

FATORES DE RISCO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA (texto 1)

Zenilda Vieira Bruno

1. ADOLESCÊNCIA E FECUNDIDADE:

A fecundidade na adolescência tem sido objeto de diferentes estudos, os quais têm demonstrado que 1/3 da população mundial é constituída de adolescentes. Já em 1996, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde revelou diminuição de 30% na taxa de fecundidade em todas as faixas etárias, com exceção da faixa de adolescente, com maior incidência nas populações de baixa renda. A pesquisa mundial de fecundidade realizada na Ásia e América do Sul demonstrou que, embora o matrimônio esteja ocorrendo entre 22/24 anos, a atividade sexual precoce vem ascendendo, contribuindo para aumento dos índices de gestação precoce. No Brasil, em estudos realizados em diferentes contextos vem indicando que os nascidos vivos de adolescentes representam em torno de 22 a 24%.

A relação entre maturidade precoce e as complicações maternas e perinatais parece resultar da associação de múltiplos fatores, como a idade, paridade, assistência pré-natal, ganho ponderal e fatores sócio-econômicos e culturais. As complicações médicas da gravidez na adolescência, freqüentemente relacionadas à baixa idade como hipertensão gestacional, prematuridade e baixo peso neonatal, parecem ser decorrentes da associação entre baixa idade e condições psicossociais inadequadas.

O principal risco da gravidez na adolescência não é de natureza biológica ou médica, é de natureza psicossocial. Entre as conseqüências, preocupa a interrupção da escolarização e formação profissional que, na maioria dos casos, cursa como evasão, abandono e dificuldade de retorno da adolescente à escola. A baixa escolaridade e pouca profissionalização dificultam a inserção no mercado competitivo de trabalho, colocando mãe adolescente e filho em situação de risco social. Em geral, a adolescente para de estudar e trabalhar, tem sentimentos de diminuição de auto-estima, depressão e algumas vezes pensa até em suicídio (Guimarães, 2001).

Vários trabalhos mostram que a baixa escolaridade é tanto causa como conseqüência da gravidez na adolescência. Sabemos que quanto menor a escolaridade maior probabilidade de ocorrer gestação e que esta faz com que a adolescente pare de estudar, por vergonha das amigas,

pressão da escola e muitas vezes da família, por punição ou por acreditar que esta é a única maneira da jovem cuidar do seu filho, ou ainda pressão do parceiro. Os meninos, muitas vezes, param de estudar para trabalhar, para sustentar a nova família.

A própria vida conjugal muda. Em geral, a gravidez ocorre fruto de uma relação sexual desprotegida de um casal de namorados adolescentes, ou entre adolescente e um adulto jovem, que resolvem se unir. Outras vezes, a gravidez é fruto de uma relação não formal e o parceiro não assume a gestação, na maioria destes casos ocorre o aborto provocado.

Como estas relações sexuais, em geral, são escondidas, a gravidez é a prova visível de que estas estavam acontecendo. A situação desperta alguns sentimentos, na sua maioria, negativos, como medo, vergonha, desespero.

A educação sexual facilita ao adolescente o entendimento do seu comportamento, melhora da auto-estima, afeto e responsabilidade. A educação sexual deve propiciar ao adolescente mais que controle da natalidade ou negação da sua sexualidade. Esta deve ser colocada em um contexto mais amplo de relacionamento pessoal, social e político entre as pessoas na tentativa de permitir ao adolescente a garantia de uma atividade sexual enriquecedora, sadia e responsável.

A educação é necessária para que a informação se traduza em mudanças de atitude. A adolescência busca uma identidade sólida dentro das transformações ocasionadas pelo processo de globalização. A exposição à mídia, as mudanças físicas, as primeiras questões sobre sexo, o desenvolvimento da relação com o corpo acontecem hoje na infância.

A gravidez precoce e não planejada pode ser relacionada como um dos agravantes dos riscos inerentes à manutenção da saúde mental dos adolescentes, e a ela devem se contrapor medidas que diminuam o impacto das situações de risco, identificando-se fatores de proteção que as impeçam ou as atenuem. Eventualmente, a constituição de um vínculo amoroso com um companheiro, o apoio familiar, a assistência pré-natal em uma unidade de saúde e outros exemplos, podem transformar a situação de risco num momento de crescimento e amadurecimento para a adolescente. Por outro lado, alguns fatores atuam em sentido contrário, como: baixo nível sócio-econômico, instabilidade (estrutura) da família e influência do companheiro na iniciação da vida sexual.

