

## Gravidez na adolescência no Brasil: fatores associados à idade materna

Thamara de Souza Campos Assis <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6207-5962>

Katrini Guidolini Martinelli <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0894-3241>

Silvana Granado Nogueira da Gama <sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9200-0387>

Edson Theodoro dos Santos Neto <sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7351-7719>

<sup>1,2,4</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Medicina Social. Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Marechal Campos, 1468. Maruípe. Vitória, ES, Brasil. CEP: 29.040-090. E-mail: thamarasc@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

### Resumo

*Objetivos:* descrever características maternas, comportamentos de risco, dados obstétricos, de pré-natal e parto de puérperas adolescentes do Brasil (12-16 anos e 17-19 anos).

*Métodos:* estudo transversal, de base hospitalar; a partir de dados do estudo “Nascer no Brasil” composto por puérperas adolescentes e por seus recém-nascidos, em todas as regiões do país. Utilizou-se o teste qui-quadrado para comparar as adolescentes de 12-16 anos com as de 17-19 anos.

*Resultados:* as gestantes de 12-16 anos viviam mais na região Nordeste do país ( $p=0,014$ ), nelas foi mais frequente não ter companheiro ( $p<0,001$ ), engravidar sem intenção ( $p<0,001$ ), apresentar escolaridade inadequada para a idade ( $p=0,033$ ), realizar menos de seis consultas de pré-natal ( $p=0,021$ ), a episiotomia ( $p=0,042$ ) e a prematuridade espontânea ( $p=0,014$ ).

*Conclusão:* as puérperas na faixa etária de 12-16 anos apresentavam mais condições de vulnerabilidade socioeconômica, atenção menos adequada no pré-natal e parto, além de complicações neonatais de seus bebês, sinalizando a necessidade de atenção multiprofissional a essas adolescentes.

**Palavras-chave** Gravidez na adolescência, Cuidado pré-natal, Parto, Comportamento de risco



## Introdução

A gravidez na adolescência permanece como tema de relevância no âmbito da saúde reprodutiva brasileira<sup>1</sup> por apresentar alta prevalência e por ser uma das principais causas de morbimortalidade de mulheres nessa faixa etária.<sup>2</sup> De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil tem uma das maiores taxas de gravidez na adolescência da América Latina e, embora tenha apresentado diminuição nos últimos anos, ainda são 68,4 nascidos vivos a cada mil meninas de 15 a 19 anos em 2016.<sup>3</sup>

Em 2010, quase 20% de todos os nascimentos no Brasil eram de parturientes adolescentes, enquanto em 2019 a proporção foi de 14,72%. A maior diminuição se deu na faixa etária de 15 a 19 anos. As adolescentes mais jovens, de 10 a 14 anos, apresentaram proporções abaixo de 1% e com uma tendência a diminuição mais discreta.<sup>4</sup>

As grávidas adolescentes costumam ter acesso mais inadequado ao pré-natal, tendendo iniciá-lo mais tardiamente e ter um menor número de consultas, quando comparadas às adultas.<sup>5,6</sup> No Brasil, assim como em outros países, é maior a probabilidade de parto prematuro, baixo peso ao nascer, mortalidade materna e neonatal em gestante adolescente.<sup>7,8</sup> Também é maior a chance de outras intercorrências durante a gravidez como infecções urinárias, abortamento, pré-eclâmpsia, doença hipertensiva associada à gravidez e ruptura prematura de membranas.<sup>9-11</sup>

Estudos corroboram que mulheres com idade acima de 16 anos têm o desempenho obstétrico semelhante ao das mulheres adultas e, portanto, menos desfechos neonatais e maternos desfavoráveis do que as mais novas.<sup>5,12</sup> Assim, o objetivo deste estudo é descrever características maternas, comportamentos de risco, dados obstétricos, de pré-natal e parto de puérperas adolescentes do Brasil (12-16 anos e 17-19 anos).

## Métodos

O método adotado para a análise é o de estudo transversal, cujos dados foram obtidos de uma pesquisa nacional de base hospitalar “Nascer no Brasil”, coletados de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. A amostra envolve as puérperas e seus recém-nascidos, e foi selecionada em três estágios. No primeiro, incluiu-se hospitais com mais de 500 partos/ano, estratificados segundo macrorregiões do país (Norte, Sul, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste), localização (capital ou interior) e tipo de serviço (público,

privado ou misto). No segundo estágio, definiu-se o número de dias necessários para entrevistar 90 puérperas em cada um dos 266 hospitais selecionados previamente (mínimo de 7 dias), utilizando o método de amostragem inversa e, no terceiro estágio, selecionou-se as puérperas e seus conceptos.<sup>13</sup>

