

ANÁLISE DE PARTOS EM ADOLESCENTES E REPERCUSSÕES PERINATAIS

ANALYSIS OF CHILDREN IN ADOLESCENTS AND PERINATAL REPERCUSSÕES

RAFAELA DUTRA SILVA¹, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA², WALDEMAR NAVES DO AMARAL³

RESUMO

Introdução: A gravidez na adolescência ocorre com frequência nos países em desenvolvimento e está associada a questões sociais, incluindo pobreza, níveis mais baixos de saúde e escolaridade. Embora frequente nos países europeus do século XX hoje, a gravidez na adolescência representa apenas 4% nesses países. Trata-se de gestações não planejadas e que são consideradas um fator de vulnerabilidade durante a gravidez e o período pós-natal, tanto para a mãe quanto para a criança. **Objetivos:** Analisar e comparar a frequência de partos entre adolescentes e mulheres adultas e os resultados perinatais ocorridos no Hospital e Maternidade Dona Íris de janeiro a dezembro de 2019. **métodos:** Trata-se de um estudo transversal prospectivo realizado em gestantes encaminhadas para parto na Maternidade Dona Íris no período de julho de 2019 a dezembro de 2019. **resultados:** O estudo contou com 1741 gestantes sendo 1442 gestantes adultas e 189 adolescentes com a incidência de 10,85% de partos em adolescentes realizado em gestantes encaminhadas para parto na Maternidade Dona Íris no período de julho de 2019 a dezembro de 2019. No nosso estudo a incidência foi de 10,85% de partos em adolescentes. Os partos normais são significativamente mais nas mulheres adultas com $p < 0,001$ no teste do Qui-Quadrado. Perfil das gestantes adultas de parto cesárea, mulheres gesta 1 (31,8%) que realizaram pré-natal (98,3%) com média de 8,5 consultas sem HIV (97,5%), com bebês do sexo feminino (50,8%), cefálico (92,9%), apgar de 5ª maior que 7, a termo (91,4%), AIG (91,5%) e que realizaram contato pele a pele (65,3%), sem mecônio (85,5%) e com clampeamento imediato de cordão (97,9%), sem inserção de diu (83,2%) com destino a alcon (91,6%). Perfil das gestantes adolescentes de parto cesárea, mulheres gesta 1 (82,1%) que realizaram pré-natal (99,1%) com média de 6,2 consultas sem HIV (96,2%), com bebês do sexo feminino (51,9%), cefálico (92,5%), apgar de 5ª maior que 7, a termo (98,1%), AIG (94,3%) e que realizaram contato pele a pele (58,5%), sem mecônio (82,1%) e com clampeamento imediato de cordão (97,2%), sem inserção de diu (86,8%) com destino a alcon (92,2%). Após o teste do qui-quadrado as mulheres adultas que tiveram cesárea tiveram significativamente mais partos prematuros e mais HIV que as adolescentes. Perfil das gestantes adultas de parto normal, mulheres gesta 1 e 2 (32,8%) que realizaram pré-natal (97,2%) com média de 7 consultas sem HIV (88,6%), com bebês do sexo masculino (54%), cefálico (99,7%), apgar de 5ª maior que 7, a termo (92,3%), AIG (92,6%) e que realizaram contato pele a pele (81,6%), sem mecônio (84,6%) e com clampeamento de 1 a 3 minutos (54,5%), amamentação na primeira hora (66,1%), sem inserção de diu (85,3%). Durante o parto não fez uso de analgesia (100%), métodos não farmacológicos (88,4%), não usou ocitocina intra parto (58,4%), sem episiotomia (93,4%), com laceração (59,2%), sem amniotomia (75,8%), sem uso de vácuo (96,1%), sem manobra de Kristeler (96,4%) e na posição semi-sentada (73,7%). Perfil das gestantes adolescentes de parto normal, mulheres gesta 1 (69,9%) que realizaram pré-natal (97,5) com média de 6 consultas sem HIV (100%), com bebês do sexo masculino (55,4%), cefálico (98,8%), apgar de 5ª maior que 7, a termo (88%), AIG (91,1%) e que realizaram contato pele a pele (78,3%), sem mecônio (81,9%) e com clampeamento de 1 a 3 minutos (61,4%), não amamentou na primeira hora (50,6%) e sem inserção de diu (87,6%). Durante o parto não fez uso de analgesia (81,9%), métodos não farmacológicos (81,9%), não usou ocitocina intra parto (67,5%), sem episiotomia (80,7%), com laceração (55,4%), sem amniotomia (80,7%), sem uso de vácuo (97,6%), sem manobra de Kristeler (81,9%) e na posição semi-sentada (83,1%). Após o teste do qui-quadrado as adolescentes que tiveram parto normal tiveram significativamente mais analgesia, ocitocina, episiotomia e manobra de kristeler em relação as adultas. Já as adultas amamentaram mais na primeira hora em relação as adolescentes. **Conclusão:** A incidência de 10,85 de partos em adolescentes. Os partos normais são significativamente mais nas mulheres adultas comparada com as adolescentes. As mulheres adultas que tiveram cesárea tiveram as seguintes variáveis significativamente em relação as adolescentes: partos prematuros e HIV positivo. As adolescentes que tiveram parto normal tiveram as seguintes variáveis significativamente em relação as mulheres adultas: analgesia, ocitocina, episiotomia e manobra de kristeler em relação as adultas. Já as adultas em parto normal amamentaram mais na primeira hora em relação as adolescentes.