Considerando o número cada vez maior de adolescentes iniciando a vida sexual e o risco que envolve a atividade sexual desprotegida, profissionais de saúde precisam estar preparados

para abordagem deste tema durante o atendimento dos jovens. Constitui grande desafio a adequada orientação sexual, que implica em enfatizar a participação da família, escola, área de saúde e sociedade como um todo, nesse processo contínuo de educação. Assim é necessário que os profissionais de saúde (generalistas ou especialistas) e de educação tenham conhecimento sobre sexualidade, incluindo a anticoncepção, bem como os aspectos éticos que envolvem a prescrição dos métodos contraceptivos.

A promoção de vários fatores protetores, em forma simultânea e continuada, pode produzir uma gradual mudança positiva do estado de saúde, bem-estar e desenvolvimento das populações.

O atendimento dos adolescentes nas unidades de saúde é precário. Geralmente não é oferecido apoio nem aconselhamento adequado e então elas voltam a engravidar, entrando no ciclo repetido da gravidez – abortamento.

Para a redução da gravidez não planejada ou indesejada são necessárias medidas eficazes, onde assegure orientação na atenção pós-aborto e oferta dos métodos anticoncepcionais, inclusive o de emergência e ainda garantir suporte psicológico e social, se necessário.

2. PESQUISA REALIZADA NO SERVIÇO DE ADOLESCENTE

O Serviço de Adolescente da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) completou 25 anos e vem atendendo de forma holística, multiprofissional, a adolescente na gestação e fora desta, no planejamento familiar, prevenção e tratamento das patologias ginecológicas.

Realizamos uma pesquisa com adolescentes que engravidaram, comparando aquelas que levaram a gravidez a termo com aquelas que tinham aborto espontâneo e outro grupo de aborto provocado.

Foi um estudo longitudinal de coorte, com 367 adolescentes mães, 125 que provocaram o aborto e 71 que tinham aborto espontâneo. Realizamos questionários em determinados momentos: na gestação, por ocasião do abortamento, quarenta e cinco dias após o desfecho da gravidez, um ano e cinco anos depois.

O Objetivo era avaliarmos as mudanças na vida destas adolescentes, principalmente em relação à escolaridade, trabalho, auto-estima, vida conjugal, relação com o companheiro e fecundidade subsequente.

Constatamos que quase 50% das gestantes pararam de estudar. Um ano e mesmo cinco anos após poucas tinham voltado ao colégio. A mudança para quem teve um aborto espontâneo

não foi significativa, mas para os outros grupos o abandono foi significativo. Para o grupo com as gravidezes planejadas, o abandono foi de 70%.

Quanto ao trabalho, a adolescente trabalha bem menos antes da gravidez do que um ou cinco anos após. Além de se tornar mais adulta, ela passa a trabalhar para manter seu filho.

Verificamos que a auto-estima da adolescente é baixa em todos os grupos, principalmente naquele que provoca o aborto, acreditamos que esta não tem apoio do parceiro, nem dos familiares. Cinco anos após temos melhora da auto-estima. Provavelmente devido à entrada na vida adulta e maior segurança de si mesmo.

Durante a época do estudo a tendência foi de casar-se ou unir-se. O aumento na % de casada foi significativo nos grupos que tiveram filhos. Jovens que abortam tendem a ser solteiras, estudantes e poucas usam métodos para evitar a gravidez.

Diferente do que esperávamos a união conjugal não é tão fugaz. Após a gravidez a adolescente passa a morar com seu companheiro e na maioria das vezes permanece com este até pelo menos cinco anos, já que este foi o tempo estudado. Observamos que 60 % das adolescentes tinham o mesmo companheiro cinco anos após a gravidez. Aquelas que abortaram estavam com o parceiro inicial em 40%, o que ainda é alto, visto que muitas vezes este aborto foi pela decisão do parceiro em não ter este filho. Porém as jovens em cada grupo informaram que suas relações com seus parceiros pioraram. O declínio maior se encontrou entre as jovens com abortos induzidos (32%).

Na entrevista de um ano, perguntamos sobre uma gravidez subsequente a gravidez que foi o critério para participar no estudo. Não é de surpreender que a metade do grupo com aborto espontâneo já engravidou de novo. Um quarto das jovens que terminaram suas gravidezes engravidou no ano depois do aborto. É preocupante, também, que entre as jovens que tiveram filhos 15% das que não planejaram suas primeiras gravidezes engravidaram de novo, e 21% das com gravidezes planejadas já engravidaram outra vez.

