



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE MEDICINA

NATÁLIA GUERREIRO COSTA NEESER

**INFLUÊNCIA DA IDADE NOS RESULTADOS PERINATAIS ENTRE GESTANTES
ADOLESCENTES EM UMA MATERNIDADE ESCOLA DE SALVADOR, BAHIA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SALVADOR – BA

2023

NATÁLIA GUERREIRO COSTA NEESER

**RESULTADOS PERINATAIS DE ACORDO COM A IDADE, ENTRE GESTANTES
ADOLESCENTES EM UMA MATERNIDADE ESCOLA DE SALVADOR, BAHIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação no 4^o ano de medicina.

Orientador(a): Omar Ismail Santos Pereira Darzé

SALVADOR

2023

RESUMO

Introdução: A gravidez na adolescência impacta de forma negativa a vida da jovem e se associa com um pior prognóstico neonatal. Uma maior possibilidade de baixo peso ao nascer, prematuridade, desconforto respiratório e necessidade de UTI neonatal tem sido observado nesse grupo populacional. Estudos sobre o tema tem demonstrado uma relação inversa entre a idade da adolescente e o empobrecimento do resultado perinatal. **Objetivo:** Comparar os resultados perinatais com a idade das adolescentes. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e analítico, de corte transversal, realizado em Salvador-Bahia, envolvendo 409 adolescentes e seus recém-nascidos, admitidas para assistência ao parto de janeiro a dezembro de 2021 no Instituto de Perinatologia da Bahia. As adolescentes foram divididas em precoces (menores que 15 anos) e tardias (entre 15 e 19 anos). As variáveis dependentes foram: baixo peso ao nascer, prematuridade, Apgar <7, desconforto respiratório ao nascer, necessidade de manobras de reanimação e admissão em unidade fechada. Os dados foram analisados pelo teste do χ^2 e teste t com nível de significância de 5%. **Resultados:** A idade média das adolescentes foi de 17,37 anos, 12 (2,9%) menores de 15 anos (adolescentes precoces) e 397 (97,1%) entre 15 e 19 anos (adolescentes tardias). Quando comparado os resultados perinatais entre as adolescentes precoces e tardias se observou respectivamente: 9,1% vs 8,3% ($p=0,929$) de baixo peso ao nascer; 25% vs 9,8% ($p=0,088$) de parto prematuro; 9,1% vs 4,6% ($p=0,483$) de APGAR <7 no primeiro minuto; 11,1% vs 4,8% ($p=0,677$) de necessidade de manobras de reanimação; 18,2% vs 11,7% ($p=0,515$) de admissão em UTI; 9,1% vs 11,7% ($p=0,950$) de desconforto respiratório precoce. **Conclusão:** Nessa amostra as adolescentes precoces se associaram com uma maior possibilidade de parto prematuro contudo sem significância estatística.

Palavras-chave: Idade materna. Adolescência. Gravidez na adolescência. Resultado perinatal.

ABSTRACT

Introduction: Teenage pregnancy negatively impacts the life of young woman, and it is associated with a worse neonatal prognosis. A higher possibility of low birth weight, prematurity, respiratory distress and need of neonatal ICU has been observed in this population group. Studies on the topic have shown an inverse relationship between the age of the teenager and the impoverished of the perinatal outcome. **Objective:** To compare perinatal outcomes with the age of the adolescents. **Methods:** This is a descriptive and analytical, cross-sectional study conducted in Salvador-Bahia, involving 409 adolescents and their newborns, admitted for childbirth assistance from January to December 2021 at the Bahia Perinatology Institute. Adolescents were divided into early (younger than 15 years) and late (between 15 and 19 years). The dependent variables were low birth weight, prematurity, Apgar score <7, respiratory distress at birth, need for resuscitation maneuvers, and admission to a closed unit. Data were analyzed using the chi-square test and t-test with a significance level of 5%. **Results:** The average age of the adolescents was 17.37 years, 12 (2.9%) were under 15 years (early adolescents) and 397 (97.1%) were between 15 and 19 years (late adolescents). When comparing perinatal outcomes between early and late adolescents, respectively, the following were observed: 9.1% vs 8.3% ($p=0.929$) of low birth weight; 25% vs 9.8% ($p=0.088$) of premature birth; 9.1% vs 4.6% ($p=0.483$) of Apgar <7 in the first minute; 11.1% vs 4.8% ($p=0.677$) of need for resuscitation maneuvers; 18.2% vs 11.7% ($p=0.515$) of admission to UCI; 9.1% vs 11.7% ($p=0.950$) of early respiratory distress. **Conclusion:** Early adolescents were associated with a higher possibility of premature birth, however, without statistical significance.

Keywords: Maternal Age. Adolescence. Adolescent Pregnancy. Perinatal Outcome.

Ao meu avô, Fernando, que
tornou esse sonho possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço muito à minha família, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando incondicionalmente.

A meu avô, que esteve presente durante todo o processo, me apoiando, e me levando e buscando nos lugares necessários.

Aos meus amigos, que ouviram as minhas inseguranças, estiveram do meu lado durante as dificuldades e sempre me incentivaram e acreditaram no meu potencial, quando nem eu mesma acreditava.

Ao meu colega, Márcio Barreto, que foi muito paciente e sempre esteve disponível para tirar minhas dúvidas.

Ao meu orientador, Dr. Omar Darzé, profissional inspirador, agradeço por toda ajuda, incentivo e confiança no meu trabalho.

À minha professora de metodologia, Dra. Karla Mota, sempre solícita me ajudou muito durante todo esse processo de construção.