DESCRIPTORIOS: GRAVIDEZ, ADOLESCÊNCIA, REPERCUSSÕES.

1 - Médica e residente de Ginecologia e Obstétrica do HMDI

2 - Doutoranda em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás

3 - Professor livre-docente da Universidade Federal de Goiás

ABSTRACT

INTRODUCTION: Adolescent pregnancy occurs frequently in developing countries and is associated with social issues, including poverty, lower levels of health and education. Although prevalent in European countries of the 20th century today, teenage pregnancy represents only 4% in these countries. These are unplanned pregnancies and are considered a vulnerability factor during pregnancy and the postnatal period, for both mother and child.

OBJECTIVES: Analyze and compare the frequency of deliveries between adolescents and adult women and the results perinatal examinations at the Hospital and Maternidade Dona Íris from January to December 2019.

METHODS: This is a prospective cross-sectional study conducted with pregnant women referred for delivery at Maternidade Dona Íris from July 2019 to December 2019.

RESULTS: The study included 1741 pregnant women, 1442 adult pregnant women and 189 adolescents, with an incidence of 10.85% of adolescent births performed on pregnant women referred for delivery at Maternidade Dona Íris from July 2019 to December 2019. The incidence was 10.85% of births in adolescents. Normal births are significantly higher in adult women with $p < 0.001$ in the Chi-square test. Profile of adult pregnant women undergoing cesarean delivery, pregnant women 1 (31.8%) who underwent prenatal care (98.3%) with an average of 8.5 consultations without HIV (97.5%), with female babies (50.8%), cephalic (92.9%), with a score of 5 greater than 7, at term (91.4%), AIG (91.5%) and who had skin-to-skin contact (65.3%), without meconium (85.5%) and with immediate cord clamping (97.9%), without insertion of IUD (83.2%) destined for ALCON (91.6%). Profile of pregnant adolescents undergoing cesarean delivery, women in pregnancy 1 (82.1%) who underwent prenatal care (99.1%) with an average of 6.2 consultations without HIV (96.2%), with female babies (51.9%), cephalic (92.5%), with a score of 5 greater than 7, at term (98.1%), AIG (94.3%) and who had skin-to-skin contact (58.5%), without meconium (82.1%) and with immediate cord clamping (97.2%), without insertion of IUD (86.8%) destined for ALCON (92.2%). After the chi-square test, women adults who had cesarean sections had significantly more premature births and more HIV than adolescents. Profile of adult pregnant women with normal delivery, women in pregnancies 1 and 2 (32.8%) who underwent prenatal care (97.2%) with an average of 7 consultations without HIV (88.6%), with male babies (54%), cephalic (99.7%), having a score greater than 7, at term (92.3%), AGA (92.6%) and who had skin-to-skin contact (81.6%), without meconium (84.6%) and with clamping for 1 to 3 minutes (54.5%), breastfeeding in the first hour (66.1%), without insertion of IUD (85.3%). During delivery, she did not use analgesia (100%), non-pharmacological methods (88.4%), did not use oxytocin during delivery (58.4%), without episiotomy (93.4%), with laceration (59.2%), without amniotomy (75.8%), without using a vacuum (96.1%), without Kristeler maneuver (96.4%) and in the semi-seated position (73.7%). Profile of pregnant teenagers with normal birth, women in gestation 1 (69.9%) who underwent prenatal care (97.5%) with an average of 6 consultations without HIV (100%), with male babies (55.4%), cephalic (98.8%), having a 5th greater than 7, term (88%), AIG (91.1%) and who had skin-to-skin contact (78.3%), without meconium (81.9%) and with clamping for 1 to 3 minutes (61.4%), did not breastfeed in the first hour (50.6%) and without insertion of IUD (87.6%). During delivery, she did not use analgesia (81.9%), non-pharmacological methods (81.9%), did not use oxytocin during delivery (67.5%), without episiotomy (80.7%), with laceration (55.4%), without amniotomy (80.7%), without using a vacuum (97.6%), without Kristeler's maneuver (81.9%) and in the semi-seated position (83.1%). After the chi-square test, adolescents who had a normal delivery had significantly more analgesia, oxytocin, episiotomy and kristeler maneuver than adults. The adults breastfed more in the first hour than the adolescents.