Após cinco anos verificamos que 61% das adolescentes que pariram e 70% das que abortaram engravidaram novamente. Não foram fatores protetores para esta gravidez subsequente: a faixa de idade, o fato de estar estudando, trabalhando, ou morando com os pais. Entretanto, quando as adolescentes tinham oito anos ou menos de escolaridade o risco de engravidar aumentava quase duas vezes (RR = 1,89). As adolescentes que eram casadas ou moravam com o companheiro engravidaram menos do que aquelas que não tinham uma união

estável e aquelas que mudaram de companheiro engravidaram mais do que aquelas que se mantinham com o mesmo companheiro (RR = 1,4).

Os grupos tiveram percepções diferentes de como a gravidez afetaria suas vidas. É provável que atrás desses fatores esteja a motivação de levar à termo a gravidez ou interrompê-la. A metade das pacientes de aborto induzido disse que a gravidez ameaçaria os seus estudos, a possibilidade de ganhar dinheiro, assim como as relações familiares e a vida social. Por outro lado, a maioria das adolescentes de pré-natal acreditava que a gravidez melhoraria as suas relações com a família ou com o companheiro.

Resumindo as grandes diferenças entre os dois grupos (o de pré-natal e aborto induzido), controlando para variáveis selecionadas e usando regressão logística, achamos que pacientes de aborto comparadas com adolescentes de pré-natal:

- Eram mais velhas; solteiras; estudantes; tinham mães que estavam descontentes ou desconheciam a gravidez; tinham auto-estima mais baixa.

Pedimos para todas as adolescentes que explicassem melhor o processo da decisão com respeito ao aborto e se alguém tinha sugerido que elas terminassem a gravidez. A metade das pacientes do pré-natal e as de aborto disseram “sim”, alguém sugeriu o aborto.

As amigas, mães, outros parentes e parceiros são as pessoas que fazem esta recomendação às adolescentes quando engravidam. O que podemos observar é que no grupo que provocaram o abortamento o número de parceiros que sugeriu o aborto foi bem maior (26 vs 9%). É possível que a opinião dos parceiros tenha um peso significativo na tomada de decisão. Quase um quarto das jovens de pré-natal tentou interromper a sua gravidez e recorreu principalmente a chás (59%), misoprostol (24%) e outros fármacos (17%). Por definição, todas as pacientes de aborto induzido agiram para terminar a gravidez. Entre as jovens que informaram, 80% usou misoprostol, 08% outros medicamentos e algumas informaram que tinham usado chás.

Apesar de, no Brasil, a opção do aborto ser ilegal, esta parece ser bem difundida. Este estudo mostra evidência adicional do conhecimento difundido do misoprostol como um abortivo efetivo e acessível. Não obstante, a proibição do medicamento não acabou com sua disponibilidade no mercado negro.

Considerando que anticoncepcionais orais estão disponíveis nas farmácias, as mulheres fariam bem em saber mais sobre a efetividade e o regime de contracepção de emergência. O uso exige que as mulheres entrassem em ação relativamente rápida depois da relação desprotegida (dentro de 72 horas). A decisão de provocar um aborto é com certeza um passo difícil na vida de

uma adolescente. Da mesma forma, ter um filho quando adolescente não é fácil. Por isso é importante que façamos um trabalho educativo e preventivo para que as adolescentes de hoje tenham mais e melhores opções.

MORTALIDADE MATERNA NA ADOLESCÊNCIA (texto 2)

Zenilda Vieira Bruno

Arnaldo Afonso Alves de Carvalho

Francisco Herlânio Costa Carvalho Herlano

Mortalidade Materna

A Organização Mundial de Saúde – OMS define *morte materna*, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças- 10ª Revisão (CID-10) como *a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.*

Pode ser dividida em:

- Morte Materna Direta: ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, em virtude de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas;
- Morte Materna Indireta: é a resultante de doenças anteriores à gestação ou que se desenvolveram durante esse período. Estas, embora não provocadas por causas obstétricas diretas, são agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Outro conceito importante é a **Razão de Mortalidade Materna (RMM)**:

É a razão entre o número de óbitos maternos (diretos ou indiretos) e o número de Nascidos Vivos (NV) multiplicado por 100.000, sendo expresso pelo número de óbitos maternos a cada 100.000 NV.

Situação da Mortalidade Materna no Brasil

A mortalidade materna configura-se no Brasil como um problema de saúde pública, atingindo desigualmente as várias regiões brasileiras, sendo maior na região nordeste. É consenso que as mulheres acometidas pela morte materna são as de menor renda e escolaridade (DATASUS, Departamento de Informática do SUS. Indicadores e dados básicos – 2005)

Juntamente com as questões sócio-econômicas, emerge a questão racial. A análise é difícil de ser realizada em virtude da dificuldade de entendimento da classificação raça/cor que muitas vezes impede o registro dessa informação. Os Comitês de Morte Materna mostram que o risco de morte materna é maior entre as mulheres negras, o que inclui as pretas e pardas, configurando-se em importante expressão de desigualdade social.(Martins, Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil - 2006).