Foram consideradas, nesta análise, todas as puérperas com idade menor que 20 anos. As informações foram extraídas das entrevistas com as puérperas durante a internação hospitalar, por meio de questionário eletrônico; dos dados do cartão pré-natal, que foram fotografados e transcritos para formulário padrão; e dos prontuários materno e neonatal. Estes últimos foram coletados após a alta da mulher ou no 42º dia de internação hospitalar e/ou após alta ou 28º dia de internação do recém-nascido.<sup>14</sup>

Utilizou-se como variáveis sociodemográficas: escolaridade materna (adequada/ inadequada para a idade do adolescente), classificação econômica segundo a Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (classes econômicas A/B - alta, C - média, D/E - baixa), raça/cor autorreferida (branca, preta, parda, amarela e indígena), Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional - Kg/m<sup>2</sup> (<18,5 - baixo peso; 18,5-24,9 - normal; 25,0-29,9 - sobrepeso; 30,0 ou mais - obeso), região de moradia (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), situação conjugal (sem companheiro e com companheiro) e trabalho remunerado (sim e não). Para o comportamento de risco materno foi considerado: uso de fumo durante a gestação (sim e não) e suspeição de uso inadequado de álcool (sim, quando a mulher obteve dois pontos ou mais em um total de sete utilizando o instrumento *Tolerance Worry Eye-opener Annoyed Cut-down* (TWEAK) e não, quando ela não utilizou álcool durante a gestação ou obteve apenas um ponto).<sup>15</sup>

As variáveis relacionadas ao pré-natal e ao parto foram: local do pré-natal (apenas público/alguma no privado/não fez pré-natal), mesmo profissional no pré-natal e parto (sim/não), tipo de financiamento do parto (público/privado), peregrinação para o parto - não conseguiu ser atendida na primeira maternidade procurada para o parto (sim/ não) e tipo de parto (vaginal ou fórceps/cesariana). Para as mulheres com parto vaginal também foram analisadas as variáveis: episiotomia, laceração e manobra de Kristeller, todas com as categorias sim/não.

O pré-natal foi avaliado de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.<sup>16</sup> Considerou-se o trimestre para início da assistência à gestante (1º trimestre/2º trimestre/3º trimestre/não fez pré-natal), o número total de consultas que consta no cartão da gestante (menos de 06

consultas/06 consultas ou mais/não fez pré-natal), adequação do pré-natal levando em consideração o número de consultas esperada para a idade gestacional (inadequado/ parcialmente adequado/ adequado/ mais que adequado) e pelo menos um dos seguintes exames de rotina pré-natal: sorologia para sífilis, glicemia de jejum, urina, sorologia para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e ultrassonografia.

Como doenças pré-gestacionais foram incluídas: hipertensão, diabetes e doença cardíaca. As complicações da gravidez abordadas foram: doença hipertensiva (hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou síndrome HELLP), diabetes, infecção urinária, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta e sífilis, todas classificadas em presente ou ausente. Quanto aos antecedentes obstétricos foram considerados históricos de cesárea/aborto/prematuridade/baixo peso, classificados em presente ou ausente.

Além das complicações maternas, verificou-se também algumas complicações neonatais da gravidez na adolescência, como baixo peso ao nascer ( $\leq 2.500$  kg) e idade gestacional do parto - prematuridade (menor que 37 semanas) espontânea e induzida; termo precoce (entre 37 e 38 semanas) espontâneo e induzido; termo (39 a 41 semanas) - sendo consideradas presente ou ausente. Todas as análises foram realizadas segundo a idade, categorizada em: 12 a 16 anos e 17 a 19 anos. Esse ponto de corte foi definido uma vez que alguns estudos afirmam que mulheres acima de 16 anos têm desempenho obstétrico semelhante à das mulheres adultas.<sup>5,12</sup>

Para verificar a diferença de proporções entre os grupos e as características socioeconômicas do pré-natal, parto, doenças pré-gestacionais e antecedentes obstétricos utilizou-se a análise inferencial bivariada, sendo aplicado o teste qui-quadrado com ajuste de *Rao-Scott* baseado no plano amostral, para comparação entre as variáveis nominais, com nível de significância 5% ( $p < 0,05$ ).

O desenho complexo da amostragem foi levado em consideração durante toda a análise estatística. Além disso, cada estrato de seleção recebeu um procedimento de calibração por razão de pesos amostrais básicos para assegurar que a distribuição das puérperas fosse semelhante àquela observada nos nascimentos da população amostrada em 2011, derivando percentuais ponderados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, sob nº 92/2010. Obteve-se o consentimento digital de cada puérpera após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido

antes da entrevista. A análise secundária dos dados realizada neste artigo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob nº 3.565.689/2019.

