

DESFECHOS PERINATAIS E OBSTÉTRICOS DESFAVORÁVEIS EM GESTANTES ADOLESCENTES COM SEGUIMENTO DE PRÉ-NATAL INADEQUADO

UNFAVORABLE PERINATAL AND OBSTETRIC OUTCOMES IN PREGNANT ADOLESCENT WOMEN WITH INADEQUATE PRENATAL FOLLOW-UP

Ingrid Caroline Costa Pinto **Silva**¹; Débora Maria Almeida **Barros**²; Renata Silva **Lopes**³; Ana Paula Moreira **Assunção**⁴; Amanda Santos Fernandes Coelho **Batista**⁵; Ana Karina Marques Salge **Mendonça**⁶

RESUMO

Introdução: A gravidez na adolescência é uma gestação de alto risco, visto que essas gestantes fazem parte do grupo das mulheres mais afetadas por complicações obstétricas, com grande potencial de desfechos neonatais desfavoráveis. **Objetivo:** Analisar os desfechos perinatais desfavoráveis em gestantes adolescentes com seguimento inadequado de pré-natal. **Métodos:** Estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, com dados de prontuários de gestantes adolescentes atendidas em uma maternidade pública do Brasil Central. Foram analisados 189 prontuários, excluindo gestações múltiplas, com cálculo amostral baseado em frequência esperada de baixa adesão ao pré-natal. Utilizou-se o checklist STROBE e análise estatística via SPSS, aplicando-se testes de significância ($p < 0,05$) e Razões de Prevalência (RP). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, sem necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por utilizar dados secundários. **Resultados:** A ocorrência de pré-natal inadequado foi encontrada em 41,3% das adolescentes, apresentando associação significativa a parto pré-termo, por via vaginal, significativa presença de infecção de urina, baixa adesão à rotina de exames de 1º trimestre, restrição de crescimento intrauterino e internação prolongada. **Considerações finais:** As gestantes adolescentes com seguimento de pré-natal inadequado apresentam maior chance de desfechos perinatais obstétricos e neonatais desfavoráveis. Reforça-se a importância do acompanhamento pré-natal adequado e a capacitação dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez na Adolescência; Cuidado Pré-Natal; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Serviços de Saúde do Adolescente.

ABSTRACT

Introduction: Adolescent pregnancy is a high-risk pregnancy, as these pregnant women are part of the group of women most affected by obstetric complications, with great potential for unfavorable neonatal outcomes. **Objective:** To analyze unfavorable perinatal outcomes in pregnant adolescents with inadequate prenatal care. **Methods:** Descriptive, exploratory study, with a quantitative approach and cross-sectional design, with data from medical records of pregnant adolescents treated in a public maternity hospital in Central Brazil. 189 medical records were analyzed, excluding multiple pregnancies, with a sample size calculation based on the expected frequency of low adherence to prenatal care. The STROBE checklist and statistical analysis via SPSS were used, applying significance tests ($p < 0.05$) and Prevalence Ratios (PR). The project was approved by the Ethics Committee, without the need for an Informed Consent Form (ICF), as it used secondary data. **Results:** The occurrence of inadequate prenatal care was found in 41.3% of adolescents, showing a significant association with preterm birth, vaginally, significant presence of urine infection, low adherence to routine 1st trimester exams, intrauterine growth restriction and prolonged hospitalization. **Final considerations:** Pregnant teenagers with inadequate prenatal care have a greater chance of unfavorable obstetric and neonatal perinatal outcomes. The importance of adequate prenatal care and training of health professionals is reinforced.

KEYWORDS: Emotions; Rehabilitation; Comprehensiveness in health; Healthcare professionals.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, considera-se adolescente indivíduos com idade entre 10 e 19 anos¹. As alterações hormonais nessa fase influenciam na sexualidade dos adolescentes, e para alguns, a vida sexual ativa acaba acontecendo de forma precoce. Nesse período, a escassez de conhecimento pode ser um fator determinante, somado ao não uso e a dificuldade em acessar métodos contraceptivos, resulta em casos de gravidez na adolescência².

Outras causas podem influenciar a ocorrência de gravidez na adolescência como fatores sociais, culturais, econômicos, dificuldade de acesso aos locais de consulta e agendamento, também, a fragilidade na comunicação e orientação através de seus responsáveis ou por um profissional da saúde^{3,4,5}.

