

PERFIL DAS CRIANÇAS DE RISCO FILHAS DE MÃES ADOLESCENTES

DANIELE LUERSEN¹; CAMILA THOMSEN LEAL²; LUCIANA FARIAS³; BRUNO PEREIRA NUNES⁴; ELAINE THUMÉ⁵; DEISI CARDOSO SOARES⁶

¹Faculdade de Enfermagem- UFPel. dani_luersen@hotmail.com

²Faculdade de Enfermagem- UFPel. -camithomsen@hotmail.com

³Faculdade de Enfermagem- UFPel.

⁴Faculdade de Enfermagem- UFPel. nunesbp@gmail.com

⁵Faculdade de Enfermagem- UFPel. elainethume@gmail.com

⁶Faculdade de Enfermagem- UFPel. soaresdeisi@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência o período cronológico entre 10 e 19 anos (WHO, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a proporção de mães adolescentes vem diminuindo no país, mas ainda é expressiva, representando 19,3% das gestações em 2010. A incidência continua sendo maior na Região Norte (26,3%) e menor na Sudeste (16,0%). Conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em Pelotas, no ano de 2012, o número de nascimentos entre adolescentes de 10 e 14 anos foi de 28 bebês; entre a faixa etária de 15 a 19 anos, foram 631 nascimentos, contabilizando 659 nascidos vivos de mães adolescentes (DATASUS, sd).

Sabe-se que é comum a interrupção da escolarização e da formação profissional em decorrência da gravidez na adolescência, acarretando em dificuldades de inserção no mercado de trabalho e perpetuando a tendência à pobreza, com conseqüentes riscos sociais para a mãe e para o seu filho (AQUINO et al., 2003). Quanto aos recém-nascidos, alguns apresentam já ao nascer, algumas características associadas a um maior risco de adoecer e evoluir a óbito. Portanto, cabe aos profissionais de saúde identificar essas crianças já na maternidade, recomendando o acompanhamento adequado na atenção básica, inclusive com busca ativa (BRASIL, 2012).

Recém-nascido de risco é o conceito dado àquelas crianças que passaram por condições biológicas e/ou ambientais desfavoráveis, com maior probabilidade de apresentar distúrbios ou atrasos em seu desenvolvimento em comparação aos bebês que não sofreram a influência das mesmas variáveis (TAQUES; RODRIGUES, 2009).

Este estudo tem por objetivo identificar o perfil das crianças de risco, nascidas em 2012, filhos de mães adolescentes.

2. METODOLOGIA

Os dados são oriundos do estudo descritivo “Situação da criança de risco no município de Pelotas de 2002 a 2012”, que utilizou dados secundários obtidos através dos registros do Programa Prá Nenê, da prefeitura municipal de Pelotas. A população alvo do estudo de origem são crianças cadastradas no programa Prá-Nenê e suas famílias nos anos de 2002 a 2012.

A estratégia do programa Prá-Nenê consiste na identificação dos recém-nascidos de risco nas maternidades, através do preenchimento de um instrumento de classificação de risco, que utiliza critérios biológicos e sociais, e estes são organizados em risco isolado e/ou associado. Caso a criança apresente um ou mais critérios isolados e/ou dois ou mais critérios associados, é incluída no

programa e acompanhada pela rede de atenção básica, com a primeira consulta marcada antes da alta hospitalar. Ser filho de mãe adolescente é um critério de risco associado.

Neste estudo foram utilizados os dados do banco de 2012, que contém todas as variáveis do instrumento de identificação de risco da maternidade. A amostra foi 78 mães adolescentes, cujas crianças foram identificadas com risco para mortalidade infantil, no ano de 2012. As variáveis selecionadas foram: idade materna, escolaridade até quatro anos de estudo, tipo de parto, prematuridade, baixo peso ao nascer (<2500 g), Apgar do primeiro e do quinto minuto de vida, presença de malformação congênita, mãe com diagnóstico de HIV, internação do recém-nascido e motivo de internação.

Os dados foram duplamente digitados em banco de dados do Epidata 3.1 e as análises estatísticas descritivas foram realizadas no Stata® versão 12.0. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel, sob o número 248380.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2012, houveram 4.269 nascidos vivos em Pelotas, representando 15,4% (n=659) de indivíduos filhos de mulheres na adolescência. Do total de nascimentos 12% (n=512) foram considerados como de risco pelo Programa Pré-Nenê.

Das crianças de risco, 15,2% (n=78) eram filhas de mães adolescentes entre as idades de 14 a 19 anos, sendo a média de 17,5 anos de idade. Em um estudo realizado por Suzuki et al. (2007) em um Hospital de São Paulo, a média de idade foi de 17,3 anos. Em Recife, Oliveira et al. (2011) identificaram uma média de idade de 16 anos entre mães adolescentes (Tabela 1).

Tabela 1. Critérios de risco de mães adolescentes e seus recém-nascidos identificados pelo programa Pré-nenê, em 2012. Pelotas, RS, 2015.