Por fim, agradeço à equipe do IPERBA, por me receberem tão bem e me ajudarem sempre que necessário.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e obstétricas da amostra.....23

Tabela 2 - Resultados perinatais das adolescentes com relação a idade.....24

LISTA DE ABREVIATURAS

BPN	Baixo peso ao nascer
OMS	Organização Mundial de Saúde
RNs	Recém-nascidos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	Geral	12
2.2	Específicos.....	12
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4	MÉTODOS.....	19
4.1	DESENHO DO ESTUDO	19
4.2	AMOSTRA A SER ESTUDADA	19
4.3	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	19
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	20
4.5	PLANO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	21
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	22
5	RESULTADOS	23
6	DISCUSSÃO.....	25
7	CONCLUSÃO.....	29
8	REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

Adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é uma etapa evolutiva definida por mudanças físicas, mentais e emocionais, que implicam em vulnerabilidade individual e social, e é delimitada como a segunda década de vida – faixa entre dez e 19 anos. Nas últimas décadas, apesar de ocorrer uma queda acentuada da fecundidade em todas as regiões do Brasil, a gravidez entre jovens de 15 a 19 anos cresceu 26% entre 1970 e 1991 e, embora esta ocorrência seja frequente em todos os níveis sociais, a situação é ainda mais grave entre as jovens mais pobres, que apresentam fecundidade dez vezes maior que as de melhor nível socioeconômico.¹²

A proporção cada vez maior de adolescentes sexualmente ativas implica um aumento da taxa de gravidez nesta faixa etária, que é considerado, em alguns países, um problema de Saúde Pública. Isso ocorre, pois, a OMS e o ministério de saúde classificam a gravidez na adolescência como gestação de alto risco, haja vista que, além das repercussões na saúde destas mulheres, acarreta prejuízo na condição dos recém-nascidos.³⁴⁵

Assim, ao engravidar, a adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, distúrbios emocionais e comportamentais e educacionais, anemia, pré-eclâmpsia, aumento na incidência de cesáreas além do aumento da incidência de diversas complicações para o recém-nascido como prematuridade, baixo peso ao nascer (BPN), crescimento intrauterino restrito e sofrimento fetal agudo.^{45 6}

Alguns trabalhos sugerem que adolescentes estão mais suscetíveis ao risco aumentado de resultados perinatais adversos e morbimortalidade materna.⁵⁷ Entre as adolescentes, os riscos são maiores quanto menor é a idade. Entre as menores de 15 anos a chance de ocorrência de morte por problemas decorrentes da gravidez ou do parto é cinco vezes maior do que entre as maiores de 20 anos, sendo uma das principais causas de morte nesta faixa etária.⁸⁹

Estes riscos têm sido largamente explicados por características socioeconômicas desfavoráveis somadas a falta de estrutura emocional da jovem grávida.⁸ Em estudo realizado em São Luís, no Maranhão, foram obtidos resultados em que a gravidez na adolescência está associada a resultados desfavoráveis para a gravidez e à sobrevivência de seus filhos, principalmente nas gestantes adolescentes menores de 18 anos, que tinham o pior nível de renda, e não exerciam atividade remunerada.

10

Assim, fatores socioculturais, como tabagismo, idade materna mais jovem, estado nutricional materno, estado marital, hipertensão arterial, paridade e menor número de consultas no pré-natal, somados a mecanismos de natureza biológica, como imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso inadequado durante a gestação e período gestacional curto, contribuem significativamente para o aumento do risco de resultados perinatais adversos.¹¹¹²¹³¹⁴¹⁵¹⁶

As crianças que sobrevivem têm alto risco de uma série de complicações ao longo de sua infância, e vida adulta, incluindo prejuízos mentais e visuais, autismo, paralisia cerebral, diabetes mellitus, disfunção imunológica e doença cardiovascular, obesidade e doença metabólica no adulto.¹⁷

Em consideração que a idade das adolescentes grávidas pode influenciar na incidência de resultados perinatais adversos, que são problemas crescentes de saúde pública, que geram inúmeras consequências a longo prazo para a vida, tanto das mulheres, quanto de seus neonatos, justifica-se um estudo e vigilância sobre esse grupo para obter dados que possam contribuir para o planejamento e adequação de práticas que minimizem os riscos à saúde e promovam o bem-estar dessas mulheres e dos seus neonatos.

Além disso, apesar da maioria dos estudos apontar as condições sociais e econômicas desfavoráveis como os principais fatores de risco para a ocorrência de resultados perinatais adversos, existem estudos que evidenciam fatores biológicos como protagonistas na ocorrência desses resultados perinatais. Por exemplo, o Estudo do New England Journal of Medicine (NEJM), de 1995, que demonstram a

associação entre precocidade na idade materna e riscos reprodutivos, os quais superam todos os demais fatores sociais e demográficos. ⁴.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral: Comparar os resultados perinatais entre o grupo de adolescentes precoces (menores de 15 anos) e as mais tardias (Entre 15 e 19 anos) admitidas para assistência ao parto em uma Maternidade Escola de Salvador, Bahia.

2.2 Específicos:

Descrever as características clínicas e sociodemográficas das adolescentes

Verificar os resultados perinatais das adolescentes.

Relacionar os resultados perinatais com a idade das adolescentes

3 REVISÃO DE LITERATURA

Adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. São muitas as definições que tentam explicar esse período, com pequenas variações a depender de cada uma. Segundo a Organização Mundial de Saúde, é uma etapa evolutiva caracterizada pelo desenvolvimento biopsicossocial, delimitada como a segunda década de vida – faixa entre 10 e 19 anos¹.

Já a lei brasileira, considera a adolescência, a faixa etária dos 12 até os 18 anos de idade completos e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera essa mesma faixa etária, podendo em alguns casos se estender até os 21 anos¹⁸. Para efeito do trabalho iremos usar o período entre 12 e 19 anos, para definir a adolescência.

Esse período, trata-se de uma etapa da vida em que ocorrem a maturação sexual, o acirramento dos conflitos familiares e a formação e cristalização de atitudes, valores e comportamentos que determinarão sua vida e na qual se inicia a cobrança de maiores responsabilidades e definição do campo profissional.¹⁹

Durante séculos, casar-se e ter filhos com 14 ou 15 anos de idade era algo comum. Na década de 1930, achava-se que o momento oportuno para engravidar seria aos 16 anos; porém, este significado atualmente ecoa de maneira a evocar inúmeros riscos sociais, psicológicos e biológicos²⁰.