## Resultados

Participaram deste estudo 4.571 puérperas adolescentes com idade mínima de 12 anos, sendo 1.375 adolescentes de 12 a 16 anos e 3.196 adolescentes de 17 a 19 anos.

No que diz respeito às características maternas e comportamento de risco, as adolescentes, majoritariamente, eram da classe econômica C (média), pardas, tinham escolaridade inadequada para a idade e viviam com companheiro. Ao comparar as adolescentes de 12 a 16 anos com as de 17 a 19 anos foi possível observar que as mais jovens apresentaram maiores percentuais de escolaridade inadequada ( $p=0,033$ ), baixo peso pelo IMC ( $p=0,014$ ), residentes na região Nordeste ( $p=0,014$ ), sem companheiro ( $p<0,001$ ) e sem trabalho remunerado ( $p<0,001$ ). Enquanto as mais velhas apresentaram maior percentual de fumo na gestação ( $p=0,007$ ) e obesidade ( $p=0,014$ ) (Tabela 1).

Sobre a atenção pré-natal, grande parte das adolescentes recebeu assistência apenas em serviços públicos de saúde e não foram atendidas pelo mesmo profissional no pré-natal e parto; o início ocorreu na mesma proporção no 1º trimestre e no 2º trimestre e compareceram a seis ou mais consultas. O percentual de realização dos exames de HIV, sífilis, Elementos Anormais do Sedimento (EAS) e glicemia jejum variou de 55,4% a 63,2%, segundo registro no cartão da gestante. Em relação ao parto, apenas 5,4% deles ocorreram em maternidades privadas e 62,9% foram por via vaginal. Observa-se, ainda, que as puérperas de 12 a 16 anos apresentaram maior proporção de menos de seis consultas de pré-natal ( $p=0,021$ ), inadequação do pré-natal ( $p=0,006$ ), peregrinação para o parto ( $p=0,041$ ) e realização de episiotomia ( $p=0,042$ ). Por outro lado, aquelas com idade de 17 a 19 anos apresentaram maior proporção de laceração ( $p=0,015$ ) (Tabela 2).

Em relação aos antecedentes obstétricos e complicações maternas e neonatais as adolescentes, em geral, eram primíparas, não desejaram a gravidez e, a complicação mais recorrente foi a infecção urinária. Ao comparar os dois grupos, é possível observar que nas mais jovens foi mais frequente a primiparidade ( $p<0,001$ ), a gravidez não intencionada ( $p<0,001$ ) e a prematuridade espontânea ( $p=0,014$ ). Enquanto que nas mais velhas foi maior a

frequência de aborto anterior ( $p<0,001$ ), histórico de baixo peso ao nascer e de prematuridade ( $p<0,001$ ), além de cesarianas prévias ( $p<0,001$ ) (Tabela 3).

**Tabela 1**

Análise das características maternas e comportamento de risco das puérperas adolescentes, Nascer no Brasil. Brasil, 2011-12.

Variáveis	Total (N=4.571)		12-16 anos (N=1.375)		17-19 anos (N=3.196)		p
	n	%	n	%	n	%	
<i>Características maternas</i>							
Escolaridade (n=4.362)							0,033
Adequada para a idade	1569	36,0	437	33,9	1132	36,8	
Inadequada para a idade	2793	64,0	853	66,1	1940	63,2	
Classificação econômica (n=4.535)							0,097
Classe D+E	1576	34,8	529	38,9	1047	33,0	
Classe C	2465	54,3	709	52,1	1757	55,3	
Classe A+B	494	10,9	123	9,0	372	11,7	
Cor da pele (n=4.570)							0,434
Branca	1242	27,2	349	25,4	893	27,9	
Preta	405	8,9	121	8,8	283	8,9	
Parda	2847	62,3	874	63,6	1973	61,8	
Amarela	45	1,0	15	1,1	30	0,9	
Indígena	31	0,7	15	1,1	16	0,5	
IMC pré-gestacional (Kg/m <sup>2</sup> ) (n=4.537)							0,014
< 18,5	395	8,7	143	10,5	252	7,9	
18,5 – 24,9	2768	61,0	824	60,4	1944	61,3	
25,0 – 29,9	962	21,2	303	22,2	659	20,8	
≥ 30	412	9,1	95	7,0	318	10,0	
Região (n=4.571)							0,014
Norte	614	13,4	175	12,7	438	13,7	
Nordeste	1467	32,1	511	37,2	957	29,9	
Sudeste	1686	36,9	469	34,1	1217	38,1	
Sul	493	10,8	133	9,7	360	11,3	
Centro-oeste	311	6,8	87	6,3	224	7,0	
Situação conjugal (n=4.568)							<0,001
Sem companheiro	1435	31,4	529	38,6	905	28,3	
Com companheiro	3133	68,6	843	61,4	2290	71,7	
Trabalho remunerado (n=4.568)							<0,001
Sim	538	11,8	56	4,1	482	15,1	
Não	4030	88,2	1317	95,9	2713	84,9	
<i>Comportamento de risco</i>							
Fumo durante a gestação (n=4.568)							0,007
Sim	394	8,6	90	6,6	305	9,5	
Não	4174	91,4	1284	93,4	2891	90,5	
Uso inadequado de álcool durante gestação (n=4.451)							0,322
Sim	505	11,3	132	9,9	373	12,0	
Não	3946	88,7	1204	90,1	2742	88,0	