A gravidez na adolescência é vista como um problema de saúde pública, cujas taxas mundiais mostram-se altas⁵. Entretanto, dados do Ministério da Mulher⁶, indicam queda no número de adolescentes gestantes, entre 10 e 19 anos, desde 2019. Em 2020 foram 380,7 mil gestações nesta fase da vida, quando comparado a 2010, a redução foi de 31% (552,6 mil registros). Um estudo desenvolvido pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) publicado em 2021, demonstra queda do percentual de Nascidos Vivos (NV) das mães adolescentes e queda na taxa de fecundidade por idade específica (TIEF). Em 2017, nota-se que os maiores índices estão nas regiões Sudeste e Sul (0,80), seguido do Centro-Oeste (0,79), Norte (0,73) e Nordeste (0,71). Mesmo com taxas reduzidas nos últimos anos, são necessárias ações estratégicas para minimizar os potenciais eventos adversos relacionados à gravidez na adolescência⁷.

A gravidez na adolescência é considerada como gestação de alto risco, visto que as adolescentes gestantes fazem parte do grupo das mulheres mais afetadas por complicações obstétricas, com grande potencial de desfechos neonatais desfavoráveis³. A idade precoce da mãe associada a condições sociais e econômicas desfavoráveis, comportamentos de risco e cuidado pré-natal inadequado estão entre os principais motivos para ocorrência de desfechos adversos neste grupo^{8,9}.

Dentre as principais intercorrências obstétricas da gravidez nesta fase da vida estão as hemorragias durante a gestação, intra-parto e pós-parto, a ruptura prematura de membranas, restrição de crescimento intra-uterino, anemias, e distúrbios hipertensivos¹⁰. Os recém-nascidos

são mais afetados pela prematuridade, baixo peso ao nascer, malformações congênitas e até mesmo o óbito neonatal^{3,5}. O risco de óbito eleva-se conforme a faixa etária da adolescente gestante e acredita-se que o risco seja cinco vezes maior em pacientes com menos de 15 anos e duas vezes maior quando entre 15 e 19 anos¹¹. A prematuridade constitui a principal causa de morte neonatal e está relacionada a maiores taxas de internações hospitalares prolongadas¹², associada ao baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e mortalidade pós-natal¹³.

Nesse contexto, a assistência ao pré-natal configura uma importante estratégia no que tange à redução das taxas de morbimortalidade. O acompanhamento pré-natal visa garantir a qualidade na assistência ao processo gestatório, com ênfase no binômio, com base em evidências científicas¹⁴.

Recomenda-se que sejam realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. O ideal é que a primeira consulta aconteça ainda no primeiro trimestre, e até a 34ª semana sejam realizadas consultas mensais. Da 34ª e 38ª semanas, é preconizado que as consultas aconteçam a cada duas semanas, e a partir da 38ª semana, passa a ser semanalmente até o parto. Dessa forma, considera-se pré-natal inadequado quando a paciente realiza menos de 6 consultas ou quando não é dado o início do acompanhamento¹⁵.

O momento de acesso ao pré-natal deve acontecer de forma ordenada, sob atendimento integral e holístico à paciente. Devendo ser desenvolvidas por um conjunto de estratégias clínicas, educativas, ações que integram os níveis de promoção, prevenção, manejo e assistência adequada a quaisquer intercorrências que possam vir se desenvolver durante o período gravídico-puerperal³.

Gestantes adolescentes tendem a iniciar o pré-natal de forma tardia, por dificuldade de aceitação e falta de rede de apoio, o que pode resultar em não adesão ao pré-natal. O acompanhamento pré-natal é uma oportunidade de realizar atividades educativas, abordando problemas que podem se manifestar durante o período gestacional¹⁶. Sendo assim, torna-se fundamental a captação dessas pacientes pelos serviços de pré-natal, uma vez que tem potencial em reduzir os eventos adversos¹⁷.

O pré-natal está associado à queda de morbimortalidade materno-infantil, diminuição nas ocorrências de trabalho de parto prematuro, controle da doença hipertensiva específica da gestação. Entretanto, a adesão ao pré-natal no

Brasil ainda possui grande deficiência, sobretudo em adolescentes¹⁸.

Considerando a importância do acompanhamento pré-natal de qualidade para adolescentes e os resultados positivos para o bom desenvolvimento gestacional e parto, este estudo objetivou analisar os desfechos perinatais e obstétricos desfavoráveis em gestantes adolescentes com seguimento inadequado de pré-natal em uma Maternidade pública na Região Central do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa e delineamento transversal. Coletou-se dados de prontuários eletrônicos de todas as gestantes adolescentes, com idade entre 10 e 19 anos, que realizaram acompanhamento pré-natal e parto em uma maternidade pública na Região Central do Brasil, elegeu-se a mesma como cenário para o desenvolvimento da pesquisa visto que se trata de uma unidade de referência atuante desde 1972, inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) voltado para atendimentos às gestantes com critérios de alto risco. Foram considerados critérios de inclusão a realização de acompanhamento pré-natal e parto no referido serviço, no período de janeiro a junho de 2023, período em que se realizou a coleta de dados, e ser residente no município ou entorno, excluiu-se as gestações múltiplas.