A gravidez na adolescência é um evento observado mundialmente, com variações importantes entre as nações, que tem despertado interesse e preocupação – principalmente nos países subdesenvolvidos²¹. Para a adolescente, a gravidez ocorre em um organismo que ainda está em desenvolvimento físico e emocional, sofrendo as mudanças corporais e emocionais próprias desse período da vida²².

Dessa forma, a gravidez na adolescência é, a partir dos anos 70, classificada como gestação de alto risco pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ³, e pelo Ministério da Saúde, em vista da natureza clínica, biológica e comportamental do evento e as repercussões sobre a mãe e o conceito ²³. Ao engravidar, a adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, distúrbios emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações na gravidez e problemas inerentes ao parto⁶.

No Brasil, contrariamente ao declínio da fecundidade total observado desde a década de 1960, a taxa específica de fecundidade no grupo de mulheres entre 15 e 19 anos aumentou de 75 para 87 filhos por mil mulheres, de 1965 a 1991.¹⁰ As taxas variam de acordo com a região, sendo mais elevadas nos Estados mais pobres.^{24,25,26,27}

Segundo OMS, 16 milhões de adolescentes entre 16 e 19 anos de idade e 2 milhões com menos de 15 anos têm uma criança viva a cada ano²⁸. Houve um declínio no percentual de nascidos vivos para mães adolescentes no Brasil entre 2000 e 2011, 23,5 e 19,2%, respectivamente²⁸. No entanto, o percentual ainda é alto.

A literatura tem demonstrado que as adolescentes grávidas são mais pobres, de mais baixa escolaridade, têm menor atenção durante o pré-natal, filhos com maiores taxas de baixo peso ao nascer e de mortalidades neonatal e infantil. ^{29,30}

A taxa de fecundidade no Brasil em mulheres de 15-19 anos, entre 1986 e 1991, chegou a ser 40% maior nas mulheres cujas famílias apresentavam renda de até um salário-mínimo, comparadas às de renda familiar acima de dez salários-mínimos ³¹. Sendo assim, corrobora com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, que mostrou que as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior do que as de melhor estrato socioeconômico ²³.

A gravidez na adolescência tem sido alvo de preocupação de técnicos e governantes, não só em países pobres, mas também nos desenvolvidos.³² A gestação nesse período traz diversos riscos tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (RN), contribuindo para a ocorrência de resultados perinatais adversos³³.

Define-se resultados perinatais como os possíveis desfechos que podem ocorrer tanto com a mãe, quanto com o feto no período de um pouco antes do parto e logo após o nascimento. Existe um impacto da idade da mulher sobre os resultados perinatais: as mulheres nos extremos de idade, ou seja, as adolescentes e as mulheres com mais de 35 anos, têm em geral resultados menos favoráveis que as chamadas adultas jovens, entre 20 e 35 anos³⁴.

Em relação aos bebês, possuem maior possibilidade de apresentarem baixo peso ao nascer, têm um risco aumentado de morrer por desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida, tornarem-se pais na adolescência, apresentarem atraso de desenvolvimento, dificuldades escolares, perturbações comportamentais e toxicod dependência.²³²⁵. Além disso, alguns estudos revelam maiores taxas de morbidade e mortalidade nesse grupo.⁴

Dentre os resultados perinatais, tem destaque o baixo peso ao nascer e a prematuridade, que segundo estudos são preditores de morbidades relevantes³⁵ e permanecem como as principais causas de morbidade e mortalidade no primeiro ano de vida.³⁶

A gravidez na adolescência, especialmente na adolescência precoce (< 15 anos), pode desencadear competição materno-fetal por nutrientes⁴, uma vez que o processo de crescimento e desenvolvimento materno ainda se encontra em curso. Tal competição pode promover riscos aumentados de baixo peso ao nascer (BPN), deficiências de micronutrientes e restrição do crescimento intrauterino (RCIU), levando a alterações na evolução dessa gestação e no crescimento fetal, resultando

em aumento dos índices de BPN (< 2500g) e de parto prematuro (< 37ª semana de gestação).³⁷

A Organização Mundial da Saúde define baixo peso ao nascer (BPN) igual ou abaixo 2.500g⁵. Estudos demonstram que a incidência de BPN é mais que o dobro em adolescentes, com frequência maior sobretudo nas adolescentes entre dez e 15 anos³⁸, em relação às mulheres adultas, e que a mortalidade neonatal (zero a 28 dias) é quase três vezes maior, além de risco muitas vezes maior de morbimortalidade no primeiro ano de vida³⁹.

Os principais mecanismos responsáveis pelo BPN são os de natureza biológica, como imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso inadequado durante a gestação e período gestacional curto, ou seja, a prematuridade. Além disso, fatores socioculturais, como pobreza e marginalidade social, combinados ao tabagismo, idade materna mais jovem, estado nutricional materno, estado marital, hipertensão arterial, paridade e menor número de consultas no pré-natal.^{38,11,12,13,14,15,16}

As crianças que sobrevivem têm alto risco de uma série de complicações ao longo de sua infância, e vida adulta, incluindo prejuízos mentais e visuais, autismo, paralisia cerebral, diabetes mellitus, disfunção imunológica e doença cardiovascular, obesidade e doença metabólica no adulto¹⁷. Além disso, para as meninas, há um risco adicional de terem RN de baixo peso quando se tornarem mães¹⁶.

Em relação a prematuridade, o resultado esperado de uma gestação é a obtenção de recém-nascido (RN) sadio com mínimo trauma para a mãe. Em algumas situações, isso não é possível, devido a complicações durante a gravidez ou parto, ou com o conceito⁴⁰. O parto pré-termo é definido como aquele cuja gestação termina entre a 20ª e a 37ª semanas ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação⁴¹.

A prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais. As causas que levam um bebê a nascer prematuro são

inúmeras, entre elas a idade materna, as condições socioeconômicas adversas, a desnutrição, a anemia ferropriva, as infecções do trato geniturinário, primiparidade jovem, alterações placentárias, excesso de líquido amniótico e doença hipertensiva na gravidez são as intercorrências que interferem no equilíbrio materno-fetal, contribuindo para aumentar os percentuais de parto pré-termo e de recém-nascidos de baixo peso⁴². Porém, na maioria dos casos, a causa é desconhecida ⁴¹.

A fragilidade dos recém-nascidos prematuros contribui para a possibilidade eminente de riscos, agravos e sequelas de diversos tipos com diferentes consequências e interveniências no processo do desenvolvimento e crescimento infantil ⁴¹. Assim, contribui para a ocorrência de problemas de desenvolvimento do sistema nervoso, disfunção pulmonar e complicações visuais, por exemplo ^{43 44}.

O parto pré-termo é intercorrência obstétrica com maior frequência entre adolescentes em comparação com gestantes de outras faixas etárias⁴⁵⁴⁶ as adolescentes têm 75% mais risco de ter parto prematuro que as mulheres adultas³⁸⁴⁷. Assim, o aumento dos índices de gravidez na adolescência pode contribuir para maior prevalência de parto pré-termo, apesar da etiologia dos aspectos obstétricos da prematuridade ser multifatorial.

Já em relação as complicações maternas, as adolescentes possuem mais chances de apresentar síndromes hipertensivas, anemia, estado nutricional comprometido, desproporção feto-pélvica, partos prematuros e problemas decorrentes de abortos provocados sem assistência adequada.^{23 48}.

Além disso, a vivência de uma gestação precoce e não desejada é acompanhada de outras importantes transformações, com implicações no ambiente familiar, levando a desajuste, impulsionando a família e a adolescente a reorganizarem seus projetos de vida, resultando na interrupção dos estudos e abandono do trabalho, acarretando dificuldades de inserção no mercado de trabalho, perpetuando a tendência à

pobreza, com consequentes riscos sociais para a mãe e para os seus dependentes⁴⁹.

No entanto, a maternidade na adolescência não é um episódio homogêneo e apresenta diferentes perspectivas. Dependendo do contexto social em que os adolescentes envolvidos vivem, o significado da gestação, assim como o impacto dessa experiência de vida na formação dos jovens, pode assumir diferentes contornos⁴⁹.

Dentre os mecanismos explicativos, encontram-se os de natureza biológica, como imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso inadequado durante a gestação e fatores socioculturais, como pobreza e marginalidade social, combinados ao estilo de vida adotado pela adolescente¹¹. Apesar da importante contribuição dos mecanismos biológicos e socioculturais, a falta de cuidados pré-natais das adolescentes, associada a pobreza e níveis baixos de instrução, tem mostrado papel preponderante na cadeia causal de resultados perinatais adversos.

O efeito que a gestação em adolescentes exerce sobre os resultados obstétricos e neonatais ainda é motivo de controvérsia^{50 51}. Enquanto alguns pesquisadores^{4 11} apontam que a imaturidade física e biológica da adolescente seja o fator de risco principal para complicações gestacionais e perinatais, a grande maioria^{52 25 53 54} aponta que a magnitude dessas intercorrências é consequência do grau de vulnerabilidade, ou seja, a situação socioeconômica, acesso à saúde, questões culturais e de gênero a que essa adolescente está exposta. Dessa forma, cabe-se a realização desse estudo, com o intuito de investigar mais a fundo fatores biológicos, como a idade das gestantes adolescentes.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, de corte transversal.

4.2 AMOSTRA A SER ESTUDADA

A população-alvo será composta de adolescentes entre 12 e 19 anos que foram admitidas para assistência ao parto no Instituto de Perinatologia da Bahia - IPERBA – de janeiro à dezembro de 2021.

- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adolescentes entre 12 e 19 anos que foram admitidas para assistência ao parto no Instituto de Perinatologia da Bahia - IPERBA – de janeiro a dezembro de 2021.

- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Gestantes adolescentes entre 12 e 19 anos sem o registro de peso ao nascimento de seus recém-nascidos, gestações múltiplas e gestação que culminou em natimorto.

4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa será estabelecida através da coleta de dados em prontuário médico de janeiro a dezembro de 2021, tomando por base uma ficha de coleta de dados desenvolvida pelos autores do projeto. (APÊNDICE 1), caracterizando amostra de conveniência.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram analisadas as seguintes variáveis:

- Dados sociodemográficos:

- Natureza qualitativa nominal:

Será questionado sobre a escolaridade, cor/raça (escala politômica); Situação conjugal e ocupação (escala dicotômica);

- Natureza quantitativa discreta:

Será questionado sobre a idade materna em anos (escala politômica)

- Antecedentes obstétricos:

- Natureza quantitativa discreta:

Será avaliado sobre o número de gestações anteriores, partos e abortamentos. (escala politômica)

- Hábitos de vida:

- Natureza qualitativa nominal:

Será avaliado sobre etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas (escala dicotômica)

- Dados da gestação:

- Natureza quantitativa discreta:

Será avaliado a quantidade de consultas pré-natal, dividido em intervalos: 0-3, 3-6 e mais de 6. (escala politômica).

- Natureza qualitativa nominal:

Será avaliado sobre a presença de complicações como: Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), anemia, infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sífilis, toxoplasmose e citomegalovírus (CMV). (Escala politômica).

- Dados do parto:

- Natureza qualitativa nominal:

Será avaliado sobre a via de parto: parto normal, cesáreo ou parto assistido por fórceps, vácuo extrator (escala politômica).

- Dados do recém-nascido:

- Natureza qualitativa nominal:

Sexo, se houve necessidade de manobras de reanimação, desconforto respiratório precoce do RN, necessidade de transferência para outro estabelecimento de maior complexidade (escala dicotômica); e destino do RN (escala politômica).

- Natureza quantitativa discreta:

Score de Apgar no 1º e 5º minuto (escala politômica).

