudo mais completo sobre aborto e seus diferentes tipos não é possível baseando-se apenas nos dados registrados nos prontuários médicos.

Entre os diagnósticos não incluídos no Capítulo XV entre os mais frequentes observou-se “Cólica nefrética, N23”, “Verrugas anogenitais, A63”, “Pielonefrite, N12”. Houve muitos outros diagnósticos cada um deles com frequência muito baixa, 1 ou 2 casos, incluindo aqui, a AIDS com apenas 1 caso.

Quanto à frequência de morbidades em gestantes adolescentes, quer nas de 10 a 14 anos quer nas de 15 a 19 anos, não se observaram diferenças com aquelas de 20 anos e mais.

Na Tabela 34 que é apresentada a seguir estão colocados todos os diagnósticos referentes a complicações da gravidez, parto e puerpério (capítulo XV da CID-10) os quais foram tirados das Tabelas 27 a 32. As porcentagens em cada casela representaram, para cada agrupamento de diagnósticos, a proporção (%) de casos em relação ao total de casos em cada grupo etário.

Difícil tirar uma conclusão para as adolescentes 10 a 14 anos, dado pequeno número de casos (31 adolescentes para 11 com complicação 35,48%); as adolescentes de 15 a 19 foram em maior número, 898 casos, porém nada a destacar quanto a frequência dos diferentes diagnósticos (34,80%) em relação às gestantes de mais idades.

Tabela 34 - Diagnósticos específicos por agrupamento do Capítulo XV-Gravidez, Parto e Puerpério da CID-10 em gestantes segundo grupos etários e frequência percentual (%)

Diagnósticos	10 - 14		15 - 19		20 - 29		30 e +		Total	
	n° (31)	%*	n° (898)	%*	n° (1291)	%*	n° (1384)	%*	n° (5264)	%*
O00-O08 - Gravidez terminada em aborto	3	9,67	59	6,57	223	7,55	179	12,93	464	8,81
O10-O16 - Transtornos hipertensivos	3	9,67	36	4,00	173	5,86	142	10,26	354	6,72
O20-O29 - Outros transtornos maternos em gravidez	-	-	29	3,22	132	4,47	67	4,84	228	4,33
O30 -O48 - Problema do feto e cavidade amniótica	4	12,90	58	6,45	165	5,59	71	5,13	298	5,66
O60-O75 - Compl.parto e trabalho de parto	1	3,22	78	8,68	189	6,40	58	4,19	326	6,19
O80 - O84 - Parto	-	-	6	0,66	72	2,43	60	4,33	138	2,62
O85-O92 - Complicação puerpério	-	-	-	-	1	0,03	1	0,07	2	0,33
O95-099 - Outros	-	-	26	2,89	72	2,43	127	9,24	225	4,27
Total	11	35,48	292	32,51	1027	34,80	607	43,85	1737	32,99

\* % calculada em relação ao número de gestantes no grupo etário

## REFERÊNCIAS

1. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank- Reduction of maternal mortality; a joint WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank Statement. Geneva: WHO, M.H.P.; 1999
2. OMS/PNUD, UNICEF, Banco Mundial – Conferência sobre Maternidade Segura, Nairóbi, Quênia, 1987.
3. OPS/OMS Plano de Redução de Mortalidade Materna, OPS;OMS, Washington, DC, 1990
4. LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. – A Mortalidade Materna nas Capitais Brasileiras; algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev. Brás. Epidemiol., 7(4)449-460, dez 1004.
5. BRASIL – Ministério da Saúde, Pacto Nacional pela Redução de Mortalidade Materna – Manual dos Comitês de Mortalidade Materna da Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher, 2005.
6. Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna. Estudo e Casos de Óbitos Maternos Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Curitiba, Paraná, 2002.
7. WHO. Beyond the Numbers. Reviewing Maternal Deaths and Complications to make pregnancy safer WHO, 2004.
8. Fillipi, V et al Near Misses: Maternal Morbidity and Mortality (letter). Lancet 351:145-146, 1998.
9. MANTEL, G.D.; BUCHMANN, E.; REES, H.; PATTINSAON, R.C. – Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for near miss. Br. Jr. Obstet. Gynaecal. 105:108-990, 1990.
10. STONES W. et al: an investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening “near miss” episodes. Health Trends, 23;13-15, 1991.
11. SIVALINGAM N.; LOOI K.W. Clinical experience with management of “near miss” cases in obstetrics. Medical Journal of Malasya, 54:496-503, 1999.
12. DRIFE J.O., Maternal “near miss” reports? British Medical Journal, 307:1087-1088, 1993.
13. BASKET T.F, STERNADL J. - Maternal Intensive Care and Near Miss Mortality in Obstetrics. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 105:981-984.