CONCLUSION: The incidence of 10.85 births in adolescents. Normal births are significantly more in adult women compared to adolescent women. Adult women who had cesarean sections had the following variables significantly in relation to adolescents: premature births and HIV positive. Adolescents who had a normal birth had the following variables significantly in relation to adult women: analgesia, oxytocin, episiotomy and kristeler maneuver in relation to adults. The adults in normal delivery, on the other hand, breastfed more in the first hour than the adolescents.

KEYWORDS: PREGNANCY, ADOLESCENCE, REPERCUSSIONS.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil são aproximadamente 430 mil bebês por ano que nascem de mães adolescentes. A taxa de fecundidade no Brasil entre meninas de 15 a 19 anos é de 62 a cada mil bebês nascidos vivos, acima da média mundial que é de 44 a cada mil, segundo o último relatório do Fundo de População da ONU (UNFPA)¹.

O Ministério da Saúde define em todo o território nacional que a adolescência cobre a faixa etária dos 10 aos 19 anos, 11 meses e 29 dias. Já no estatuto da Criança e adolescência, Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2o) e para Organização Mundial

da Saúde (OMS) os limites cronológicos da adolescência são definidos pela entre 10 e 19 anos (adolescentes)¹.

A gravidez na adolescência ocorre com frequência nos países em desenvolvimento e está associada a questões sociais, incluindo pobreza, níveis mais baixos de saúde e escolaridade. Embora frequente nos países europeus do século XX hoje, a gravidez na adolescência representa apenas 4% nesses países. Trata-se de gestações não planejadas e que são consideradas um fator de vulnerabilidade durante a gravidez e o período pós-natal, tanto para a mãe quanto para a criança².

A gravidez na adolescência representa uma preocupação significativa de saúde pública. Muitas vezes, os adolescentes se

apresentam tardiamente ao pré-natal, por falta de conhecimento, medo de consequências, acesso limitado ou estigma o que oferece risco para o binômio materno-fetal que incluem: baixo peso ao nascer, parto prematuro, natimorto e pré-eclâmpsia além de prejuízos psicológicos como: isolamento social e depressão materna³.

As complicações durante a gravidez e o parto são a principal causa de morte de adolescentes na maioria dos países. A falta de orientação e educação em saúde é um fator determinante para ocorrência das gestações em adolescentes⁴. A gravidez na adolescência é uma porta de entrada para a pobreza, pois leva à diminuição da variedade de oportunidades sociais e econômicas, incluindo o acesso à escola. Assim, é um fenômeno complexo e multifatorial, englobando aspectos econômicos, educacionais e comportamentais⁵.

Portanto, conhecer os preditores da gravidez na adolescência é importante para evitar seu impacto médico, social e econômico. Embora vários estudos tenham identificado uma série de fatores que determinam a gravidez na adolescência no Brasil e em outros países, eles se concentram apenas nos efeitos da gravidez nesses indivíduos, poucos são os estudos que fazem uma comparação entre dois grupos.

Diante disto, o objetivo desta pesquisa é analisar e comparar a frequência de partos entre adolescentes e mulheres adultas e os resultados perinatais.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal prospectivo realizado em gestantes encaminhadas para parto na Maternidade Dona Íris no período de julho de 2019 a dezembro de 2019.

O critério de inclusão foi de gestantes menores de 19 anos encaminhadas para parto no HMDI. Gestante adultas maiores de 20 anos para o grupo 2. Exclusão: morte fetal, gemelares em ambos os grupos.

Os dados foram coletados a partir do caderno de Parto do Centro cirúrgico e do Centro de parto normal do Hospital e Maternidade Dona Iris. A amostra dividida, de acordo com a idade materna no período gravídico, em: Grupo Adolescente, com gestante na faixa etária de 10 a 19 anos e 11 meses Grupo Adulta, gestantes na faixa etária igual ou maior que 20 anos.