- Natureza quantitativa contínua:

Peso ao nascer e idade gestacional ao nascimento em semanas. (escala politômica)

4.5 PLANO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram compilados no programa de *estatística Statistical Package for the Social Science* versão 14.0 (SPSS®14.0), disponível no laboratório de informática da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), com intuito de serem interpretados e analisados. Nesse contexto, foram formados dois grupos: Grupo 1,

composto por adolescentes com idade menor que 15 anos e o Grupo 2, formado por aquelas com idade maior ou igual a 15 anos.

Serão utilizadas medidas de frequência absoluta e relativa para descrever as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis quantitativas. A variável dependente será a idade das adolescentes; as demais informações das mães e do RN constituíram as variáveis independentes e, nesse contexto, foram analisadas para estimar possíveis associações entre elas e a variável dependente. O teste do qui-quadrado será utilizado para comparar variáveis categóricas entre si. O nível de significância estatística adotado será 5%, ou seja, valor de $P < 0,05$.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Projeto em apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), CAAE N^o 56355822.3.0000.5544. Todos os participantes foram dispensados do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), uma vez que se propõe um estudo retrospectivo, através de coleta de dados já existentes, sem contato com os pacientes.

5 RESULTADOS

O estudo incluiu 409 adolescentes admitidas para assistência ao parto em uma Maternidade Escola de Salvador, Bahia, no período de janeiro a dezembro de 2021. Entre as participantes, a média de idade foi de 17,37 anos, 12 (2,9%) possuem idade menor que 15 anos, e compõem o grupo 1 (adolescentes precoces), e 397 (97,1%) possuem idade entre 15 e 19 anos e compõem o grupo 2 (adolescentes tardias). Em relação aos dados sociodemográficos, podemos observar que 96,5% das participantes eram pardas ou negras, 48,9% cursavam o ensino médio e 95,6% se declaravam solteiras. Ao analisar as características obstétricas podemos observar que 80% das gestantes são primigestas, 51,3% realizaram mais de 6 consultas de pré-natal e 67,2% evoluíram para um parto normal. As complicações clínicas relatadas durante a gestação na amostra foram: Pré-eclâmpsia em 7,3%, sífilis em 5,9%, diabetes gestacional em 4,4% das pacientes e HIV em 0,7%. (Tabela 1)

Tabela 1. - Características sociodemográficas e obstétricas da amostra

Característica	n/N (%)
Idade (média)	17,37
Maiores de 15 anos	397/409 (97,1)
Escolaridade	
1º grau	137/409 (33,5)
2º grau	200/409 (48,9)
Superior	2/409 (0,5)
Não brancas	395/409 (96,5)
Sem parceiro fixo	391/409 (95,6)
Primigestas	327/409 (80)
Número de consultas de pré-natal	
0 – 3	68/409 (16,6)
3 – 6	124/409 (30,3)
Mais de 6	210/409 (51,3)
Evoluíram para Parto normal	275/409 (67,2)
Sífilis diagnosticada durante a gestação	24/409 (5,9)
HIV diagnosticada durante a gestação	3/409 (0,7)
Pré-Eclâmpsia	30/409 (7,3)
Diabetes Gestacional	18/409 (4,4)

n=número de adolescentes

N=número total da amostra

Ao comparar os resultados perinatais com a idade das adolescentes, se constatou, nessa amostra, uma maior associação de prematuridade entre as adolescentes mais jovens contudo, sem significância estatística (25% vs 9,8%; $p=0,088$). (Tabela 2)

Tabela 2. Resultados perinatais das adolescentes com relação a idade

Resultado perinatal	Menores de 15 anos n/N (%)	Maiores de 15 anos n/N (%)	Valor de p
Prematuridade	3/12 (25)	39/397 (9,8)	$p=0,088$ *
Baixo peso ao nascer	1/12 (9,1)	33/397 (8,3)	$p=0,929$ *
Apgar < 7 no primeiro minuto	1/12 (9,1)	18/397 (4,6)	$p=0,483$ *
Desconforto respiratório precoce	1/12 (9,1)	46/397 (11,7)	$p=0,950$ *
Necessidade de reanimação	1/12 (11,1)	17/397 (4,8)	$p=0,677$ *
Admissão em UTI	2/12 (18,2)	46/397 (11,7)	$p=0,515$ *

n=número de adolescentes

N=número total da amostra

* χ^2

6 DISCUSSÃO

A gravidez na adolescência ainda é um evento que ocorre com muita frequência e desperta preocupação devido as consequências que ela promove na vida das gestantes e do recém-nascido. Apesar de existirem muitos estudos sobre o tema, ainda persistem controvérsias sobre os motivos, biológicos ou sociais, que provocam as complicações gestacionais e perinatais. O presente estudo buscou investigar a idade da adolescente como um fator biológico que possa influenciar nos resultados perinatais desse grupo populacional.

A nossa amostra se formatou de grande maioria por adolescentes maiores de 15 anos, o que coincide com outros estudos da literatura atual como o estudo realizado no Ceará, que obteve uma amostra constituída por 322 (15,7%) adolescentes precoces e 1.736 (84,3%) tardias⁵³. Além disso, o presente estudo evidenciou que as adolescentes tardias apresentaram maior frequência de gravidez (97,1%) quando comparadas as adolescentes precoces. Essa maior possibilidade de gravidez em jovens entre 15 e 19 anos tem sido descrita em trabalhos mais recentes, como o realizado no Município de Santo André, Estado de São Paulo, que também obteve dados de que quanto maior a idade, maior o número de partos: 53,1% dos partos corresponderam à faixa de 18 a 19 anos; 37,8%, à faixa de 16 a 17 anos; 8,4% à faixa de 14 a 15 anos; e 0,7% à faixa de 12 a 13 anos⁴⁶.