## ANEXO

### Códigos e respectivos diagnósticos

A07.1	Giardíase (lamblíase)
A09	Diarréia e gastroenterite de origen infecciosa
A63	Outras doenças de transmissão predominantemente sexual, não classificadas em outra parte
A90	Dengue (dengue clássico)
A99	Febre hemorrágicas virais não especificada
B24	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada
D26.1	Corpo do útero
E66.9	Bouba não especificada
F20.9	Esquizofrenia não especificada
F29	Psicose não-orgânica não especificada
F44.9	Transtorno dissociativo [de conversão] não especificado
F53	Transtornos mentais e comportais associados ao puerpério, não classificados em outra parte
M54.5	Dor lombar baixa
N10	Nefrite túbulo-intersticial aguda
N12	Nefrite túbulo-intersticial não especificada se aguda ou crônica
N20.0	Calculose do rim
N23	Cólica nefrética não especificada
N39.0	Infecção do trato urinário de localização não especificada
N75.1	Abscesso da glândula de Bartholin
N89.8	Outros transtornos não-inflamatórios especificados da vagina
O00-O08	Gravidez que termina em aborto

O10-O16	Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério
O20-O29	Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez
O30-O48	Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto
O60-O75	Complicações do trabalho de parto e do parto
O80-O84	Parto
O85-O92	Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério
O94-O99	Outras afecções obstétricas, não classificadas em outra parte
Q03.1	Atresia nas fendas de Luschka e do forâmen de Magendie
Q18.4	Macrostomia
Q36.9	Fenda labial unilateral
R31	Hematúria não especificada
R50.9	Febre não especificada
V09.9	Pedestre traumatizado em um acidente de trânsito não especificado
V99	Acidente de transporte não especificado
Z21	Estado de infecção assintomática pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]

## COMENTÁRIOS FINAIS

A adolescência na visão da saúde, como comentado na primeira parte desta apresentação, só recentemente ganhou um "status" quer como disciplina ou atendimento médico em departamentos de pediatria das escolas médicas, quer como parte integrante em programas de saúde em Saúde-Pública.

Problemas específicos verificados na adolescência, quer em meninas quer em meninos, vêm cada vez mais chamando a atenção e são aqueles referentes aos acidentes e violências, particularmente, nos meninos e a gravidez no caso das meninas.

A gravidez na adolescência, como comentado nesta publicação, também, vem, cada vez mais sendo estudada e apresentada como um problema sério na saúde da mulher no que se refere à saúde materna, tendo-se em vista sua freqüência em, praticamente todo mundo, incluindo o Brasil.

O "Painel de Indicadores do SUS" <sup>(1)</sup> apresenta, na parte referente à "Saúde da Mulher", comentários sobre a gravidez na adolescência informando que adolescentes de 10 a 19 anos de idade responderam por 22% de cerca de 668 mil partos em 2003; isso representou, apenas nas adolescentes de 10 a 14 anos, 28 mil casos. Entre 2002 e 2004, notou-se uma pequena tendência à queda nas Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste e uma relativa estabilidade nas Regiões Norte e Nordeste.

Abaixo da média nacional, 22,0%, em 2003, aparecem apenas os estados de Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e o Distrito Federal, este último com a mais baixa freqüência, em torno de 16 a 17%.