Variáveis:

Idade

Gestações

Parto: Normal, Cesariana

Aborto

Quantidade de partos

Consulta Pré-natal

Quantidade de Consultas

IG

Identificação do Feto

Dieta intra parto

Analgesia

Método Não farmacológico

Punção Venosa

Ocitocina Intra Parto

Ocitocina Pós Parto

Posição do parto

Episiotomia

Laceração perineal e Grau

Amniotomia

Vácuo extrator

Manobra de Kristeler

Contato Pele a Pele Imediato

Amamentação 1ª Hora

Cliente HIV/HTLV

Sexo do Rn

Peso do RN

Mecônio

Apgar 1º MIN.

Apgar 5º MIN.

Clampeamento do Cordão

VPP

Inserção de DIU Pós parto

Os dados foram tabulados no SPSS for Windows e passaram por análises descritivas, frequência e percentual; e análises bivariadas, testes T de Student e Qui-Quadrado.

Quanto aos aspectos éticos, destaca-se que a pesquisa será fundamentada de acordo com a Resolução n. 466/2012, sendo assim os direitos dos envolvidos assegurados. A presente foi aprovada pelo Comitê de Ética indicado pela Plataforma Brasil.

3. RESULTADOS

O estudo contou com 1741 gestantes sendo 1442 gestantes adultas e 189 adolescentes com a incidência de 10,85% de partos em adolescentes realizado em gestantes encaminhadas para parto na Maternidade Dona Íris no período de julho de 2019 a dezembro de 2019.

Tabela 1 – Distribuição das pacientes quanto ao tipo de parto em relação a idade materna das mulheres atendidas no hospital e maternidade dona íris de julho a dezembro de 2019, Goiânia – Goiás.

Parto	Mulheres adultas		Adolescentes		p
	f	%	f	%	
Normal	1.189	76,6	106	56,1	< 0,001*
Cesárea	363	23,4	83	43,9	
Total	1.552	100,0	189	100,0	

Tabela 2 – Perfil das mães adolescentes e adultas que realizaram parto cesáreo no hospital e maternidade Dona Íris de julho a dezembro de 2019, Goiânia – Goiás.

Variáveis	Adultas (n = 1189)		Adolescentes (n = 106)		p
	f	%	f	%	
Pré-natal pelo SUS					
Não	21	1,7	1	0,9	0,530
Sim	1168	98,3	105	99,1	
Prematuro (IG<37s)					
Não	1087	91,4	104	98,1	0,015*
Sim	102	8,6	2	1,9	
Anestesia					
RA	1189	100,0	106	100,0	
LTB					
Não	1.099	92,4	99	93,4	0,150
Sim	90	7,6	7	6,6	
Contato pele a pele					
Não	532	44,7	44	41,5	0,521
Sim	657	65,3	62	58,5	
Clamp Oport. Do cordão					
Imediato	1.165	97,9	103	97,2	0,716
De 1 a 3 minutos	22	1,9	3	2,8	
Acima de 3 minutos	2	0,2	0	0,0	
Amamentação 1a hora					
Não	276	23,2	24	22,6	0,894
Sim	913	76,8	82	77,4	
Paciente HIV/HTLV					
Não	1160	97,5	102	96,2	< 0,001*
Sim	29	2,4	4	3,8	
Sexo do RN					
Feminino	604	50,8	55	51,9	0,762
Masculino	584	49,1	50	47,2	
Não informado	1	0,1	1	0,9	
Apresentação/Situação fetal					
Cefálica	1104	92,9	98	92,5	626
Pélvica	81	6,8	7	6,6	
Transversa	4	0,3	1	0,9	
Baixo peso ao nascer					
Não	1088	91,5	100	94,3	0,310
Sim	101	8,5	6	5,7	
Mecônio					
Não	1.017	85,5	87	82,1	0,336
Sim	172	14,5	19	17,9	
Apgar 5o minuto (< 7)					
Sim	12	0,1	0	0,0	0,299
Não	1177	98,9	106	100,0	
Inserção de DIU pós parto					
Não	989	83,2	92	86,8	0,337
Sim	200	16,8	14	13,2	

Tabela 3 – Distribuição das pacientes quanto as variáveis em relação as mães adolescentes e adultas quanto ao parto normal no hospital e maternidade Dona Íris de julho a dezembro de 2019, Goiânia – Goiás.