Para o cálculo amostral utilizou-se o Software OpenEpi versão 3.01, considerou-se a população mensal de gestantes atendidas no local de estudo no ano de 2023, totalizando 498 pacientes, conforme dados obtidos no núcleo de internação hospitalar. Adotou-se uma frequência esperada de 34% para baixa adesão ao pré-natal em adolescentes, e efeito de desenho de 1.0, condição a qual foi utilizada para ajustes de cálculo amostral, obtendo-se um tamanho de amostra de 204 gestantes. Excluiu-se 15 prontuários por se tratar de gestação múltipla, ao final, a amostra constituiu-se por 189 observações. Foi utilizado o *checklist* STROBE para elaboração deste artigo. O recorte temporal deve-se ao período pós-Covid-19, caracterizado por importantes mudanças sociais e no campo da saúde.

Utilizou-se instrumento semiestruturado para coleta de dados confeccionado pelos autores que continha a caracterização sociodemográfica e relacionada ao pré-natal e ao parto, composto pelos seguintes itens: Idade materna (em anos) das adolescentes, município da moradia, escolaridade (em anos), estado civil, ocupação, raça/cor autodeclarada, paridade, idade gestacional (em semanas), tipo de gestação (única ou gemelar), realização do pré-natal (número de consultas), hipótese diagnóstica, alterações na gestação, doenças prévias, teste da mamãe primeira e segunda fase, uso de drogas ou álcool na gestação, intercorrências na gestação, via de parto, hemorragias, dificuldade de amamentação, e data da alta. Considerou-se

como variável desfecho “pré-natal inadequado”, a partir das recomendações do Ministério da Saúde, quando o número total de consultas registrado no cartão da gestante foi inferior a 6 consultas. Para as complicações maternas considerou-se as variáveis: Síndrome hipertensiva gestacional ou pré-eclâmpsia, diabetes mellitus gestacional, sífilis, infecção de urina, descolamento prematuro de placenta, via de parto e hemorragia pós-parto.

Para as variáveis neonatais considerou-se a classificação do recém-nascido de acordo com a idade gestacional, restrição do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, Apgar (5º min. de vida), necessidade de reanimação neonatal, internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), má-formação fetal, internação hospitalar prolongada (> 72 horas).

Os dados coletados foram agrupados no software *Microsoft Office Excel 2019*®, para análise estatística, posteriormente analisados pelo programa SPSS versão 3.5. Aplicou-se testes de significância adequados ao tamanho da amostra para analisar diferenças estatísticas entre proporções através do teste do χ^2 , sendo consideradas estatisticamente as diferenças em que $p < 0,05$. Foram calculadas as Razões de Prevalência (RP) e Intervalos de Confiança (IC 95%), quando aplicável, para avaliar as relações entre as variáveis categóricas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob a CAAE: 66476922.6.00005080, respeitando a Resolução 466/2012. Houve dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para menores de 18 anos por se tratar de uma pesquisa realizada com dados secundários.

RESULTADOS

Foram analisados 204 prontuários, excluíram-se 15 observações por não se adequarem aos critérios de inclusão, totalizando 189 gestantes adolescentes, com idade entre 10 e 19 anos. As características sociodemográficas apontam para idade média de 16,84 anos (SD: 1,40, IC 95% 16,63-17,4). Dessas adolescentes, 77 (40,7%, IC 95% 33,9-47,6) referiram ter nove anos ou menos de estudo, quanto à procedência, 140 (74,1%, IC 95% 68,3-79,9) residiam em cidades do entorno e declararam possuir parceria fixa 95 (50,3%, IC 95% 42,9-57,1).

Em relação aos dados obstétricos, observou-se que a média de consultas de pré-natal foi de 6,25 (SD: 2,94, IC 95% 5,81-6,67) com ocorrência de parto prematuro em 121 (64,0% IC 95% 1,34-2,11) das participantes, com média de idade gestacional de 35,2 semanas, primíparas 142 (75,1%, IC 95% 69,3-81,0), com maior ocorrência de parto via vaginal 117 (61,9%, IC 95% 55,0-68,8) e estão demonstrados a [Tabela 1](#).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e relacionada ao pré-natal das gestantes que compuseram a amostra de estudo (n=189). Goiânia, Brasil, 2023.