Tabela 2

Análise do pré-natal e parto das puérperas adolescentes, Nascer no Brasil. Brasil, 2011-12.

Variáveis	Total (N=4.571)		12-16 anos (N=1.375)		17-19 anos (N=3.196)		p
	n	%	n	%	n	%	
	<i>Características do pré-natal</i>						
Local do pré-natal (n=4.555)							0,091
Apenas público	4037	88,3	1238	90,0	2799	87,6	
Alguma consulta no privado	455	9,9	109	7,9	345	10,8	
Não fez pré-natal	63	1,4	20	1,5	43	1,3	
Mesmo profissional no pré-natal e parto (n=4.567)							0,199
Sim	341	7,5	90	6,6	251	7,9	
Não	4226	92,5	1283	93,4	2943	92,1	
Início pré-natal (n=4.518)							0,149
1º trimestre	2122	46,4	576	41,9	1546	48,4	
2º trimestre	2117	46,3	681	49,5	1436	44,9	
3º trimestre	216	4,6	78	5,7	138	4,3	
Não fez pré-natal	63	1,4	20	1,5	43	1,3	
Número de consultas (n=4.495)							0,021
Menos de 6 consultas	1692	39,0	587	43,2	1104	35,1	
Mais de 6 consultas	2741	61,0	750	55,3	1990	63,4	
Não fez pré-natal	62	1,4	20	1,5	43	1,4	
Adequação do pré-natal (n=4.454)							0,006
Inadequado/parcialmente adequado	2105	47,3	711	53,0	1394	44,8	
Adequado/mais que adequado	2349	52,7	630	47,0	1719	55,2	
Registro no Cartão de exames							
Glicemia	2739	59,9	786	57,2	1953	61,1	0,052
EAS	2799	61,2	825	60,0	1974	61,7	0,528
Sífilis	2887	63,2	842	61,2	2045	64,0	0,183
HIV	2534	55,4	737	53,6	1797	56,2	0,342
Realizou ultrassonografia obstétrica (n=4.553)							0,072
Sim	4361	95,4	1294	94,0	3067	96,0	
Não	129	2,8	52	3,8	77	2,4	
Não fez pré-natal	63	1,4	20	1,5	43	1,3	
<i>Características do parto</i>							
Tipo de financiamento do parto (n=4.571)							0,942
Público	4325	94,6	1302	94,7	3023	94,6	
Privado	246	5,4	73	5,3	173	5,4	
Peregrinação para o parto (n=4.564)							0,041
Sim	973	21,3	319	23,2	655	20,5	
Não	3591	78,7	1053	76,7	2538	79,5	
Tipo de parto (n=4.571)							0,085
Vaginal / <i>Fórceps</i>	2875	62,9	896	65,2	1978	61,9	
Cesariana	1696	37,1	478	34,8	1218	38,1	
Episiotomia* (n=2.873)							0,042
Sim	1609	35,2	543	39,5	1066	33,4	
Não	1264	27,7	354	25,7	910	28,5	
Laceração* (n=2.873)							0,015
Sim	616	21,4	162	18,1	454	23,0	
Não	2257	78,6	735	81,9	1522	77,0	
Manobra de Kristeller* (n=2.873)							0,552
Sim	96	3,3	26	2,9	70	3,5	
Não	2777	96,7	871	97,1	1906	96,5	

\*Somente para mulheres que tiveram parto vaginal.

Tabela 3

Análise dos antecedentes obstétricos e complicações maternas e neonatais, Nascer no Brasil. Brasil, 2011-12.