Variáveis	Adultas (n = 363)		Adolescentes (n = 83)		p
	f	%	f	%	
Prematuro (IG<37s)					
Não	335	92,3	73	88,0	0,202
Sim	28	7,7	10	12,0	
Analgesia					
Não	363	100,0	68	81,9	< 0,001*
Sim	0	0,0	15	18,1	
Método não Farmacológico					
Não	42	11,6	15	18,1	0,109
Sim	321	88,4	68	81,9	
Punção Venosa					
Não	174	47,9	46	55,4	0,218
Sim	189	52,1	37	44,6	
Ocitocina Intra parto					
Não	212	58,4	56	67,5	0,128
Sim	151	41,6	27	32,5	
Ocitocina pós parto					
Não	-	0,0	4	4,8	< 0,001*
Sim	11	3,0	16	19,3	
Não informado	352	97,0	63	75,9	
Posição/Local do parto					
Banqueta	32	9,9	0	0,0	-
Cócoras	4	1,2	2	2,4	
Deitada	3	0,9	0	0,0	
DLE	5	1,5	6	7,2	
Em pé	1	0,3	0	0,0	
Gaskin	20	6,2	3	3,6	
Ginecológica	8	2,5	2	2,4	
Lateralizada	2	0,6	0	0,0	
Litotômica	5	1,5	1	1,2	
Parto na ambulância	1	0,3	0	0,0	
SD	1	0,3	0	0,0	
Sentada	3	0,9	0	0,0	
Semi-sentada	238	73,7	69	83,1	
Episiotomia					
Não	339	93,4	67	80,7	<0,001*
Sim	24	6,6	16	19,3	
Laceração Perineal					
Não	148	40,8	37	44,6	0,525
Sim	215	59,2	46	55,4	
Amniotomia					
Não	275	75,8	67	80,7	0,334
Sim	88	24,2	16	19,3	

Vácuo ext.(VE) ou fórceps					
Forceps	1	0,3	1	1,2	-
Não	349	96,1	81	97,6	
Sim	0	0,0	1	1,2	
VE	13	3,6	0	0,0	
Manobra de KRISTELLER					
Não	350	96,4	68	81,9	< 0,001*
Sim	13	3,6	15	18,1	
Contato pele a pele imediato					
Não	67	18,5	18	21,7	0,499
Sim	296	81,6	65	78,3	
Amamentação 1a hora					
Não	123	33,9	42	50,6	0,004*
Sim	240	66,1	41	49,4	
Paciente HIV/HTLV					
Não	358	98,6	83	100,0	0,282
Sim	5	1,4	0	0,0	
Sexo do RN					
Feminino	167	46,0	37	44,6	0,814
Masculino	196	54,0	46	55,4	
Apresentação/Situação fetal					
Cefálica	362	99,7	82	98,8	0,253
Pélvica	1	0,3	1	1,2	
Baixo peso ao nascer					
Não	336	92,6	72	91,1	0,667
Sim	27	7,4	7	8,9	
Mecônio					
Não	306	84,6	68	81,9	0,559
Sim	56	15,4	15	18,1	
Apgar 5o minuto (< 7)					
Sim	6	1,7	2	2,4	0,639
Não	357	98,3	81	97,5	
Clamp Oport. Do cordão					
Imediato	135	37,2	27	32,5	-
De 1 a 3 minutos	198	54,5	51	61,4	
Acima de 3 minutos	30	8,3	4	4,8	
Não informado	0	0,0	1	1,2	
Inserção de DIU pós parto					
Não	346	95,3	81	97,6	0,355
Sim	17	4,7	2	2,4	

4. DISCUSSÃO

É evidente que a incidência de gravidez na adolescência vem aumentando nas últimas décadas e, conseqüentemente, traz problemas significativos à saúde materno-infantil⁶. A gravidez na adolescência inicia uma síndrome de fracasso: fracasso em completar a educação; falha em limitar o tama-

nho da família; falha em estabelecer uma vocação e tornar-se independente⁷. A gravidez na adolescência, apresentou um declínio constante nas últimas décadas, porém está associada a um risco significativamente maior de parto prematuro, pré-eclâmpsia, baixo peso ao nascer e parto instrumental segundo dados da literatura⁸.

No nosso estudo a prevalência foi de 10,85% de partos em adolescentes. A prevalência geral de partos adolescentes foi de 31,8% (IC95% 27,9% - 34,2%)⁹. A incidência de gravidez na adolescência foi de 15,24% durante os sete anos de estudo⁶.

Os partos normais são significativamente mais nas mulheres adultas com $p < 0,001$ no teste do Qui-Quadrado.

Perfil das gestantes adultas de parto cesárea, mulheres gesta 1 (31,8%) que realizaram pré-natal (98,3%) com média de 8,5 consultas sem HIV (97,5%), com bebês do sexo feminino (50,8%), cefálico (92,9%), apgar de 5ª maior que 7, a termo (91,4%), AIG (91,5%) e que realizaram contato pele a pele (65,3%), sem mecônio (85,5%) e com clameamento imediato de cordão (97,9%), sem inserção de diu (83,2%) com destino a alcon (91,6%).