Variáveis	n = 189	
	n (%)	IC95%*
Cor/Raça autodeclarada		
Branca	6(3,2)	1,1-5,8
Não branca	183(96,8)	94,2-98,9
Procedência		
Capital	49(25,9)	20,1-31,7
Entorno	140(74,1)	68,3-79,9
Possui parceria		
Não	94(49,7)	42,9-57,1
Sim	95(50,3)	42,9-57,1
Escolaridade (em anos)**		
> 9	112(59,3)	52,4-66,1
≤ 9	77(40,7)	33,9-47,6
Nº de consulta pré-natal		
≥ 6	111(58,7)	51,9-66,1
< 6	78(41,3)	33,9-48,1
Paridade		
Primíparas	142(75,1)	69,3-81,0
≥ 2 gestações	47(24,9)	19,0-30,7
APAE 1ª (Rotina de exames do 1º trimestre de gestação)		
Não	17(9,0)	5,3-13,2
Sim	172(91,0)	86,8-94,7
APAE 2ª (Rotina de exames do 3º trimestre de gestação)		
Não	125(66,5)	59,6-72,3
Sim	63(33,5)	27,7-40,4

Legenda: ^aRotina de exames do 1º trimestre de gestação; ^bRotina de exames do 3º trimestre de gestação. *IC: Intervalo de Confiança 95%. **Ensino fundamental, vide IBGE.

As complicações maternas mais frequentes foram doença hipertensiva gestacional e/ou pré-eclâmpsia em 35 (18,5% IC 95% 12,7-23,8) das adolescentes, infecção de urina em 33 (17,5% IC 95% 11,7-22,8), seguido de hemorragia pós-

parto em 26 (13,8% IC 95% 9,5-18,5). As demais descrições sociodemográficas e obstétricas das gestantes adolescentes estudadas estão expostas na [Tabela 2](#).

Tabela 2. Caracterização das complicações maternas das adolescentes gestantes que compuseram a amostra de estudo (n=189). Goiânia, Brasil, 2023.

Variáveis	n = 189	
	n (%)	IC 95%*
Síndrome Hipertensiva Gestacional ou PEa (Pré-Eclâmpsia)		
Não	154 (81,5)	76,2-87,3
Sim	35 (18,5)	12,7-23,8
Diabetes Mellitus Gestacional		
Não	156(92,6)	88,9-96,3
Sim	14(7,4)	3,7-11,1
Sífilis		
Não	180(95,2)	92,1-97,9
Sim	9(4,8)	2,1-7,9
Infecção de urina		
Não	156(82,5)	77,2-88,3
Sim	33(17,5)	11,7-22,8
Descolamento prematuro de placenta		
Não	184(97,4)	94,7-99,5
Sim	5(2,6)	0,5-5,3
Via de parto		
Cesárea	72(38,1)	31,2-45,0
Vaginal	117(61,9)	55,0-68,8
Hemorragia pós-parto		
Não	163(86,2)	81,5-90,5
Sim	26(13,8)	9,5-18,5

Legenda: *IC: Intervalo de Confiança 95%. ^aPré-Eclâmpsia.

A Tabela 3 apresenta a caracterização neonatal, cuja maioria dos recém-nascidos eram prematuros limítrofes, 79 (41%, IC 95%: 34,4-48,1), houve necessidade de reanimação em 46 (24,4%, IC 95%: 18,0-30,7) e 136 (72,0%, IC 95%: 65,6-78,3) permaneceram internados por mais de 72 horas.

Tabela 3. Caracterização neonatal que compuseram a amostra de estudo (n=189). Goiânia, Brasil, 2023.

Variáveis	n = 189	
	n (%)	IC 95%*
IG na admissão (em semanas)		
≤ 30 prematuridade extrema	19(10,0)	5,8-14,8
31 a 34 prematuridade moderada	23(12,2)	7,9-17,5
35 a 36 prematuridade limítrofe	79(41,8)	34,4-48,1
≥ 37 a termo	68(36,0)	29,1-42,8
Restrição de Crescimento Intrauterino		
Não	174(92,1)	88,4-95,8
Sim	15(7,9)	4,2-11,6
Baixo peso ao nascer		
Não	156 (82,5)	76,6-87,8
Sim	33(17,5)	12,2-23,3
APGAR 5º minuto		
≥ 7	176(93,1)	88,9-96,3
< 7	13(6,9)	3,7-11,1
Necessidade de reanimação		
Não	143(75,7)	69,3-82,0
Sim	46(24,3)	18,0-30,7
Internação em UTI		
Não	112(59,3)	52,9-66,1
Sim	77(40,7)	33,9-47,1
Má-formação fetal		
Não	167(88,4)	83,6-92,6
Sim	22(11,6)	7,4-16,4
Internação hospitalar prolongada**		
Não	53(28,2)	21,7-34,4
Sim	136 (72,0)	65,6-78,3

Legenda: *IC: Intervalo de Confiança 95%. **Internação neonatal >72 horas.

