

JOSE METELLO<sup>1</sup>  
MARIANA TORGAL<sup>1</sup>  
RUI VIANA<sup>1</sup>  
LUÍSA MARTINS<sup>2</sup>  
MIGUEL MAIA<sup>2</sup>  
ESTÉR CASAL<sup>2</sup>  
MANUEL HERMIDA<sup>3</sup>

# Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes

*Teenage pregnancy outcome*

## Artigos originais

### Palavras-chave

Adolescente  
Gravidez  
Idade gestacional  
Trabalho de parto induzido  
Lacerações  
Episiotomia  
Apgar

### Keywords

Adolescent  
Pregnancy  
Gestational age  
Labor, induced  
Lacerations  
Episiotomy  
Apgar

## Resumo

**OBJETIVO:** comparar parto e seguimento de gravidez entre grávidas adolescentes e não-adolescentes que pariram num hospital terciário da região de Lisboa (Portugal). **MÉTODOS:** estudo retrospectivo com 10.656 partos. Foram avaliados: seguimento da gravidez, idade gestacional no parto, tipo de parto, necessidade de episiotomia e lacerações graves, índice de Apgar no quinto minuto e peso ao nascer. As grávidas foram divididas em dois grupos, acima e abaixo dos 20 anos. O grupo abaixo dos 20 anos foi depois subdividido entre grávidas com menos ou mais de 16 anos. Foi usado o teste do  $\chi^2$  para análise estatística. **RESULTADOS:** as adolescentes tiveram pior seguimento: primeira consulta após as 12 semanas (46,4 versus 26,3%) e menos de quatro consultas (8,1 versus 3,1%), menos distocia (21,5 versus 35,1%), menos cesarianas (10,6 versus 20,7%) e menor necessidade de indução do trabalho de parto (16,5 versus 26,5%). Não houve diferença significativa para idade gestacional no parto e taxa de recém-nascidos de baixo peso. Entre adolescentes, as menores de 16 anos tiveram mais recém-nascidos de baixo peso (12 versus 7,4%) e mais partos entre 34 e 37 semanas (10,8 versus 4,2%). **CONCLUSÕES:** num hospital com serviço dedicado a grávidas adolescentes com apoio social e psicológico, apesar de pior seguimento pré-natal vigilância, o seu desempenho não foi pior. Uma atenção especial deve, no entanto, ser dada a grávidas abaixo dos 16 anos.

## Abstract

**PURPOSE:** to compare delivery and pregnancy follow-up among adolescent and non-adolescent pregnant women whose delivery occurred in a tertiary hospital from Região de Lisboa (Portugal). **METHODS:** retrospective study with 10,656 deliveries. Pregnancy follow-up, delivery type, need of episiotomy and severe lacerations, Apgar index at the fifth minute and the delivery weight have been evaluated. The pregnant women were divided into two groups, over and under 20 years old. The group with women under 20 was further subdivided in pregnant women under or over 16. The  $\chi^2$  test has been used for statistical analysis. **RESULTS:** adolescents presented worse follow-up: first appointment after 12 weeks (46.4 versus 26.3%) and less than four appointments (8.1 versus 3.1%), less dystocia (21.5 versus 35.1%), less caesarian sections (10.6 versus 20.7%), and lower need for inducing labor (16.5 versus 26.5%). There was no significant difference concerning gestational age at delivery and ratio of low weight newborns. Among adolescents, the ones under 16 had more low weight newborns (12 versus 7.4%) and more deliveries between 34 and 37 weeks (10.8 versus 4.2%). **CONCLUSIONS:** in a hospital attending adolescents with social and psychological support, the fact of them having had a worse follow-up in the pre-natal phase, their performance has not been worse. Nevertheless, special attention might be given to pregnant women under 16.

### Correspondência:

José Metello  
Serviço de Obstetrícia do Hospital Garcia d'Orta – Almada, Portugal  
Avenida Professor Torrado da Silva - Pragal  
CEP 2801-951 – Almada, Portugal

### Recebido

26/8/08

### Aceito com modificações

8/12/08

Serviço de Obstetrícia do Hospital Garcia d'Orta – Almada, Portugal.

<sup>1</sup> Residentes do Hospital Garcia d'Orta – Almada, Portugal.

<sup>2</sup> Assistentes Graduados do Hospital Garcia d'Orta – Almada, Portugal.

<sup>3</sup> Diretor do Serviço de Obstetrícia do Hospital Garcia d'Orta – Almada, Portugal.