Perfil das gestantes adolescentes de parto cesárea, mulheres gesta 1 (82,1%) que realizaram pré-natal (99,1%) com média de 6,2 consultas sem HIV (96,2%), com bebês do sexo feminino (51,9%), cefálico (92,5%), apgar de 5ª maior que 7, a termo (98,1%), AIG (94,3%) e que realizaram contato pele a pele (58,5%), sem mecônio (82,1%) e com clameamento imediato de cordão (97,2%), sem inserção de diu (86,8%) com destino a alcon (92,2%).

Após o teste do qui-quadrado as mulheres adultas que tiveram cesárea tiveram significativamente mais partos prematuros e mais HIV que as adolescentes.

Perfil das gestantes adultas de parto normal, mulheres gesta 1 e 2 (32,8%) que realizaram pré-natal (97,2%) com média de 7 consultas sem HIV (88,6%), com bebês do sexo masculino (54%), cefálico (99,7%), apgar de 5ª maior que 7, a termo (92,3%), AIG (92,6%) e que realizaram contato pele a pele (81,6%), sem mecônio (84,6%) e com clameamento de 1 a 3 minutos (54,5%), amamentação na primeira hora (66,1%), sem inserção de diu (85,3%). Durante o parto não fez uso de analgesia (100%), métodos não farmacológicos (88,4%), não usou ocitocina intra parto (58,4%), sem episiotomia (93,4%), com laceração (59,2%), sem aminiotomia (75,8%), sem uso de vácuo (96,1%), sem manobra de Kristeller (96,4%) e na posição semi-sentada (73,7%).

Perfil das gestantes adolescentes de parto normal, mulheres gesta 1 (69,9%) que realizaram pré-natal (97,5%) com média de 6 consultas sem HIV (100%), com bebês do sexo masculino (55,4%), cefálico (98,8%), apgar de 5ª maior que 7, a termo (88%), AIG (91,1%) e que realizaram contato pele a pele

(78,3%), sem mecônio (81,9%) e com clameamento de 1 a 3 minutos (61,4%), não amamentou na primeira hora (50,6%) e sem inserção de diu (87,6%). Durante o parto não fez uso de analgesia (81,9%), métodos não farmacológicos (81,9%), não usou ocitocina intra parto (67,5%), sem episiotomia (80,7%), com laceração (55,4%), sem amniotomia (80,7%), sem uso de vácuo (97,6%), sem manobra de Kristeller (81,9%) e na posição semi-sentada (83,1%).

Após o teste do qui-quadrado as adolescentes que tiveram parto normal tiveram significativamente mais analgesia, ocitocina, episiotomia e manobra de kristeller em relação as adultas. Já as adultas amamentaram mais na primeira hora em relação as adolescentes.

Alguns dados de nossa pesquisa encontram-se de acordo com a literatura analisada. Na análise multivariada mostrou que os fatores independentes associados à maternidade na adolescência foram: número de gestações (OR 0,066; IC 95% 0,040-0,110), acompanhamento da gravidez (OR 0,29; IC 0,173-0,488) e abortos anteriores (OR 4,419; IC 95% 1,931-10,112). Quando analisada a idade da mãe como variável contínua, os fatores associados positivamente foram índice de massa corporal, hipertensão arterial, infecção pelo HIV, aborto anterior, acompanhamento da gravidez e peso do recém-nascido. Os fatores associados negativamente foram episiotomia e desconforto respiratório no recém-nascido⁹.

Num estudo de caso-controle na proporção de uma adolescente entre 10 e 19 anos (caso) para duas mulheres entre 20 e 35 anos (controles), totalizando 168 casos e 337 controles. Verificou-se associação de gestação na adolescência com as seguintes variáveis: escolaridade menor que oito anos, ausência do companheiro e história materna de gestação na adolescência. Observou-se que a idade na primeira relação foi significativamente mais baixa entre as adolescentes, que tiveram menor frequência de consultas ginecológicas. Conhecimento dos métodos hormonais e acesso aos métodos anticoncepcionais foram menos frequentes entre as adolescentes. Os fatores de risco para a gravidez na adolescência, após análise de regressão logística múltipla, foram: baixa escolaridade (OR=2,3; IC95%=1,3-3,8), idade do primeiro coito menor que 15 anos (OR=3,6; IC95%=2,2-5,7), história materna de gravidez na adolescência (OR=2,6; IC95%=1,7-3,4). A história de consultas ginecológicas prévias (OR=0,3; IC95%=0,2-0,4) e uso de métodos hormonais (OR=0,6; IC95%=0,4-0,9) foram variáveis protetoras¹⁰.