A Tabela 4 apresenta a relação entre as variáveis sociodemográficas, de pré-natal, parto e do recém-nascido e a variável desfecho pré-natal inadequado. Em relação à idade gestacional na admissão para o parto, observa-se associação entre parto pré-termo e obtenção do desfecho pré-natal inadequado ($p=0,001$; RP: 1,68; IC 95%: 1,34-2,11).

O teste qui-quadrado mostrou associação entre o desfecho pré-natal inadequado e a variável via de parto vaginal. Adolescentes com pré-natal inadequado apresentam maior prevalência para parto vaginal, quando comparadas às que realizaram seis ou mais consultas ($p=0,041$; RP: 1,47; IC 95%: 0,99-2,17).

Adolescentes gestantes que realizaram o pré-natal inadequado possuem maior chance de apresentar episódios de infecção urinária durante a gestação ($p=0,001$; RP: 7,61; IC 95%: 2,57-22,5). Em relação à realização de exames de primeiro trimestre (APAE 1), as adolescentes que não realizaram têm maior probabilidade de obtenção do desfecho ($p=0,001$; RP: 2,40; IC 95%: 1,83-3,12). Quanto às variáveis neonatais, o teste qui-quadrado mostrou associação entre o desfecho pré-natal inadequado e a restrição de crescimento intrauterino ($p=0,022$; RP: 3,27; IC 95%: 1,26-8,59) e internação prolongada ($p=0,030$; RP: 1,47, IC 95%: 1,05-2,06).

Tabela 4. Análise bivariada entre as características clínicas, obstétricas e neonatais e a variável desfecho pré-natal inadequado (n = 189). Goiânia, Goiás, 2023.

Variáveis	Pré-natal Inadequado		Total (%)	p value†	RP**	IC 95%
	Não (%)	Sim (%)				
Escolaridade						
> 9 anos	68(60,7)	44(39,3)	112(100)	0,504		
≤ 9 anos	43(55,8)	34(44,2)	77(100)			
Paridade						
Primípara	87(61,3)	55(38,7)	142(100)	0,218		
≥ 2 gestações	24(51,1)	23(48,9)	47(100)			
Via de parto						
Vaginal	62(53,0)	55(47,0)	117(100)			

Cesárea	49(68,1)	23(31,9)	72(100)	0,041	1,47	0,99-2,17
Apae 1						
Não	2(11,8)	15(88,2)	163(100)			
Sim	109(63,4)	63(36,6)	26(100)	0,001*	2,40	1,83-3,12
Síndrome hipertensiva gestacional ou PE						
Não	89(57,8)	65(42,2)	154(100)			
Sim	22(62,9)	13(37,1)	35(100)	0,583		
Infecção de urina						
Não	108(69,2)	48(30,8)	156(100)			
Sim	3(9,1)	30(90,9)	33(100)	0,001*	7,61	2,57-22,5
Classificação da IG^a na admissão						
≥ 37	54(79,4)	14(20,6)	68(100)			
< 37	57(47,1)	64(52,9)	121(100)	0,001	1,68	1,34-2,11
Restrição de Crescimento Intrauterino						
Não	98(56,3)	76(43,7)	174(100)			
Sim	13(86,7)	2(13,8)	15(100)	0,022*	3,27	1,26-8,59
Baixo peso ao nascer						
Não	91(58,3)	65(41,7)	156(100)			
Sim	20(60,6)	13(39,4)	33(100)	0,810		
Apgar 5º min						
≥ 7	103(58,5)	73(41,5)	176(100)			
< 7	8(61,5)	5(38,5)	13(100)	0,831		
Internação em UTI^b						
Não	62(55,4)	50(44,6)	112(100)			
Sim	49(63,6)	28(36,4)	77(100)	0,256		
Internação prolongada						
Não	24(46,2)	28(53,8)	52(100)			
Sim	87(63,5)	50(36,5)	137(100)	0,030	1,47	1,05-2,06

Legenda: †Teste χ^2 ; *Teste exato de Fisher; **Razão de Prevalência; ^aIdade gestacional; ^bUnidade de Terapia Intensiva.

DISCUSSÃO

Nesse estudo observou-se ocorrência de pré-natal inadequado em 78(41,3%) das gestantes adolescentes, com a média de 6,25 consultas de pré-natal (SD: 2,94, IC 95% 5,81-6,67), corroborando com as evidências sobre a baixa adesão ao pré-natal por adolescentes brasileiras. Em estudos realizados com adolescentes entre 10 e 19 anos, a maioria das participantes realizaram menos que 6 consultas de pré-natal, acarretando desfechos negativos ao binômio^{15,19}. A quantidade deficiente do número de consultas realizadas pelas gestantes adolescentes no pré-natal relaciona-se com diagnósticos tardios na gestação e à dificuldade de aceitação da gravidez²⁰.