Variáveis de risco ao Nascimento.	N	%
Idade materna		
14 – 19 anos	78	15,2
Escolaridade >4 anos	73	93,6
Total	76	
Tipo de parto		
Cesárea	38	48,7
Vaginal	38	48,7
Total	76	
Peso ↓2500gr	35	44,9
Prematuridade	42	53,8
Internação	47	60,2
Motivo de internação		
Prematuridade	22	49
Icterícia neonatal	06	12,7
Disfunção respiratória	07	15
Sepse neonatal	06	12,7
Toxoplasmose	03	6,4
Aspiração de mecônio	02	4,2
Total	78	100

Fonte: Pesquisa Situação da criança de risco no município de Pelotas de 2002 a 2012

A maioria (93,6%) possuía mais de quatro anos de escolaridade, nenhuma apresentou diagnóstico de HIV. Em um estudo quantitativo realizado na região Nordeste, Lobo et al. (2008) observaram que a maioria das mães adolescentes eram analfabetas (23,5%) ou tinham o 1º grau incompleto (17,5%) e apenas 5,9% das adolescentes apresentavam mais de quatro anos de estudo. Em Campinas, Corrêa (2014) relata que apenas 28,3% das adolescentes participantes da pesquisa atingiram o terceiro ano do ensino médio.

No presente estudo metade das adolescentes foram submetidas a parto por cesárea, uma taxa considerada alta. A proporção de realização de cesariana na população de mães adolescentes, no estudo realizado por Goldenberg et al. (2005) foi de 21% na faixa etária de 15 a 19 anos e, 20% na faixa de 10 a 14 anos. Metade das adolescentes do nosso estudo foram submetidas à cesárea.

Com relação aos recém-nascidos a média de peso ao nascer foi de 2533g, sendo que 44,9% (n=35) apresentaram peso inferior a 2500g, o Apgar do primeiro minuto variou de 01 a 09, 39,7% (n=31) apresentaram avaliação 09, o Apgar do 5 minuto variou de 02 a 10, e metade das crianças obtiveram 09. A prematuridade, definida como idade gestacional inferior a 37 semanas, foi identificada em 53,8% (n=42), nenhuma criança apresentou qualquer malformação congênita.

Necessitaram de internação ao nascer 60,2% (n=47), o principal motivo de internação foi a prematuridade com 49% (n=23), seguido de disfunção respiratória 15% (n=07) icterícia neonatal e sepse neonatal com 12,7% (n=06). Toxoplasmose 6,4% (n=03) casos e aspiração de mecônio 4,2% (n=02), entre os outros motivos de internação.

A ocorrência de prematuridade dentre as crianças de risco identificadas no município de Pelotas apresentaram um valor expressivo se comparadas com o estudo de Suzuki et al. (2007), das 51 mães adolescentes, 16 apresentaram prematuridade, equivalente a 31,4%. Contudo, em um estudo realizado no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão a prematuridade ocorreu em 17,3% dos recém-nascidos de mães adolescentes (MARTINS et al., 2011).

4. CONCLUSÕES

No presente estudo foi possível constatar uma alta taxa de cesáreas e de nascimentos prematuros entre mulheres adolescentes, porém é importante ressaltar que a amostra foi selecionada a partir de um grupo considerado de risco para mortalidade infantil. Como ponto positivo, a escolaridade foi maior que quatro anos para quase totalidade das adolescentes, porém indicamos que no próximo estudo seja investigada a escolaridade de forma contínua nestas meninas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, E.M.L.; HEILBORN, M.L.; KNAUT, D.; BOZON, M.; ALMEIDA, M.C.; ARAÚJO, J.; MENEZES, G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Caderno de Saúde Pública**. v.19, n.3. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido**. Guia para os Profissionais de Saúde – Cuidados Gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

CORRÊA, H. Antecedentes do baixo nível de escolarização alcançado por uma coorte de jovens mães brasileiras. **Revista de Educação e Pesquisa**. v.40, n.2, p. 499-516. São Paulo, 2014.

DATASUS. Informações de saúde. **Sistema de informação sobre nascidos vivos**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>> Acesso em: 03 Jul 2015.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M.C.T.; SOUZA E SILVA, R. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.1, n.4. 2005.

LOBO, N.; MEDRADO, M.; BORGES, C. **Gravidez na adolescência: motivos, perspectivas e percepções dessa realidade, para as adolescentes do Município de Madre de Deus – BA**. Disponível em: <http://revistas.unijorge.edu.br/fisioscience/pdf/2013_1_Artigo7.pdf> Acesso em: 19 Jul 2015.

MARTINS, M.G.; SANTOS, G.H.N.D.; SOUSA, M.D.S.; COSTA, J.E.F.B.; SIMÕES, V.M.F. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro. v.33, n.11. 2011.

OLIVEIRA, S.C.; VASCONCELOS, M.G.L.; OLIVEIRA, E.C.A.; NETO, P.J.A.V. Análise do perfil de adolescentes grávidas de uma comunidade no Recife-pe. **Revista Rene**. Fortaleza. v.12, n.3, p. 561-7. 2011.

SUZUKI, C.M.; CECCON, M.E.J.; FALCÃO, M.C.; VAZ, F.A.C. Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v.17, n.1, p. 95-103. 2007.

TAQUES, D.C.S.R.; RODRIGUES, O.M.P.R. Avaliação do repertório comportamental de bebês nos quatro primeiros meses de vida: uma proposta de análise. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v.16, n.2, p.77-87. 2006.

WHO. World Health Organization. **Adolescent health**. Disponível em: <http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/> Acesso em: 19 Jul 2015.