Variáveis	Total (N=4.571)		12-16 anos (N=1.375)		17-19 anos (N=3.196)		p
	n	%	n	%	n	%	
<i>Antecedentes obstétricos</i>							
Número de gestações (n=4.570)							<0,001
Primíparas	3721	81,4	1285	93,5	2436	76,2	
≥ 2 gestações	849	18,6	90	6,6	760	23,9	
Intenção de engravidar (n=4.539)							<0,001
Sim	1574	34,7	407	29,9	1167	36,7	
Não	2965	65,3	953	70,0	2011	63,3	
Doenças pré-existentes							
Hipertensão pré-gestacional	83	1,8	29	2,1	54	1,7	0,572
Diabetes pré-gestacional	26	0,6	10	0,7	16	0,5	0,400
Doença cardíaca	15	0,3	5	0,4	10	0,3	0,864
História obstétrica anterior							
Aborto	360	7,9	61	4,4	299	9,4	<0,001
Baixo peso ao nascer	114	2,5	11	0,8	103	3,2	<0,001
Prematuridade	94	2,1	11	0,8	83	2,6	<0,001
Cesárea	292	6,4	39	2,8	253	7,9	<0,001
<i>Complicações maternas</i>							
Infecção de urina	724	15,8	219	15,9	505	15,8	0,953
Doença hipertensiva na gestação	338	7,4	87	6,3	251	7,9	0,079
Placenta Prévia	11	0,2	4	0,3	7	0,2	0,840
Diabetes gestacional	205	4,5	54	3,9	151	4,7	0,269
Eclâmpsia	24	0,5	9	0,7	15	0,5	0,616
Descolamento prematuro da placenta	49	1,1	20	1,5	29	0,9	0,243
Sífilis	41	0,9	8	0,6	33	1,0	0,128
<i>Complicações neonatais</i>							
Baixo peso ao nascer	461	10,2	141	10,4	320	10,1	0,712
Idade gestacional (n=4.571)							0,014
Prematuridade espontânea	464	10,2	183	13,3	281	8,8	
Prematuridade por intervenção obstétrica	133	2,9	34	2,5	99	3,1	
Termo precoce espontâneo	1037	22,7	310	22,5	727	22,7	
Termo precoce por intervenção obstétrica	396	8,7	117	8,5	279	8,7	
Termo	2541	55,6	731	53,2	1810	56,6	

## Discussão

A proporção de adolescentes da amostra “Nascer no Brasil” foi de 19,1%.<sup>17</sup> No Brasil, o percentual de gravidez na adolescência em relação ao total de nascimentos vem diminuindo: 19,3% em 2010 e 17,5% em 2016, entretanto, a distribuição é desigual no país.<sup>18</sup> Estudo de geoprocessamento que analisou

a variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil evidenciou que as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste apresentaram medianas mais elevadas de fecundidade na adolescência em mulheres de 15 a 19 anos - (93,5/1.000, 73,1/1.000 e 69,3/1.000, respectivamente) - assim como mães adolescentes com escolaridade inferior a oito anos de estudo.<sup>19</sup>

Isso ocorre porque a taxa de fecundidade das adolescentes vai em direção oposta ao nível de escolaridade. Estudo realizado no Rio de Janeiro com 59.600 nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens apontou que adolescentes que engravidavam com escolaridade inadequada tinham mais chance de engravidar novamente (RR=2,1; IC95%=1,8-2,4).<sup>20</sup> Adolescentes grávidas e que possuíam histórico de violência apresentavam escolaridade mais baixa, maior abandono escolar, menor renda familiar, e ausência de projetos de vida a curto prazo. Sendo que essas adolescentes, mesmo com média de idade maior que as adolescentes não grávidas, estavam com a escolaridade mais defasada ( $p < 0,001$ ), apenas 20% ainda estudavam.<sup>21</sup>

No interior do estado de Goiás, 70% das gestantes menores de 18 anos pertenciam ao nível socioeconômico baixo, 30% eram solteiras, 88% não exerciam atividades remuneradas e 75% relataram que a gravidez não havia sido planejada.<sup>22</sup> Em países da África e Ásia, meninas que estavam fora da escola apresentavam forte associação com iniciação sexual, gravidez e casamento precoces.<sup>23-25</sup> Todos esses fatores de vulnerabilidade necessitam ser trabalhados pela escola, pelos serviços de saúde e pela comunidade para que a gravidez na adolescência seja evitada.<sup>3</sup>

Na Índia, uma estratégia de intervenção comunitária em centros de informação para jovens tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino, de idade entre 10 a 24 anos, teve um efeito significativo no sentido de diminuir o casamento precoce (OR=2,25; IC95%=1,2-3,9), a gravidez precoce (OR=3,0; IC95%=1,0-8,4) e aumentar o número de adolescentes na escola (OR=2,96; IC95%=2,0-4,3).<sup>25</sup> Um estudo de intervenção com adolescentes na Zâmbia<sup>23</sup> -parte do estudo randomizado para o Empoderamento de Meninas (RISE) - demonstrou que programas de educação sexual e reprodutiva, baseados em grupos focais participativos e de orientação sobre métodos contraceptivos são eficazes para diminuir a gravidez não planejada.