Em relação às variáveis maternas, associou-se significativamente a variável desfecho pré-natal inadequado à via de via vaginal, corroborando com outros estudos^{21,22}. A política do Sistema Único de Saúde (SUS), é voltada para a redução de cesarianas sem reais indicações, sobretudo na população jovem por apresentarem maior imaturidade psicossocial e pelos potenciais desfechos negativos obstétricos e neonatais^{23,24}. A ocorrência de parto vaginal nessa faixa etária associada ao pré-natal inadequado pode ser justificada pelo fato de que possuem maior probabilidade de parto prematuro espontâneo²⁵.

Gestantes adolescentes com seguimento pré-natal inadequado têm maior probabilidade de não realizarem a rotina de exames de primeiro trimestre (Apae), corroborando com estudo realizado com base nos dados da pesquisa intitulada Nascer no Brasil, um inquérito nacional de base hospitalar, onde observou-se que

gestantes adolescentes tendem a ingressar mais tardiamente no pré-natal, realizar menor número de consultas e baixa realização de exames complementares. Evidenciou-se que quanto mais baixa a classe econômica das adolescentes, menor a frequência de realização dos exames de rotina²⁵. A não realização desses exames complementares durante a gestação configura perda de oportunidade de diagnóstico e tratamento precoce de doenças²⁶.

Ao tratar das complicações maternas desenvolvidas durante a gestação, a infecção urinária associou-se significativamente ao pré-natal inadequado. A infecção urinária é a complicação mais recorrente no período gravídico, porém, ainda com base na pesquisa Nascer no Brasil não houve relação com o número de consultas e pré-natal²⁰. A Infecção do Trato Urinário (ITU) é a principal causa de trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, por consequência, recém-nascidos de baixo peso, paralisia cerebral óbito perinatal⁴. Desfechos negativos relacionados à prematuridade poderiam ser evitados com o adequado acompanhamento pré-natal.

Em relação às variáveis neonatais, observou-se associação significativa entre o desfecho pré-natal inadequado e recém-nascido pré-termo. Este resultado foi semelhante ao encontrado em outro estudo que evidenciou associação entre o pré-natal inadequado e a prematuridade, haja vista que as adolescentes não realizavam acompanhamento e rotinas necessárias^{27,28}. A idade gestacional pode ser classificada em prematuridade extrema quando ≤ 30 semanas, moderada entre 31 e 34, limítrofe entre 35 e 36 e

≥ 37 a termo. Por isso, prematuridade é o nascimento que ocorre antes das 37 semanas de gestação²⁹.

A baixa adesão ao pré-natal em mulheres com idade inferior a 19 anos pode resultar em desfechos negativos ao binômio mãe-filho. Sabe-se que quanto menor o número de consultas de pré-natal maior será o risco de um parto prematuro em mães adolescentes³⁰. No Brasil é comum que este grupo busque pela assistência tardiamente, realizando consultas aquém do desejado, favorecendo a prematuridade e eventos adversos relacionado¹⁸.

Pré-natal inadequado associou-se significativamente à restrição de crescimento intrauterino, semelhante ao encontrado em outros estudos^{31,32}. As iniquidades sociais e o pré-natal realizado de forma inadequada estão ligados à restrição do crescimento fetal no país^{33,34}. O acompanhamento do desenvolvimento do feto através de exames de imagem e exame clínico são capazes de levantar a hipótese de RCIU (Restrição de crescimento intraútero). O acompanhamento pré-natal reduz a morbimortalidade associada aos desvios do RCIU através da vigilância da vitalidade fetal³⁵. Além de possibilitar diagnóstico precoce e tratamento adequado de infecções e doenças que poderiam prevenir a restrição de crescimento³⁶.

O período de internação neonatal hospitalar prolongado, maior que 72 horas, relacionou-se ao pré-natal inadequado. As causas de internação neonatal hospitalar prolongada devem-se às complicações gestacionais e relacionadas ao parto³. Somado a isso, alta permanência do binômio contribui diretamente para o aumento dos custos hospitalares, configurando a gravidez na adolescência e o pré-natal inadequado como um problema de saúde pública³⁷.

Nesse sentido, faz-se importante a capacitação dos profissionais de saúde habilitados para o acompanhamento pré-natal no âmbito da atenção primária. Destaca-se o potencial das consultas de enfermagem em reduzir os desfechos negativos relacionados à gravidez na adolescência, por apresentarem uma abordagem de cuidado integral, tendo a função de prestar atenção qualificada e acolhimento à gestante, identificar e priorizar suas necessidades, direcionar assistência e orientação visando bons resultados até o nascimento da criança³⁸.