Ainda que, nos últimos anos, exista essa discreta tendência ao declínio a situação ainda é preocupante, tendo-se em vista que a gestação nesse período da vida é considerada de alto risco. Merece menção o fato de que a mortalidade materna, bem como a gravidez na adolescência, começaram a ganhar espaço no noticiário da imprensa leiga a qual, há muito tempo, sempre apresentou comentários e informações sobre a mortalidade infantil. Reconhe-se que esse fato muito contribuiu para, poder-se dizer, uma pressão da sociedade cobrando ações das autoridades visando atuar sobre a saúde infantil.

É apresentado, a seguir, o que foi publicado em um jornal de grande circulação "A Folha de São Paulo", em 31/05/2009 sob o título "Gravidez na Adolescência".

"O número de adolescentes que têm uma segunda gravidez caiu praticamente à metade em dez anos no Estado de São Paulo. O resultado é um estímulo importante às políticas de prevenção voltadas a essa faixa etária. No mesmo período, a taxa de primeira gravidez na adolescência também teve

queda (34%), segundo a Secretaria de Estado da Saúde, com dados da Fundação SEADE. Ainda assim, foram 96.556 meninas grávidas.

No Brasil, o número de partos realizados em meninas de 10 a 19 anos acompanha o decréscimo paulista, embora em ritmo menor: 26,7% de 1997 a 2007.

Evitar a gravidez e, mais ainda, sua repetição nesse grupo específico fortalecerá as perspectivas de futuro das jovens, que, ao se tornarem mães, frequentemente têm de deixar os estudos. Passam por transformações físicas e psicológicas, para as quais não estão preparadas e muitas vezes são abandonadas pelo pai do bebê.

A equação pode resultar, além disso, em prejuízo para a criança e a família. É comum avós se responsabilizarem integralmente pelos netos, em teias familiares que se ampliam em desacordo com os recursos materiais e psicológicos para sustentá-las.

O que mais preocupa é a gravidez no início da puberdade, entre 10 e 14 anos. A ocorrência desses casos, que caía, estabilizou-se. É preciso perseguir sua redução de modo especialmente enérgico, já que parte significativa dessas gestações decorrem de abuso sexual. Maior integração e agilidade entre polícia, Justiça e autoridades de saúde poderia contribuir para esse objetivo.

O caminho trilhado por São Paulo, que inclui terapia e distribuição de anticoncepcionais e preservativos, é um bom começo. A busca de um diálogo eficaz com os jovens não deve esmorecer. Ainda há bastante margem para reduzir a incidência de gravidez na adolescência e seus efeitos dramáticos nas famílias".

A análise da morbidade de adolescentes, descrita a partir das internações em hospitais do SUS ou com ele conveniadas, mostrou um declínio no período de 1996 a 2006 sendo que, dentre as causas de internações aquelas por "Gravidez, Parto e Puerpério" (Cap.XV da CID-10) o declínio foi de 21,20% (10-19 anos), sendo respectivamente 16,52% e 21,44% nas adolescentes de 10 a 14 e 15 a 19 anos. As gravidezes, sem complicações, de 1998 a 2007 variaram entre 56 a 60%. Entre as complicações os abortos representaram 21,11% do total, destacando-se aqueles espontâneos (11,37%) e, quase inexistentes, os abortos por indicação médica (0,15%).

As doenças hipertensivas, que geralmente aparecem como a primeira causa de mortalidade materna representou apenas 7,66% das internações por causas maternas, isso poderia ser explicado, possivelmente, pelo fato de ser declarada uma complicação das doenças hipertensivas como o diagnóstico nas internações.

O fato das internações em adolescentes por gravidez, parto e puerpério, sem ou com complicações, apresentarem um declínio é, até certo ponto, auspicioso, porém, quanto ao número absoluto, vê-se que este é ainda grande, representando mais de 10% das internações femininas no período 1996 a 2006. De fato, em 2006, foram internadas 632.807 adolescentes e, sabendo-se que são apenas

aquelas internadas em hospitais ligados ao SUS, tem-se que o número de adolescentes gestantes no Brasil deve estar ao redor de 800.000.

Quanto aos problemas da violência na adolescência, são abordados aspectos ligados aos suicídios e tentativas e as agressões e homicídios, cujos dados foram obtidos por meio dos sistemas oficiais de informação do país (SIM e SIH/SUS).