## Introdução

A gravidez na adolescência afeta de forma transversal todas as nações mundiais com taxas de incidência muito variáveis. Ao longo da história foi comum o casamento e o parto em idades abaixo dos 15 anos. Tradicionalmente o parto em idades precoces, sobretudo abaixo dos 16 anos, tem sido associado à maior morbimortalidade materna e fetal, com o aumento de parto pré-termo, restrição de crescimento intra-uterino e recém-nascidos (RN) pequenos para a idade gestacional<sup>1-6</sup>. Apesar de conflitante, vários trabalhos demonstram que a incidência de baixo peso ao nascer é duplicada no grupo de adolescentes e que a mortalidade neonatal chega a ser quase três vezes maior, não esquecendo ainda a morbidade perinatal tardia<sup>7</sup>.

Para justificar esta associação, diversos argumentos surgem listados na literatura, a maioria deles proveniente apenas de dados empíricos sem que se encontre um suporte científico adequado. Um estilo de vida incorreto, com uma dieta pobre e o fato do crescimento durante a adolescência poder competir com a nutrição adequada do feto<sup>4</sup>, o tabagismo e o uso de drogas têm sido os argumentos utilizados para explicar os problemas fetais<sup>8,9</sup>. Por outro lado, estudos realizados nas décadas de 1980 e 1990 mostraram resultados que sugerem um risco aumentado de parto cirúrgico ou instrumentado, especialmente nas idades mais jovens<sup>10,11</sup>. Neste contexto, as razões invocadas sugerem que o canal de parto destas adolescentes não teria atingido ainda por completo a maturidade do adulto.

Estudos mais recentes parecem, no entanto, contrariar alguns destes conceitos, associando mesmo as gravidezes em adolescentes a menos cesarianas e menos partos instrumentados<sup>2,9,12</sup>, justificadas com o argumento de uma taxa maior de baixo peso<sup>4,13</sup>. No entanto, quando são analisados dados de adolescentes com cuidados perinatais diferenciados que incluam fácil acesso às consultas, apoio social e psicológico, o desempenho final tende a ser igual ou melhor que no grupo global de grávidas<sup>3,14</sup>.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística em Portugal, durante os últimos anos, a taxa de grávidas que pariram antes dos 20 anos variou entre 5 e 5,5%. A população abrangida pelo nosso hospital inclui uma área associada a uma população de muito baixo nível sócioeconómico. Há um serviço especialmente dirigido a grávidas adolescentes (menos de 18 anos) que inclui suporte psicológico e social.

O objetivo deste estudo retrospectivo foi analisar a evolução da gravidez, o parto e os RN em dois grupos de grávidas de faixas etárias diferentes que pariram em um hospital terciário da região de Lisboa entre março de 2004 e dezembro de 2006.

## Métodos

Recorrendo a arquivos informatizados foram analisados todos os partos com RN vivos que ocorreram no Hospital Garcia de Orta, Almada entre março de 2004 e dezembro de 2006. Considerando que as gravidezes em adolescentes têm sido associadas no passado a prognósticos adversos, o Hospital Garcia d'Orta oferece a possibilidade de seguir todas as jovens que engravidem com idade inferior a 18 anos. Além do seguimento médico de rotina, são também oferecidos o apoio de uma psicóloga, de uma assistente social e os serviços hospitalares para a realização de todas as análises, ecografias ou outros exames necessários.

As mulheres foram subdivididas em três grupos para as comparações: grávidas com mais de 20 anos (Grupo A), grávidas entre os 16 e os 20 anos (Grupo B) e grávidas antes dos 16 anos (Grupo C). Foi comparado A contra B+C em seguida B contra C.

As variáveis estudadas foram: quanto ao seguimento da gravidez – idade gestacional na primeira consulta (se antes ou após a 12ª semana) e número de consultas (se superior ou inferior a quatro); idade gestacional no parto, com dois valores de corte, 34 e 37 semanas. Quanto à resolução da gravidez: necessidade de indução de trabalho de parto (ITP) com prostaglandinas; apresentação fetal; tipo de parto cesariana *versus* não-cesariana e eutócico *versus* distócico; necessidade de episiotomia e ocorrência de lacerações perineais graves. Para avaliação da evolução dos RN foi empregado índice de Apgar ao quinto minuto maior ou menor que sete e número de RN de baixo peso. Foram utilizadas as seguintes definições: parto pré-termo, se antes da 37ª semana completa; pós-termo, após 42 semanas; baixo peso ao nascer, se o peso fosse inferior a 2.500 g. Foram classificadas como graves, as lacerações que envolvessem o esfíncter anal ou a mucosa rectal.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Português, todas as grávidas devem ser submetidas a uma ecografia por trimestre de gravidez. Deste modo, a idade gestacional foi considerada de acordo com a ecografia mais precoce que foi realizada.