Menos de 10% das adolescentes relataram ter fumado durante a gestação, sendo mais frequente nas gestantes entre 17-19 anos. Estudos realizados em Piracicaba (Brasil) e em Bradford (Inglaterra) encontraram associação entre as gestantes adolescentes e uso de cigarro durante a gestação quando comparadas às mulheres adultas. O uso de tabaco durante a gravidez pode levar à má formação placentária e aumentar a chance de prematuridade e de baixo peso ao nascer.<sup>8,26</sup>

O IMC pré-gestacional inadequado, subnutrição em adolescentes de 12-16 anos e sobrepeso em

gestantes de 17-19 anos, também pode contribuir para desfechos negativos no bebê, enquanto aquelas com peso pré-gestacional adequado apresentam melhores desfechos neonatais, como peso adequado ao nascer ( $p=0,018$ ), tal como constatado em uma pesquisa realizada em uma maternidade pública no Rio de Janeiro com 542 puérperas adolescentes.<sup>2</sup>

Uma metanálise, que englobou estudos cujos primeiros partos eram entre mães jovens tanto pela idade ginecológica baixa ( $\leq 2$  anos desde a menarca) quanto pela idade cronológica ( $\leq 16$  anos), relacionou variáveis da nutrição materna (anemia, peso pré/pós gestacional e medidas antropométricas) com desfechos neonatais (baixo peso ao nascer, muito baixo peso ao nascer e trabalho de parto prematuro). As mães mais jovens, principalmente as menores de 16 anos, apresentaram maior chance de ter desfechos neonatais negativos como prematuridade (OR=1,68; IC95%=1,34-2,11).<sup>5</sup> Em Bradford, norte da Inglaterra, mulheres adolescentes apresentaram maior chance de ter parto extremamente prematuro (com idade gestacional  $< 28$  semanas) em comparação ao grupo de adultas (OR=5,06; IC95%=1,23-20,78).<sup>26</sup>

A prematuridade foi mais frequentemente espontânea, conforme já relatado por Almeida (2018). As adolescentes precoces (12-16 anos) apresentaram maior chance de prematuridade espontânea quando comparadas às adolescentes tardias (OR = 1,49; IC95%=1,07-2,06) e às adultas jovens (OR = 2,38; IC95%=1,82-3,12).<sup>9</sup> Estudo em Maringá (RS), Brasil, apresentou uma tendência crescente para o parto prematuro (idade gestacional menor que 37 semanas) de puérperas adolescentes, entre 2013-2015.<sup>27</sup> Uma possível explicação do motivo pelo qual bebês de mães adolescentes estão sujeitos a esse desfecho é a competição feto-materna por nutrientes.<sup>5</sup>

O Ministério da Saúde preconiza que a mulher tenha pelo menos seis consultas pré-natal, além disso, a adesão precoce, no primeiro trimestre, reduz a chance de morbimortalidade materna e neonatal.<sup>4</sup> No entanto, as adolescentes, principalmente as mais jovens, podem postergar o início do pré-natal e fazê-lo de forma inadequada devido à demora do diagnóstico da gestação, incerteza da aceitação da gravidez, falta de apoio e/ou dificuldade no relacionamento com os familiares e/ou o pai da criança. Além dos obstáculos para acessar o serviço de saúde, principalmente por motivo social e econômico.<sup>6,12</sup>

A peregrinação durante o trabalho de parto, que é um marcador de qualidade na assistência à parturiente, mostrou associação com as adolescentes mais jovens, podendo ocasionar desfechos desfavoráveis.