Considerou-se como limitação do estudo o fato de todas as gestantes adolescentes apresentarem critério de alto risco, resultando em periodização menor entre os retornos, o que pode ter superestimado a quantidade de consultas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As gestantes adolescentes com seguimento de pré-natal inadequado apresentam maior chance de desfechos perinatais obstétricos e neonatais desfavoráveis. A amostra estudada apresentou maior chance para o desenvolvimento de comorbidades durante a gestação, não adesão às rotinas de exame, além de maior ocorrência de parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e internação prolongada.

Sendo assim, reforça-se a importância do acompanhamento pré-natal adequado, capacitação dos profissionais de saúde, a fim de minimizar os desfechos maternos e neonatais adversos na população estudada e os custos em saúde hospitalar. Espera-se que os resultados contribuam para ações e políticas de saúde específicas para adolescentes, visando ao aumento da adesão à assistência pré-natal e melhora dos indicadores de saúde loco regional.

AFILIAÇÃO

1. Enfermeira. Residente pelo programa Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Contato: ingridcarolinecp@gmail.com.
2. Enfermeira. Residente pelo programa Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.
3. Enfermeira. Mestre, Tutora do programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica. Goiania, Goias, Brasil.
4. Enfermeira. Doutoranda, Tutora do programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica. Goiania, Goias, Brasil.
5. Enfermeira. Mestre, Coordenadora do programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica. Goiania, Goias, Brasil.
6. Enfermeira. Doutora, em Ciências da Saúde pela UFTM. Professora titular da Faculdade de Enfermagem da UFG. Goiania, Goias, Brasil.

ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um link para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Health topics: adolescent health [Internet]. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1
2. Costa NL, Silva e Silva WC, Cunha KC. Avaliação dos desfechos obstétricos entre grávidas adolescentes e adultas: um estudo transversal em um município da Amazônia brasileira. *Femina* [Internet]. 2020;48(12):739-46. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1141184/femina-2020-4812-739-746.pdf>
3. Duarte ES, Pamplona TQ, Rodrigues AL. A gravidez na adolescência e suas consequências biopsicossociais. *DêCiência em Foco* [Internet]. 2018;2(1):45-52. Disponível em: <https://revistas.uninorteac.edu.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/29/24>.
4. Santos Filho OO, Telini AH. Infecções do trato urinário durante a gravidez [Internet]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 87/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco). Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/infecoes-do-trato-urinario-durante-a-gravidez.pdf>
5. Farias RV, Soares CFS, Araújo RS, Almeida VRS, Leitão DS, Santos JS, et al. Gravidez na adolescência e o desfecho da prematuridade: uma