Uma possível razão para tal fato é que estudos como o estudo de Moura (1991) e o estudo de Cerqueira-Santos (2007), mostraram que a idade média para a menarca diminuiu significativamente de 13 para 11 anos de idade em uma década e a sexarca está por volta dos 13 anos de idade⁵⁵ e ambos esses fatores em idades precoces contribuem para a gravidez na adolescência. Assim, também se tem notado cada vez mais uma precocidade da menarca e do início da vida sexual o que tem exposto essas meninas a uma maior possibilidade de gravidez.⁴⁹

Em relação aos dados sociodemográficos, os resultados encontrados também estão em concordância com a literatura atual. Nessa amostra observou-se que 81,4% das gestantes eram estudantes/do lar e 95,6% se declaravam solteiras. Isso pode ser explicado pela fase da vida em que se encontram, já que o período escolar ocorre dos 6 aos 18 anos, assim, espera-se que durante a adolescência, as jovens estejam frequentando a escola, e segundo o Código Civil o casamento só é permitido a partir dos 16 anos, com autorização dos pais ou a partir dos 18 anos, não sendo muito comum na adolescência.

Ao analisar os nossos dados podemos observar que 20% das gestantes já engravidaram antes. De forma semelhante, estudos mais recentes da literatura atual também têm observado esse resultado, como o estudo realizado em Campinas em que se observou que 21,6% das adolescentes já tinham um filho ou mais.⁹ Esses dados acendem um alerta, haja vista as implicações que uma gestação, nesse período, pode provocar na vida das jovens mulheres, como tem sido evidenciado em grande parte das pesquisas sobre a maternidade na adolescência que demonstram a associação de abandono escolar, taxas mais altas de desemprego e de pobreza com essa situação⁴⁸⁵⁶, que é vista como um mecanismo que contribui para transmissão e também como fator perpetuador dessas consequências dentro de um círculo vicioso.⁵⁷

Nessa amostra a maioria das participantes, 51,3%, realizaram mais de 6 consultas de pré-natal. Porém, ao comparar os dois grupos, notou-se que no grupo de adolescentes precoces houve uma menor frequência às consultas (menos de 6 consultas), em relação ao grupo das adolescentes tardias (mais de 6). De forma semelhante, foi observado em um estudo transversal realizado no Ceará, que o acesso ao pré-natal foi verificado na maioria das pacientes, no entanto, o número de consultas foi considerado insuficiente na maior parte dos casos: 63,9% (179/280) das adolescentes precoces e 58,8% (902/1.534) das tardias compareceram a menos de 6 consultas durante todo o acompanhamento pré-natal.⁵³ Uma possível explicação para essa baixa aderência ao pré-natal pode ser justificada pois muitas dessas jovens escondem e demoram em aceitar a gestação por vergonha e medo

da reação da família, negligenciando a participação no pré-natal e procurando atendimento médico tardiamente.⁵⁸

No que se refere a via de parto, este estudo demonstrou que 67,2% das pacientes evoluíram para parto normal. Essa prevalência do parto normal também foi verificada em outros estudos realizados com gestantes adolescentes, como o realizado no Rio Grande do Norte, onde foi evidenciada uma incidência de parto normal significativamente maior nos grupos dos extremos de idade: adolescentes de 10 a 19 anos e mulheres com mais de 35 anos. Além disso, observou-se uma menor frequência de cesárea no grupo das adolescentes (20,3%) em relação aos demais grupos.⁷

Em relação as intercorrências que podem ocorrer na gestação, no presente estudo destacaram-se pré-eclâmpsia, sífilis e diabetes gestacional. De forma semelhante, um estudo realizado em São Luís, Maranhão, relatou que 36,8% das adolescentes que participaram apresentaram algum tipo de intercorrência estando presente sífilis (2,1%), diabetes (1,6%), e, entre as mais citadas, pré-eclâmpsia com 17,2%.

A gravidez na adolescência, especialmente na adolescência precoce (< 15 anos), tem sido associada a uma frequência aumentada de resultados obstétricos adversos, tais como baixo peso ao nascer, parto prematuro, morte materna e perinatal, pré-eclâmpsia e parto cirúrgico.³⁷ No presente estudo, entre as variáveis estudadas, notou-se uma maior possibilidade de prematuridade entre gestantes mais novas, porém, sem significância estatística ($p=0,088$), o que corrobora com a literatura atual que evidencia em alguns estudos uma maior frequência de prematuridade em adolescentes precoces, como observado em Montes Claros, onde verificou-se uma frequência de parto antes do termo de 9,89% entre 10 e 14 anos e 7,36% entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade.⁴⁷

Ao avaliar o APGAR no primeiro minuto dos recém-nascidos (RNs), e a necessidade de manobras de reanimação, nesse estudo não se observou diferença dessas

variáveis com relação a idade da adolescente. De forma contrária, na literatura atual encontrou-se uma maior probabilidade de APGAR baixo (menor que 7) nas adolescentes precoces, como no estudo realizado no Ceará em que 308 (15,1%) RNs nasceram com índice de APGAR no primeiro minuto menor que 7, sendo 64 (19,9%) no grupo das adolescentes precoces e 244 (14,2%) das tardias ($p=0,008$)⁵³, o que possivelmente implica maior necessidade de reanimação, já que o índice de Apgar baixo (menor que 7) indica que o recém-nascido requer assistência imediata a fim de minimizar as sequelas por falta de oxigenação cerebral.⁵⁹

Por fim, em relação aos demais resultados perinatais estudados, o presente estudo também não obteve valores estatisticamente significantes para provar essa associação. Das variáveis estudadas observou-se apenas uma maior probabilidade de prematuridade entre as adolescentes precoces e sem significância estatística. O estudo teve como limitação o pequeno número de adolescentes precoces na amostra, que pode comprometer a inferência estatística. Além disso, a sua natureza observacional retrospectiva trouxe dificuldades pela inconsistência ou falta de registros em prontuários.

Dessa forma, considerando que ambos os grupos foram de forma semelhantes expostos a outros fatores de riscos gestacionais, principalmente sociais, futuros estudos ainda são necessários para investigar a relação da idade com a ocorrência de resultados perinatais adversos entre gestantes adolescentes.