Estudo transversal encontrou em recém nascidos de baixo peso e de peso insuficiente mostraram associação significativa com a faixa etária materna (< 16 anos); e interação estatística do pré-natal inadequado e cesariana; em gestantes adolescentes com idade abaixo de 16 anos, a cesariana mostrou associação

significante com estado civil solteira (OR 1,24), pré-natal inadequado (OR 1,58) e Recém Nascidos de baixo peso (OR 1,34). Os dados sugerem que múltiplos fatores podem interferir no tipo de parto e resultado gestacional de adolescentes em idade muito precoce, apontando a importância de investimentos em políticas e ações direcionadas a esse grupo, considerado de alta vulnerabilidade aos agravos gestacionais e perinatais¹¹.

Um grande estudo com alojados no Manitoba Center for Health Policy (MCHP), com 17.115 mulheres nascidas em Manitoba entre 1º de abril de 1979 e 31 de março de 1994, que permaneceram na província até pelo menos 20 aniversário concluíram que a relação entre a gravidez na adolescência de uma irmã mais velha e a gravidez na adolescência de uma irmã mais nova é muito mais forte do que entre a gravidez na adolescência de uma mãe e a gravidez de uma filha mais nova na adolescência. Este estudo contribui para a compreensão do tópico mais amplo “quem tem influência sobre o quê” dentro da família¹².

Ao investigar 957 mulheres grávidas perceberam que ao contrário de mães não adolescentes, o atendimento completo de atendimento pré-natal foi menos provável de ser encontrado entre mães adolescentes, 66,5% vs. 90,5% respectivamente (p <0,001). Maior proporção de partos vaginais normais foi encontrada em mães adolescentes (59,7% vs. 36,4%). A ocorrência de desproporção cefalo-pélvica (DPC) pareceu ser menor no grupo de adolescentes em comparação com o grupo de não adolescentes, 14,5% vs. 26,4% (p <0,001). Além disso, era improvável que ocorresse hemorragia pós-parto no grupo de adolescentes, 3,8% vs. 8,4% (p = 0,016). A proporção de nascimentos prematuros foi maior na gravidez na adolescência em comparação com a gravidez não na adolescência (16,2% vs. 5,5%, p <0,001). No nascimento, a maior proporção de bebês com baixos índices de Apgar (<7) em 1 minuto foi encontrada na gravidez na adolescência, 7,1% vs. 3,1% (p = 0,01)⁶.

Cem casos de adolescentes grávidas foram internados no CMSTH durante um período de dois anos. A incidência foi de 6,85%. Em nosso estudo, a maioria dos adolescentes não tinha carteira assinada, era de baixo nível socioeconômico e sem escolaridade ou com escolaridade inadequada. Eles tinham pouco conhecimento sobre contracepção e menos número de adolescentes usava meios temporários de contracepção e as adolescentes correm maior risco durante o parto do que as mulheres entre 20 e 25 anos⁷.

Em sessenta e nove gestações na adolescência a maioria das mães adolescentes não tinha concluído o ensino médio e pertencia a estratos socioeconômicos baixos. O parto foi cesáreo em trinta e quatro casos, enquanto o parto vaginal foi realizado em trinta e cinco casos. Os nascidos vivos representaram 67 partos, um natimorto foi de feto anencefálico e o outro foi prematuro que nasceu espontaneamente na 23ª semana de gestação¹³.

Ao pesquisarem gestações em adolescentes no Departamento de Obstetrícia do Hospital das Forças Armadas de Riyadh, durante o período de 1 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 1999 encontraram trezentos e oitenta e cinco (76%) estavam carregando sua primeira gravidez, enquanto 42 (8%) mães tiveram 2 ou mais gestações e partos anteriores. O peso ao nascer foi inferior a 2,5 kg em 109 (21,5%) adolescentes, em comparação com 187 (9%) dos controles. A taxa de partos instrumentais e cesarianas em adolescentes foi de 9% e 6% em comparação com 5% e 10% nos controles. Setenta e nove (16%) dos adolescentes tiveram parto prematuro em comparação com 216 (11%) dos controles. Quarenta e sete (9%) dos adolescentes não foram registrados em comparação com 133 (7%) que foram controlados. A incidência de pré-eclâmpsia e parto prematuro em adolescentes foi de 2% e 16%, em comparação com 1% e 11% nos controles⁸.