- revisão integrativa de literatura. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020 Ago 13;(56):e3977.
6. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/pre-natal>.
7. Gestação na adolescência: estudo inédito revela queda de 37%, nos últimos 20 anos [Internet]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2021. Disponível em: <https://www.febbrasgo.org.br/pt/noticias/item/1299-gestacao-na-adolescencia-estudo-inedito-revela-queda-de-37-nos-ultimos-20-anos>.
8. Almeida AHV, Gama SGN, Costa MCO, Carmo CN, Pacheco VE, Martinelli KG, et al. Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(12).
9. Bruno SKB, Rocha HAL, Rocha SGMO, Araújo DABS, Campos JS, Silva AC, et al. Prevalence, socioeconomic factors and obstetric outcomes associated with adolescent motherhood in Ceará, Brazil: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Set 8;21(1).
10. Ribeiro JF, Passos AC, Abraão J, Costa Silva C, Santos PO, Virginia A. Complicações obstétricas em adolescentes atendidas em uma maternidade pública de referência. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017 Jun 18;11(7):2728-35.
11. Ponce VAÁ, Uria RMA, López IB, Rizo MM. El bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en el embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2011 Mar 1;37(1):23-31. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100004.
12. Quaresma ME, Almeida AC, Méio MDB, Lopes JMA, Peixoto MVM. Factors associated with hospitalization during neonatal period. *J Pediatr*. 2018 Jul;94(4):390-8.
13. Paixao ES, Blencowe H, Falcao IR, Ohuma EO, Rocha AS, Alves FJO, et al. Risk of mortality for small newborns in Brazil, 2011-2018: a national birth cohort study of 17.6 million records from routine register-based linked data. *Lancet Reg Health Am*. 2021 Nov;3:100045.
14. Resende LV, Rodrigues RN, Fonseca MC. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(4/5):218-24.
15. Secretaria de Estado da Saúde (GO). Pré-natal [Internet]. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; 2019. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/pre-natal/>
16. Ministério da Saúde (BR), Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016 [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2016. Disponível em: https://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf>
17. Leal MC, Esteves Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian Public Health Services. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2020;54:08. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31967277/>.
18. Viellas EF, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014;30(Supl.1). p.85-100. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cgmbdpr4fl5qyqcpkqvqpc/?lang=pt>>
19. Pereira Junior BH, Paes NA, Silva ESA, Sá AG. Número de consultas de pré-natal e fatores associados com variáveis da declaração de nascidos vivos das adolescentes do Semiárido paraibano. *CIS* [Internet]. 2021 Out 10;21(4):267-83. Disponível em: <https://www.conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/185>.
20. Assis TSC, Martinelli KG, Gama SGN, Santos Neto ET. Pregnancy in adolescence in Brazil: associated factors with maternal age. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2021 Dez;21(4):1055-64.
21. Dias BF, De Antoni NM, Vargas DM. Perfil clínico e epidemiológico da gravidez na adolescência: um estudo ecológico. *Arq Catarin Med* [Internet]. 2020 Mar 31;49(1):10-22. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/596>.
22. Melo TAS, Gomes AT, Gomes LA, Herculano DP, Morceli G, Januário GC. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico de adolescentes grávidas no período de 2015 até 2019. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2022 Dez 01;12:e48. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/68969>.
23. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007 Jan;29(1):34-40.
24. Moura B, Saldanha M, Lopes M, Guaraná M, Mendes N, Simões R, et al. Gravidez na adolescência: fatores associados e resultados perinatais em uma maternidade-escola do Rio de Janeiro. *Adolesc Saúde*. 2011;8(1):15-20.
25. Almeida AHV, Gama SGN, Costa MCO, Viellas EF, Martinelli KG, Leal MC. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2019 Mar;19(1):43-52.
26. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 Jan 21;54:8. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/165868/158746>.
27. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 Jun 1;(216):1965-74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nMzV7yLyTvPm8JDWxZHcgNN/abstract/?lang=pt>.
28. Santos NLAC, Costa MCO, Amaral MTR, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AHV. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Cien Saude Colet*. 2014 Mar;19(3):719-26.
29. World Health Organization. Preterm birth. Geneva: WHO; 2018 [citado em 1 Jan 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
30. Rêgo MH, Cavalcanti A, Maia E. Resilience and pregnancy in adolescence: an integrative review. *Psicologia, Saúde & Doença*. 2018 Nov 30;19(3):710-23.
31. Valle R, Rauber R, Batista AL. Importância da assistência pré-natal e fatores associados ao baixo peso ao nascer no município de Cascavel, Paraná, no período de 2011 a 2021. *Rev Ibero-Am Estud Educ (Online)*. 2023 Set 25;9(8):2484-96.
32. Amorim GE, Nogueira LC, Carioca MD, Gripp MSM, Santos MC. Restrição de crescimento intrauterino e os fatores de risco associados no Brasil. *Cad Anais Home* [Internet]. 2023 Nov 22 [citado em 2024 Jan 12]. Disponível em: <https://homepublishing.com.br/index.php/cadernodeanais/article/view/1095/1208>.
33. Souza RT, Vieira MC, Esteves-Pereira AP, Maria R, Elisabeth M, Edson, et al. Risk stratification for small for gestational age for the Brazilian population: a secondary analysis of the Birth in Brazil study. *Sci Rep*. 2020 Set 7;10(1).
34. Falcão IR, Rita F, Fiaccone RL, Silva NJ, Paixão ES, et al. Factors associated with small-and large-for-gestational-age in socioeconomically vulnerable individuals in the 100 Million Brazilian Cohort. *Am J Clin Nutr*. 2021 Jul 1;114(1):109-16.
35. Zanette NV, Costa AZD, Corrêa TRK. Caracterização de gestantes com diagnóstico de restrição de crescimento intrauterino internadas em um hospital do Sul do Brasil. *Rev AMRIGS* [Internet]. 2016;214-9. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832342>.
36. Branco R, Wany M, Raquel, Puccini RF. Risk factors for low birth weight in Botucatu City, SP State, Brazil: a study conducted in the public health system from 2004 to 2008. *BMC Res Notes*. 2012 Jan 23;5:60.
37. Farias RV, Soares CFS, Araújo RS, Almeida VRS, Leitão DS, Santos JS, Santos LS, Nogueira SDA, Moraes AC, Oliveira CBF. Gravidez na

adolescência e o desfecho da prematuridade: uma revisão integrativa de literatura. REAS [Internet]. 2020 Ago 13;(56):e3977. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3977>.

38. Santos LF, Brito SS, Mutti CF, Santos NSS, Evangelista DR, Pacheco LR. Características do pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas

em unidades de atenção primária à saúde. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2018 Fev 4;12(2):337-44. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230817/27812>.

Data de Publicação: 30 de setembro de 2024