Diversos estudos estimaram a mortalidade materna no Brasil considerando a sub-notificação e encontraram fator de correção até dois, ou seja, para cada óbito materno somar um não declarado. Laurenti et al.(Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna - 2000) calcularam fator de correção de 1,67 para a mortalidade materna, que é utilizado oficialmente hoje pelo Ministério da Saúde.

Os dados oficiais evidenciam que as doenças hipertensivas, seguidas das síndromes hemorrágicas, são as principais causas de mortalidade materna no país. Ambas mantêm-se, há décadas, como as duas principais causas, ora seguidas pelas infecções puerperais e o aborto, ora pelas doenças do aparelho cardiovascular, complicadas pela gravidez, parto ou puerpério.

Em pesquisa de Carvalho et al.(Mortalidade materna: Hospital Geral de Fortaleza - 1993), foram identificadas as características epidemiológicas e etiopatogênicas das causas de óbitos maternos ocorridos na Clínica Obstétrica do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) entre 1975 e 1991. Eles mostraram a assistência pré-natal inadequada ou ausente como fator de risco decisivo para a morte materna obstétrica direta (69,77%), a exemplo da eclâmpsia (32,56%), tendo em ordem decrescente de frequência: hemorragias (20,93%) e infecções (16,28%), seguidas pelas causas obstétricas indiretas (11,63%). Conforme indicam, o maior índice de morte materna ocorre em mulheres na idade de maior probabilidade de gestar, e não nos extremos da vida reprodutiva.

A atenção pré-natal foi considerada inadequada em 64,8%, dados que contribuíram para elevar a razão da morte materna nesta região.

Costa et al. (Mortalidade Materna na Cidade do Recife - 2002), ao estudar a RMM entre mulheres residentes na cidade de Recife, pela análise de todas as declarações de óbito de mulheres na idade entre 10-49 anos no período de 1994 a 2000, encontraram 144 mortes maternas, sendo 104 declaradas e 44 presumíveis, confirmadas após investigação. A Razão de Mortalidade Materna foi de 75,5 por 100.000 nascidos vivos.Verificaram um percentual de 22% de mulheres que não receberam qualquer cuidado pré-natal, porém informações sobre o pré-natal

não foram obtidas em 25% dos casos. A informação sobre o número de consultas também foi falha, ausente em quase 60% dos casos.

Dados do SINASC mostram que, em cerca de 47% dos nascidos vivos, no Brasil, a mãe tinha realizado sete ou mais consultas de pré-natal. Cabe então questionar a qualidade deste atendimento, já que, em quantidade, o que preceitua o Ministério da Saúde parece estar sendo atendido.

Embora no Brasil mais de 90% dos partos ocorram em hospitais e, em algumas regiões, cheguem praticamente a 100%, está claro que o que precisa melhorar é a assistência, aí incluídos os cuidados de pré-natal e uma adequada atenção ao parto e ao puerpério imediato.

É inegável a necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. Vigiano et al. (Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária - 2004) chamam a atenção para esses cuidados, e avaliam os aspectos epidemiológicos relacionados ao parto de gestantes e puérperas transferidas para as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e a frequência com que estas pacientes necessitam de cuidados imediatos. Os dados utilizados são do Serviço de Obstetrícia do Hospital Materno Infantil de Goiânia (HMI-GO), onde foram identificadas 86 situações transferidas por Razão de Morte Iminente (RMI), no período de três anos, de janeiro de 1999 a dezembro de 2001. Valendo-se de três unidades de terapia intensiva naquele estado, destaca as doenças hipertensivas como uma das causas mais frequentes (57,7%) e afirmam que a mortalidade materna do estudo foi considerada elevada 24,3% do total das transferências. Na amostra analisada por meio do número de dias de internação nas unidades de terapia intensiva considerando todos os grupos juntos, entre 86 observações, perceberam que a média foi de 5,1 dias e a mediana de 3,5 dias, com um desvio padrão de 6,3 dias. Na opinião dos mencionados autores, ao analisar a mortalidade materna em países em desenvolvimento, o problema fundamental é a chegada das pacientes graves, por vezes tardia, aos centros terciários de referência, e não a carência de recursos humanos dentro dos hospitais para atender às intercorrências que ocasionam decessos maternos.