Chama-se atenção para o fato de que esses dados não dão conta de abranger todos os aspectos da violência nesse grupo populacional. Nesse sentido, resultados de estudos pontuais sobre agressões físicas e sexuais são discutidos, mostrando, principalmente, quem é o agressor e sua ligação com a vítima. Alargando mais o conceito de violência, a própria gestação na adolescência pode ser considerada uma forma de violência, conforme comenta a autora do capítulo sobre violências desta publicação.

Adicionalmente, são discutidos aspectos da legislação brasileira (Constituição Federal, Código Penal e Estatuto da Criança e do Adolescente) e o caminho a ser seguido para o enfrentamento da situação, deixando claro porque o setor saúde deve estar envolvido.

A descrição/análise da gestação de adolescentes mostrada a partir de internações em uma maternidade em Bauru apresentou aspectos interessantes. Inicialmente chamou a atenção o fato de, do total de 5264 gestantes, 929 ou 17,63% serem adolescentes; esse valor que chamou a atenção dos autores desta apresentação, entretanto, está abaixo da média brasileira (22%) e é comparável apenas ao observado no Distrito Federal.

Um aspecto que merece ser comentado é que, entre as adolescentes, foi verificada a maior frequência de negras/pardas, 38,53% de 10 a 19 anos, porém, atingindo 51,61% nas adolescentes gestantes de 10 a 14 anos. Ainda que esse valor não seja uma taxa e sim a proporção (%) entre as que foram internadas, pode-se dizer que é um forte indicativo de uma maior frequência em afro-descendentes, isto é, como se sabe, aquelas de menor nível sócio-econômico. Também entre as adolescentes foi observado uma baixa escolaridade (Ensino Fundamental Incompleto) em relação a média geral; entretanto, também aqui faz-se a ressalva de que muitas daquelas de 10 a 14 anos, quase certamente, ainda não tiveram tempo de concluir o ensino fundamental.

Do ponto de vista do que se denominou "condição marital", foi entre as adolescentes que se verificou a menor proporção de "viver só" e as maiores proporções de "viver com a família" e "viver com companheiro"; sendo que, nesta última categoria, naquelas adolescentes de 10-14 anos, verificou-se ocorrer em pouco mais de 60%.

Quanto a "trabalhar fora de casa", foi verificado que a grande maioria das adolescentes não trabalhava, chegando a 96,77% e 79,89%, naquelas de 10 a 14 e 15 a 19 anos respectivamente. Esses resultados, juntamente com aqueles a respeito de viver em família ou com o companheiro

leva a, possivelmente, concluir que a "questão emocional" ou "falta de apoio" dos familiares não deixou de existir no caso específico das adolescentes internadas na Maternidade de Bauru.

Verificou-se que a frequência da assistência pré-natal foi bastante alta, chegando a pouco mais de 86% daquelas com 7 ou mais consultas. O "Índice de Kotelchuk" não pode ser calculado visto que não se obteve o dado sobre mês de início da assistência pré-natal; como se sabe esse índice combina as duas dimensões (número de consultas e mês de início) para construir uma medida única ou medida resumo. Quanto a frequência de consultas, para esse índice, considera-se "adequado" quando ocorre 80-109% das consultas normalmente programadas. No caso, como descrito acima, verificou-se ser pouco mais de 86%.

Quanto ao tipo de parto verificou-se que a frequência de cesáreas nas adolescentes foi bem mais baixa em relação aos grupos etários acima de 20 anos.

Foi bastante alta a frequência de aborto nas adolescentes de 10 a 14 anos; entretanto é preciso uma certa cautela nesse resultado pois foi calculado a partir de pequenos números: 6 abortos em 31 gestantes (19,35%).

Os nascidos vivos de baixo e muito baixo peso ao nascer das mães adolescentes tiveram uma frequência que não diferiu das gestantes não adolescentes.

Verificou-se também uma mortalidade materna de adolescente muito alta, porém, baseada em apenas uma morte de gestante de 17 anos.