Esses resultados não excluem a influência dos fatores biológicos nesse processo, sendo necessário outros estudos, porém, acendem um alerta para as autoridades governamentais sobre a necessidade de direcionar recursos e planejar ações voltadas a redução desses fatores socioeconômicos, que além de influenciar a gravidez na adolescência tornam-se, também sua consequência, gerando um ciclo vicioso.

7 CONCLUSÃO

No presente estudo não foi identificada influência significativa da idade nos resultados perinatais entre gestantes adolescentes. Concluiu-se que entre as gestantes precoces (menores que 15 anos) e tardias (entre 15 e 19 anos), em relação a ocorrência dos desfechos perinatais estudados, se observou uma maior associação com a prematuridade nas adolescentes mais jovens, contudo, sem significância estatística.

8 REFERÊNCIAS

1. Dos Santos GHN, Martins MDG, Sousa MDS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. *Rev Bras Ginecol e Obstet.* 2008;30(5):224–31.
2. Gallo JH da S. Gravidez na adolescência: a idade materna, consequências e repercussões. *Rev Bioética.* 2011;19(1):179–95.
3. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad [Internet]. Oficina de publicaciones de la OMS. 2000. p. 1–134. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf
4. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. “Association of Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcomes.” *Stud Fam Plann.* 1995;26(3):186.
5. Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol.* 2000;96(6):962–6.
6. McAnarney ER. Commentary on teenage pregnancy: Comparison with two groups of older pregnant women. *J Adolesc Heal.* 1991;12(2):82–3.
7. Azevedo GD de, Freitas Júnior RA de O, Freitas AKMS de O, Araújo ACPF de, Soares EMM, Maranhão TM de O. Efeito da Idade Materna sobre os Resultados Perinatais. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2002;24(3):181–5.
8. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2002;28(2):84–8.
9. Carniel EDF, Zanolli MDL, De Almeida CAA, Morcillo AM. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2006;6(4):419–26.
10. Simões VMF, Silva AAM da, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev*

Saude Publica. 2003;37(5):559–65.

11. Roth J, Hendrickson J, Schilling M, Stowell DW. Articles. 1998;68(7):271–5.
12. Zambonato AMK, Pinheiro RT, Horta BL, Tomasi E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional TT - Risk factors for small-for-gestational age births among infants in Brazil. Rev Saude Publica [Internet]. 2004;38(1):24–9. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100004&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org/pdf/rsp/v38n1/18448.pdf%0Ahttp://www.scielo.org/pdf/rsp/v38n1/en_18448.pdf
13. Emanuel I, Kimpo C, Mocerri V. The association of maternal growth and socio-economic measures with infant birthweight in four ethnic groups. Int J Epidemiol. 2004;33(6):1236–42.
14. Ferraz T da R, Neves ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. Rev Gaucha Enferm. 2011;32(1):86–92.
15. Lizo, Cesar L. P; Lizo, Zuleika Azevedo, Elizabeth Aronson³ CAMS. Relação entre ganho de peso materno e peso do recém-nascido. J Pediatr J pediater (Rio J) [Internet]. 1998;74(742):114–8. Available from: <http://www.jped.com.br/conteudo/98-74-02-114/port.pdf>
16. Moraes AB de. Baixo Peso De Nascidos Vivos No Rio Grande Do Sul , Brasil : Uma Análise Estatística Multinível. 2007;168.
17. Wallace JM, Aitken RP, Milne JS, Hay WW. Nutritionally mediated placental growth restriction in the growing adolescent: Consequences for the fetus. Biol Reprod. 2004;71(4):1055–62.
18. Ministério da Saúde. Marco Legal Saúde, Um Direito De Adolescentes [Internet]. Ministério da Saude. 2007. 60 p. Available from: <http://www.saude.gov.br/editora>
19. Fagan B. Revision, Revision. Writ Archaeol. 2021;12(4):107–24.
20. Cruz EC, Lien TT. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. Rev Cuba

Obstet y Ginecol. 2002;28(1):5–10.

21. Ferraz EA, Ferreira IQ. PESQUISA NACIONAL SOBRE DEMOGRAFIA E SAÚDE PNDS 1996 ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DOS JOVENS COM EXPERIÊNCIA SEXUAL PRÉ-MARITAL. 1996;1–30.
22. Ciampo L, Ricco RG, Cesar J, Ferraz IS. Tendência secular da gravidez na adolescência *. 2004;(January).
23. Cannon L, Serra A. Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional. ... Juv Bras ... [Internet]. 1999; Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=247263&indexSearch=ID>
24. Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Andrea M, Goldani MZ, Ribeiro ERO. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada TT - Perinatal health: methodology and some characteristics of the population studied. Rev Saude Publica [Internet]. 1998;32(1):18–28. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000100003&lang=pt%5Cnhttp://www.scielosp.org/pdf/rsp/v32n1/2385.pdf
25. Gama SGN da, Szwarcwald CL, Leal M do C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. Cad Saude Publica. 2002;18(1):153–61.
26. Mariotoni GGB, Barros Filho AA. Peso ao nascer e características maternas ao longo de 25 anos na Maternidade de Campinas TT - Birth weight and maternal characteristics at the Maternity of Campinas along 25 years. J pediatr (Rio J) [Internet]. 2000;76(1):55–64. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-268322>
27. de Silva AA, Coimbra LC, da Silva RA, Alves MT, Lamy Filho F, Carvalho Lamy Z, et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública. 2001;17(6):1413–23.
28. SCHMITT GM, GONÇALVES HCB, SILVA JDI da, SOARES PPD, VIEIRA R da S, RIBEIRO V, et al. Consequências Da Gravidez Na Adolescência : Uma Sociedade Conservadora. 2018;1099–108.

29. Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Wen LY, Reis PM dos, Chiaratti TM, et al. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes TT - Medical care for teenage mothers during pregnancy and at delivery. *Cad Saude Publica* [Internet]. 1992;8(4):404–13. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000400006&lang=pt%5Cnhttp://www.scielosp.org/pdf/csp/v8n4/v8n4a06.pdf
30. Ribeiro ER, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AA da. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):136–42.
31. Gama SGN da, Szwarcwald CL, Leal M do C, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saude Publica*. 2001;35(1):74–80.
32. Montessoro AC, Blixen CE. Public policy and adolescent pregnancy: A reexamination of the issues. *Nurs Outlook*. 1996;44(1):31–6.
33. Badiani R, Ferreira IQ, Ochoa LH, Et Al. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996. *Pesqui Nac sobre Demogr e Saúde*, 1996. 1997;102.
34. Fleming RA. Idade materna : resultados perinatais e via de parto.
35. RA L, JdS F, LAT N, LC R. Prevalence of neonatal morbidity and complications according to birth weight and gestational age of infants from a follow-up service. *Rev Atencao Primaria a Saude* [Internet]. 2010;13(3):277-290 14p. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104972142&site=ehost-live>
36. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: A review and meta-analysis. *J Adolesc Heal*. 1994;15(6):444–56.
37. Santos MMA de S, Baião MR, de Barros DC, Pinto A de A, Pedrosa P la M, Saunders C. Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):143–54.

38. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(2):342–9.
39. Amaya J, Borrero C, Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2005;56(3):216–24.
40. Cunha A de A, Fernandes D de S, Melo PF de, Guedes MH. Fatores associados à asfixia perinatal. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2004;26(10):799–805.
41. Hac R, Rkn C, Kenji Nakamura Cuman R. Prematuridade e fatores de risco Prematuridade. *Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(132):297–304.
42. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância Adolescência. Adolescência Uma fase de oportunidades todos juntos pelas crianças [Internet]. 2011. 148 p. Available from: https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf
43. Escobar GJ, Clark RH, Greene JD. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: We need to ask more questions. *Semin Perinatol.* 2006;30(1):28–33.
44. Ananth C V., Joseph KS, Demissie K, Vintzileos AM. Trends in twin preterm birth subtypes in the United States, 1989 through 2000: Impact on perinatal mortality. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(3 SUPPL.):1076.e1-1076.e9.
45. Baramarchi FM. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina , Brasil , no ano de 2005 : análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Prematurity and associated factors in Santa Catarina State , Brazil , in 2005 : an analysis based o. 2008;24(5):1024–32.
46. Duarte CM, Do Nascimento VB, Akerman M. Gravidez na adolescência e exclusão social: Análise de disparidades intra-urbanas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2006;19(4):236–43.
47. Goldenberg P, Figueiredo M do CT, Silva R de S e. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad*

Saude Publica. 2005;21(4):1077–86.

48. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida M da C, Araújo J, et al. Adolescence and reproduction in Brazil: the heterogeneity of social profiles. *Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública*. 2003;19 Suppl 2:377–88.
49. Resta DG, Marqui ABT de, Colomé IC dos S, Jahn A do C, Eisen C, Hesler LZ, et al. Maternidade Na Adolescência : Significado E Implicações * Maternity in Adolescence : Meanings and Implications. *Rev Min Enferm*. 2010;14(1):68–74.
50. Goldenberg RL, Klerman L V. Adolescent Pregnancy — Another Look. *N Engl J Med*. 1995;332(17):1161–2.
51. Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Azevedo GD de, Marcolin AC. A Adolescente Grávida : Alguns Indicadores Sociais Pacientes e Métodos. *Rev Bras Ginecol e Obs*. 2002;24(9):609–14.
52. Stevens-Simon C, Beach RK, McGregor JA. Does incomplete growth and development predispose teenagers to preterm delivery? A template for research. *J Perinatol*. 2002;22(4):315–23.
53. Magalhães MDLC, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho FHC, De Almeida FML, Mattar R, et al. Gestação na adolescência precoce e tardia - Há diferença nos riscos obstétricos? *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2006;28(8):446–52.
54. Souza AI de. Nutrição em obstetrícia e pediatria. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004;4(2):203–4.
55. Cerqueira-Santos E, dos Santos Paludo S, dei Schirò EDB, Koller SH. Gravidez na adolescência: Análise contextual de risco e proteção. *Psicol em Estud*. 2010;15(1):72–85.
56. Lima CTB, Feliciano KV de O, Carvalho MFS, Souza APP de, Menabó J de BC, Ramos LS, et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004;4(1):71–83.

57. Ozella S. Adolescência: uma perspectiva crítica [Internet]. Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas. 2002. 16–24 p. Available from: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/01/adolescencia1.pdf>
58. Orvos H, Nyirati I, Hajdú J, Pál A, Nyári T, Kovács L. Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome? *J Perinat Med*. 1999;27(3):199–203.
59. Gaíva MAM, Bittencourt RM, Fujimori E. Obito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos". *Rev Gaucha Enferm*. 2013;34(4):91–7.

APÊNDICE 1 – FICHA DE COLETA DE DADOS**A. Dados sociodemográficos**

Idade: _____

Nível de Escolaridade: Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior ()

Cor/raça: Branca () Parda () Negra () Indígena ()

Estado Civil: Solteira () União consensual ()

Ocupação: Estudante/do lar () Trabalha ()

B. Antecedentes Obstétricos

Gestações: _____ Partos: _____ Abortamentos: _____

C. Dados da gestação

Número de consultas pré-natal: 0-3 () 3-6 () mais de 6 ()

Complicações: DHEG () Diabetes gestacional () Anemia () HPV ()

HIV () Sífilis () toxoplasmose () Citomegalovírus ()

D. Dados do Parto

Normal () Cesárea () Assistido fórceps () vácuo extrator ()

E. Dados do Recém-Nascido

Sexo: Feminino () Masculino ()

Manobras de reanimação: Sim () Não ()

Desconforto respiratório precoce: Sim () Não ()

Transferência para outra unidade: Sim () Não ()

Malformação congênita: sim () Não ()

Destino do RN: AC () BO () USIN ()

Apgar 1o Min _____ Apgar 5o Min_____

Peso ao nascer (em g) _____

Idade gestacional (em semanas) _____