Mortalidade Materna na Adolescência:

O grupo específico de adolescentes primíparas constitui nos grandes levantamentos populacionais, a faixa etária que mais se correlaciona com o pior prognóstico materno-fetal, com altos índices de partos prematuros, com RN pequenos para a idade gestacional (PIG) e risco de morte materna aproximadamente 60 vezes maior do que em mulheres na faixa etária de 20 a 24

anos (American College of Obstetricians and Gynecologists; Risk factors associated with preeclampsia in healthy nulliparous women - 1997).

As manifestações clínicas da DHEG (doença hipertensiva específica da gestação) variam de acordo com a gravidade do quadro clínico instalado. Na sua grande maioria das vezes, ocorrem tardiamente, quando já foram desencadeadas as complicações clínicas como coagulopatia de consumo (CIVD), insuficiência renal, hepática, acidentes hemorrágicos cerebrais ou a síndrome de Hellp, situações graves e irreversíveis que podem evoluir tanto para a morte materna como fetal. O tratamento em unidades de terapia intensiva, tanto materno como em unidades de UTI neo-natais se faz necessário, acarretando ônus para a sociedade como também para o sistema público de saúde.

A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) vem, nos últimos anos, tornando-se um método não invasivo de extrema utilidade no acompanhamento do pré-natal de gestantes hipertensas ou normotensas que desenvolvem hipertensão gestacional ou naquelas que apresentem fatores de risco para o desenvolvimento de DHEG (obesidade, hereditiedade para hipertensão arterial, adolescentes primíparas). O reconhecimento precoce das alterações dos níveis tensionais pela MAPA, nesse grupo específico de gestantes, já podem ser observadas desde o primeiro trimestre gestacional. A inclusão da MAPA como método diagnóstico de hipertensão na gestação e no acompanhamento terapêutico de drogas anti-hipertensivas durante o período gestacional, faz um diferencial significativo no pré-natal. Os resultados de preditividade para a DHEG, já são consagrados na literatura internacional e na Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará apresentou resultados significativos (Penny et al; Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition of a near miss - 1999 e Carvalho et al; Fatores Preditivos de Hipertensão Gestacional em Adolescentes Primíparas: Análise do Pré-Natal, Mapa e Microalbuminúria - 2005).

Conde-Agudelo, Belizán; Lammers (Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study – 2005), estudaram 854.377 jovens menores de 25 anos, no Uruguai, e mostraram que adolescentes menores ou igual a 15 anos têm maior riscos para mortalidade materna e anemia comparada a mulheres de 20 a 24 anos, mostraram ainda que adolescentes têm maior risco para hemorragia e endometrite puerperal, episiotomia, recém nascido de baixo peso e parto prematuro.

Sina et al (Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990-1999 / Birth rates and reproductive risk in adolescents in Chile, 1990-1999), em 2003, publicaram um trabalho

que mostra maior risco mortalidade materna em adolescentes chilenas menores de 15 anos e de 15 a 19 anos.

Malamitsi-Puchner e Boutsikou (Adolescent pregnancy and perinatal outcome), em 2006, mostraram potenciais fatores de risco da gravidez de adolescentes, como: início precoce do hábito de fumar, beber álcool ou usar drogas, baixa escolaridade, pais separados e pobreza associado ao fato de adolescentes menores de 18 anos não apresentarem maturidade psíquica e social levam a complicações obstétricas, tais como: anemia, hipertensão, doenças sexualmente transmissíveis e parto prematuro. A mais comum complicação para o recém nascido é baixo peso ao nascer devido prematuridade ou crescimento intra-uterino retardado, infecção, dependência química (abuso materno a substância química), síndrome da morte súbita do recém nascido e aumento da morbidade e mortalidade no primeiro ano de vida.

Simões et al (Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão), em 2003, ao estudar 2.429 partos de mulheres verificou que 714 eram adolescentes (29,4 por cento). As adolescentes apresentaram piores condições socioeconômicas e reprodutivas que as demais mulheres, maior proporção de pré-natal inadequado (39,2 por cento) e muitas não tinham companheiro (34,5 por cento). Por outro lado, tiveram menor proporção de parto cesáreo (23,0 por cento) e de fumantes (3.5 por cento).

Dados do DATASUS (Departamento de Informática do SUS. Indicadores e dados básicos – 2005), mostram a morte materna em adolescentes $254/1620= 16\%$, mortalidade por aborto em adolescente $26/254= 10\%$. Mostra ainda que a RMM em adolescente de 10-14 anos é de 56, a de 15 a 19 anos é de 38 em 100.000 nascidos vivos, menor que demais faixas etárias no Brasil.