Quanto à morbidade, nas internações na Maternidade de Bauru, verificou-se que 35,48% e 33,89%, respectivamente, 10-14 anos e 15-19 anos, tiveram um ou mais diagnósticos, a maioria dos quais foram as complicações da gravidez, parto e puerpério, não diferindo das mães não adolescentes.

Os resultados da análise da gestação em adolescentes na maternidade que serviram de base para o estudo não mostraram nenhum aspecto chamativo como o observado em outros estudos, inclusive na proporção (%) de adolescentes em relação ao total de gestantes.

Entretanto, trata-se, na visão dos autores, de uma população de adolescentes gestantes, com características sócio-econômicas melhores do que aquela referida em muitos outros estudos.

Entretanto, tal fato parece ser bastante específico para a região de Bauru e seria necessário uma melhor avaliação do nível sócio-econômico e outras variáveis a partir de estudos/investigações mais apropriadas dirigidos especificamente para adolescentes.

Vale reproduzir aqui comentários feitos em um trabalho publicado que tem o sugestivo título "Chá de bebê: a celebração da incerteza - gravidez na adolescência" <sup>(2)</sup>.

"Muitos são os motivos que levam uma adolescente a engravidar: a vulnerabilidade intrínseca ao gênero, a condição especial de ser adolescente, a incerteza quanto a um projeto de vida, a falta de perspectivas futuras e o uso inadequado ou a não utilização dos métodos contraceptivos. Se não se

pode dizer que toda gravidez na adolescência seja indesejada, o que se verifica é que a gravidez precoce quase nunca é planejada, ou seja, acontece sem intenção, causada pela confluência desses diferentes fatores individuais ou sociais"...a vida sexual dos adolescentes brasileiros está começando mais cedo, em torno de dezesseis anos, com muita informação e pouca proteção contra a gravidez. As campanhas enfatizam doenças sexualmente transmissíveis em especial a Aids, desvinculando-as da gravidez. Se esta afirmação pode ser constatada em quase todo mundo, no Brasil, onde os dados estatísticos mostram que a atividade sexual na adolescência vem se iniciando cada vez mais precocemente, já se pode antever as conseqüências indesejáveis imediatas de tal processo, como o aumento da freqüência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) nessa faixa etária e da gravidez, às vezes indesejável a qual, por isso, pode terminar em aborto provocado".

O mesmo trabalho cita também, como em outras publicações, dados do IBGE, que aponta um decréscimo da taxa de fecundidade nas últimas três décadas para todas as faixas etárias, exceto para as gestantes com idade inferior a 19 anos (grifo nosso). Também descreve que, atualmente, um em cada cinco partos é de mãe adolescente e, essa proporção permite inferir que, manualmente, cerca de 1,1 milhão de adolescentes engravidam no Brasil.

É bastante conhecida a afirmação de que a gestação em adolescentes é de alto risco, dada a natureza clínica, biológica e comportamental do evento e suas repercussões sobre a mãe e o concepto (Silva Gallo & Ferrari, antes citado).

Outro aspecto muito importante é aquele referente aos direitos humanos no que diz respeito à discriminação em relação as mulheres. O "Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher", que tem a sigla em inglês CEDAW, na parte referente a mortalidade materna contida no "Briefing Paper" intitulado "Preventing Maternal Mortality and Ensuring Safe Pregnancy" diz que ele (Comitê) tem grande preocupação com as altas taxas de mortalidade materna o que representa uma violação dos direitos à vida das mulheres. Segundo o Comitê essas altas taxas são devidas a várias causas ou fatores, incluindo entre eles, "altas taxas de gravidez em adolescentes".

Portanto, não se pode pensar em direitos humanos, no caso direito à vida das mulheres, sem enfocar o importante papel da gravidez e suas complicações (físicas e psicológicas) em adolescentes.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- Gravidez na Adolescência - Painel de indicadores do SUS. pg. 19, ano 1, nº 1, Outubro 2006.
- 2- Silva Gallo, JH & Ferrari, DP- Chá de bebê: a celebração da incerteza - gravidez na adolescência. Revista Bioética, 273 - 286, 16 (2), 2008.