Estudo realizado em municípios de médio e pequeno porte do Vale do Jequitinhonha (MG) e regiões Nordeste e Norte do Brasil mostrou associação entre não estar vinculada à maternidade durante o pré-natal e o óbito infantil (OR=1,28; IC95%=1,02–1,61).<sup>28</sup>

A via de parto mais frequente entre as puérperas adolescentes foi a vaginal (62,9%), percentual considerado baixo, uma vez que a Organização Mundial da Saúde afirma não haver redução da morbimortalidade materna e neonatal com taxas de cesariana maior que 15%.<sup>1</sup> Evidências científicas têm demonstrado que as cesarianas desnecessárias devem ser evitadas, especialmente, entre as primíparas, mulheres de baixo risco, com bebês a termo e em posição cefálica, assim como nas adolescentes, uma vez que há maiores chances de cesarianas nas gestações posteriores quando essa é a via escolhida no primeiro parto, o que aumenta a chance de complicações placentárias.<sup>17</sup>

A baixa proporção de partos em hospitais privados (5,4%) entre as adolescentes brasileiras quando comparadas à população total (19,9%)<sup>17</sup> evidencia um contexto socioeconômico desfavorável desse grupo etário. Além disso, entre as próprias adolescentes também há desigualdades, já que puérperas adolescentes de cor da pele branca, com plano de saúde e com escolaridade adequada apresentam maior chance de ter parto cirúrgico, constatando que as cesarianas estão fortemente associadas a melhores condições socioeconômicas.<sup>1</sup>

A recomendação da Rede Cegonha durante o trabalho de parto vaginal é não realizar a episiotomia, exceto em situações muito indicadas,<sup>29</sup> uma vez que tal intervenção contribui para lacerações graves (OR= 3,82; IC95%=1,96-7,42), que, por sua vez, estão associadas à primeira gestação da maioria das adolescentes (OR =3,24; IC95%=2,20-4,76), como mostram os resultados de uma metanálise de estudos internacionais.<sup>30</sup> Porém, a literatura científica destaca que quando há inserção de boas práticas durante o trabalho de parto dos hospitais há diminuição do número de episiotomia,<sup>29</sup> melhorando, assim, a recuperação e a percepção da experiência em relação ao parto vaginal.

Apesar do conjunto abrangente de dados, o estudo tem limitações. O tempo decorrido desde a coleta de dados (2011-2012) e a não inclusão de hospitais com menos de 500 partos por ano. Entretanto, apresenta como pontos fortes: ser o primeiro estudo nacional com dados primários obstétricos e perinatais, proporcionando ampla visão do trabalho de parto e nascimento no Brasil; abranger todos os estados brasileiros e representar

2.337.475 nascimentos (80%) ocorridos em 2011-2012. Além disso, as puérperas adolescentes representaram quase 20% da amostra em nível nacional, incluindo hospitais públicos, privados e mistos.

O destaque é que a maternidade na adolescência não ocorre de forma homogênea, sendo quase exclusivamente um fenômeno das classes econômicas mais desfavorecidas, em mulheres com a escolaridade defasada e sem intenção de engravidar. Também se difere pelas faixas etárias, tendo a de 12-16 anos apresentado maior vulnerabilidade socioeconômica, de atenção pré-natal e parto e complicação neonatal, sinalizando a necessidade de uma atenção multiprofissional e especializada a essas adolescentes.

A especificidade da gestante adolescente deve ser considerada pelos profissionais de saúde no atendimento pré-natal, parto e puerpério, isto é, considerar suas necessidades, demonstrar empatia e construir relações de vínculo baseado na confiança e na afetividade. Também é recomendado que as adolescentes grávidas encontrem apoio familiar desde o início da gestação, visando aumentar a adesão ao pré-natal e um parto mais seguro.

Por fim, as evidências científicas devem ser consideradas para a elaboração de políticas de saúde sexual e reprodutiva do adolescente, com ênfase em educação sexual compreensiva e de alta qualidade desde cedo. As campanhas para a prevenção da gravidez não planejada precisam de diálogo condizente com a realidade de saúde no Brasil, especialmente, nas adolescentes com maior vulnerabilidade social.

### Contribuição dos autores

Assis TSC: concepção, planejamento, análise, interpretação dos resultados e redação do trabalho. Martinelli KG, Santos Neto ET e Gama SGN: concepção, planejamento, interpretação dos resultados e revisão final do trabalho. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