Salami, Ayegboyin, Adedeji (2014) em um estudo descritivo e transversal descreve o perfil de 174 adolescentes grávidas com média de idade de 16,5 anos e escolaridade variando entre primário e inferior (25,8%) e superior (9,8%), apenas 39,7% dos entrevistados eram casados, cerca de metade (47,7%) permaneciam solteiros enquanto outros eram separados (12,6%). Menos da metade (44,9%) dos entrevistados desenvolvia atividades ocupacionais. Os apoios materiais e financeiros não atendidos esperados dos pais (43,1%), a falta de educação gratuita do governo até o ensino médio (51,2%), a falta de educação sexual e necessidades de conhecimento para sinais de maturidade (53,4%) e desânimo para amigos não terem namorado (66,1%) adolescentes com tendência a gravidez não planejada¹⁴.

A maternidade na adolescência é um grave problema de saúde pública é necessário um planejamento intensivo de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes⁹. Fatores de proteção nos contextos ambientais das adolescentes pesquisadas podem estar interrelacionados ao desenvolvimento da competência, importante recurso frente à situação da maternidade de adolescentes¹⁵.

Programas de desenvolvimento mais amplos que têm impactos positivos sobre as oportunidades educacionais e de emprego das meninas podem potencialmente influenciar sua agência e tomada de decisão sobre se e quando ter filhos. Da mesma forma, as políticas e programas que promovem o acesso e a utilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes são necessários para reduzir as barreiras ao uso de serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) para adolescentes¹⁶.

5. CONCLUSÃO

A prevalência de 10,85% de partos em adolescentes.

Os partos normais são significativamente mais nas mulheres adultas comparada com as adolescentes.

As mulheres adultas que tiveram cesárea tiveram as seguintes variáveis significativamente em relação as adolescentes: partos prematuros e HIV positivo.

As adolescentes que tiveram parto normal tiveram as seguintes variáveis significativamente em relação as mulheres adultas: analgesia, ocitocina, episiotomia e manobra de kristeller em relação as adultas. Já as adultas em parto normal amamentaram mais na primeira hora em relação as adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Onu. Taxa de gravidez na adolescência no Brasil está acima da média mundial, aponta ONU. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/taxa-de-gravidez-na-adolescencia-no-brasil-esta-acima-da-media-mundial-aponta-onu/>.
2. Coenen L, Bellekens P, Kadji C, Carlin A, Tecco J. Teenage pregnancy in Belgium: protective factors in a migrant population. *Psychiatr Danub*. 2019;31(Suppl 3):400-405.
3. Leftwich HK, Alves MV. Adolescent Pregnancy. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(2):381-388. doi:10.1016/j.pcl.2016.11.007.
4. Flores-Valencia ME, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública [Adolescent pregnancy in Mexico: a public health issue]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2017;19(3):374-378. doi:10.15446/rsap.v19n3.43903.
5. Vaz RF, Monteiro DL, Rodrigues NC. Trends of teenage pregnancy in Brazil, 2000-2011. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2016;62(4):330-335. doi:10.1590/1806-9282.62.04.330.
6. Narukhutrachai P, Khrutmuang D, Chattrapiban T. The Obstetrics and Neonatal Outcomes of Teenage Pregnancy in Naresuan University Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2016;99(4):361-367.
7. Suwal A. Obstetric and perinatal outcome of teenage pregnancy. *J Nepal Health Res Counc*. 2012;10(1):52-56.
8. Mesleh RA, Al-Aql AS, Kurdi AM. Teenage pregnancy. *Saudi Med J*. 2001;22(10):864-867.
9. Jaén-Sánchez N, González-Azpeitia G, Saavedra-Santana P, et al. Adolescent motherhood in Mozambique. Consequences for pregnant women and newborns. *PLoS One*. 2020;15(6):e0233985. Published 2020 Jun 3. doi:10.1371/journal.pone.0233985
10. Amorim MMR et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2009, 31;(8): 404-410.
11. Santos NLAC et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciênc. saúde coletiva*, 2014; 19(3): 719-726.
12. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: a systematic review and Meta-analysis. *Reprod Health*. 2018;15(1):195. Published 2018 Nov 29. doi:10.1186/s12978-018-0640-2
13. Nepal S, Atreya A, Kanchhan T. Teenage Pregnancies in Nepal - The Problem Status and Socio-Legal Concerns. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2018;56(211):678-682.
14. Salami KK, Ayegboyin M, Adedeji IA. Unmet social needs and teenage pregnancy in Ogbomoso, South-western Nigeria. *Afr Health Sci*. 2014;14(4):959-966. doi:10.4314/ahs.v14i4.27
15. Oliveira-Monteiro NR et al. Gravidez e maternidade de adolescentes: fatores de risco e de proteção. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, 2011, 21(2): 198-209.
16. Wado YD, Sully EA, Mumah JN. Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries: a multi-level analysis of risk and protective factors. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2019) 19:59:1-11.