## Referências

- Gama SGN da, Viellas EF, Schilithz AOC, Theme Filha MM, Carvalho ML de, Gomes KRO, Costa, MCO, Leal MC. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (suppl. 1): S117-S127.
- Santos MMA de S, Baião MR, Barros DC de, Pinto A de A, Pedrosa PLM, 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.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). [www.who.int]. Taxa de gravidez na adolescência no Brasil está acima da média latino americana e caribenha [acesso 9 nov 2019]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/taxa-de-gravidez-adolescente-no-brasil-esta-acima-da-media-latino-americana-e-caribenha/>
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. Sistema de informações sobre nascidos vivos. In: DATASUS [Internet]. Brasília, DF; 2018 [citado 2020 Jul 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- Gibbs CM, Wendt A, Peters S, Hogue CJ. The Impact of Early Age at First Childbirth on Maternal and Infant Health. *Paediatr Perinatal Epidemiol*. 2012; 26: 259-84.
- Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37 (3):140-7.
- Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, Yamdamsuren B, Temmerman M, Say L, Tunçalp Ö, Vogel JP, Souza JP, Mori R; WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014; 121 (Suppl. 1):40-8.
- Tuon RA, Ambrosana GMB, Vidal e Silva SMC, Pereira AC. Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32 (7): e00107014.
- Almeida, AHV de. Gravidez e parto em adolescentes no Brasil: desigualdades raciais e socioeconômicas na assistência pré-natal e associação com nascimento prematuro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2018.
- Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, Azevedo LM, Evangelista CB. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. *Einstein*. 2015; 13 (4): 618-26.
- Grønvik T, Sandøy IF. Complications associated with adolescent childbearing in Sub-Saharan Africa: A systematic literature review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2018; 13 (9): e0204327.
- Santos NLAC, Costa COM, Amaral MTR, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AHV. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19 (3): 719-26.
- Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30: S49-58.
- Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, Theme Filha MM, Domingues RM, Pereira AP, Torres JA, Bittencourt SD, D'orsi E, Cunha AJ, Leite AJ, Cavalcante RS, Lansky S, Diniz CS, Szwarcwald CL. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012; 9 (1): 15.
- Chan AW, Pristach EA, Welte JW, Russell M. Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcohol Clin Exp Res*. 1993; 17 (6): 1188-92.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, DF; 2016.
- Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, Moreira ME. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*. 2016; 13(Suppl. 3): 128.
- Zangiacomi Martinez E, da Roza DL. Ecological analysis of adolescent birth rates in Brazil: Association with Human Development Index. *Women Birth*. 2020; 33 (2): e191-e198.
- Nascimento TLC, Teixeira CSS, Anjos MS, Menezes GMS, Costa MCN, Natividade MS. Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo ecológico de agregados espaciais. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021; 30 (1): e201953.
- Vieira CL, Flores PV, Camargo KR, Pinheiro RS, Cabral CS, Aguiar FP, Coeli CM. Rapid Repeat Pregnancy in Brazilian Adolescents: Interaction between Maternal Schooling and Age. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016; 29 (4): 382-5.
- Miura PO, Tardivo LSLPC, Barrientos DMS, Egry EY, Macedo CM. Adolescence, pregnancy and domestic violence: social conditions and life projects. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73 (Suppl. 1): e20190111.
- Honório-França AC, Cardoso APM, França EL, Ferrari CKB. Gestação precoce e reincidência de gestações em adolescentes e mulheres de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. *Rev APS*. 2013; 16 (2): 129-35.
- Chirwa-Kambole E, Svanemyr J, Sandøy I, Hangoma P, Zulu JM. Acceptability of youth clubs focusing on comprehensive sexual and reproductive health education in rural Zambian schools: a case of Central Province. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20 (42).
- Glynn JR, Sunny BS, DeStavola B, Dube A, Chihana M, Price AJ, Crampin AC. Early school failure predicts teenage pregnancy and marriage: A large population-based cohort study in northern Malawi. *Plos One*. 2018; 13 (5): e0196041.
- Mehra D, Sarkar A, Sreenath P, Behera J, Mehra S. Effectiveness of a community based intervention to delay

- early marriage, early pregnancy and improve school retention among adolescents in India. *BMC Public Health*. 2018; 18 (732).
26. Marvin-Dowle K, Kilner K, Burley VJ, Soltani H. Impact of adolescent age on maternal and neonatal outcomes in the Born in Bradford cohort. *BMJ Open*. 2018; 8: e016258.
27. Lopes MCL, Oliveira RR, Silva MAP, Padovani C, Oliveira NLB, Higarashi IH. Temporal trend and factors associated to teenage pregnancy. *Rev Esc Enferm USP*. 2020; 54:e03639.
28. Leal MC, Bittencourt SD de A, Torres RMC, Niquini RP, Souza Jr PRB de. Determinants of infant mortality in the Jequitinhonha Valley and in the North and Northeast regions of Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51 (12).
29. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa ACP, Martins DP. Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69 (6): 1029-36.
30. Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014; 125 (1): 6-14.

---

Recebido em 30 de Setembro de 2020

Versão final apresentada em 11 de Maio de 2021

Aprovado em 28 de Agosto de 2021