Todas as parturientes não-introduzidas na base de dados foram excluídas da análise (5,9%). A análise estatística foi realizada com o teste de  $\chi^2$ . Foram calculadas medidas de Odds Ratio (OR): Grupos B+C contra A e C contra B.

## Resultados

Durante o período em avaliação foi verificado um total de 10.656 partos (Tabelas 1 e 2), dos quais 636 (5,9%) foram excluídos por ausência de dados. Dos restantes, 678 parturientes engravidaram antes dos 20 anos (6,7%) e 85

**Tabela 1** - Comparação entre grávidas adolescentes e não-adolescentes quanto a pré-natal, idade gestacional no parto, tipo de parto complicado e evolução do recém-nascido

	Grupo A (≥20 anos)		Grupo B+C (<20 anos)		Nível de significância
	n	%	n	%	A versus todas
<b>Número total de grávidas</b>	9.318	-	678	-	
<b>1ª consulta</b>					
<12 semanas	6.668	74,7	347	53,6	p<0,001
Missing	386	4,1	31	4,6	
<b>Número de consultas</b>					
4	8.792	97,4	597	91,6	p<0,001
Missing	292	3,1	26	3,8	
<b>Idade gestacional no parto</b>					
<34 semanas	235	2,5	15	2,2	ns
34 a 36 semanas	453	4,9	34	5,0	ns
≥37 semanas	8.617	92,6	628	92,8	ns
Missing	13	0,1	1	0,1	-
<b>ITP com PG</b>	2.427	26,5	113	16,9	p<0,001
Missing	146	1,6	10	1,5	
<b>Tipo de parto</b>					
Eutócicos	6.049	64,9	532	78,5	p<0,001
Vácuo-extração	825	8,9	47	6,9	ns
Fórceps	510	5,5	27	4,0	ns
CST	1.932	20,7	72	10,6	p<0,001
Missing	1	0,0	0	0	
<b>Episiotomias</b>	4.407	47,9	426	63,7	p<0,001
Missing	110	1,2	9	1,35	
<b>Lacerações perineais</b>					
Ligeiras	7.577	89,4	583	94,6	p<0,001
Graves	66	0,8	4	0,6	ns
Missing	846	9,1	59	8,7	
<b>Peso ao nascer</b>					
Baixo peso	683	7,5	53	8,0	ns
Macrossômicos	505	5,5	24	3,6	p<0,05
Missing	207	2,2	12	1,8	
<b>Índice de Apgar</b>					
<7º ao 5º min	59	0,7	1	0,2	ns
Missing	306	3,3	21	3,1	
<b>Paridade</b>					
Multiparas	4.543	49,1	79	11,7	p<0,001
Primíparas	4.718	50,9	596	88,3	p<0,001
Missing	57	0,6	3	0,4	
Pélvicos	456	5,1	15	2,3	p<0,05

ITP=pró-indução de trabalho de parto com prostaglandinas (PG); missing=dados inexistentes; ns=não significante; CST=contraction stress test.

(0,8%) antes dos 16 anos. A média de idade da população foi de 28,3 anos (dp±5,5). No Grupo A (>20 anos), 50,9% eram multíparas e ocorreram 1,2% gestações gemelares, comparativamente com 11,7 e 0,3%, respectivamente para os Grupos B+C.

Considerando o seguimento das gestações, 74,6% das parturientes do Grupo A tiveram uma primeira consulta antes da 12ª semana, comparativamente com 53,6% do Grupo B+C (53,6% no Grupo B e 55,6% no

**Tabela 2** - Comparação entre os dois grupos de grávidas adolescentes quanto a pré-natal, idade gestacional no parto, tipo de parto complicado e evolução do recém-nascido

	Grupo B (16 a 20)		Grupo C (<16)		Nível de significância
	n	%	n	%	B versus C
<b>Número total de adolescentes</b>	593	-	85	-	
<b>1ª consulta</b>					
<12 semanas	302	53,4	45	55,6	ns
Missing	27	4,6	4	4,7	-
<b>Número de consultas</b>					
>4	527	92,3	70	86,4	ns
Missing	22	3,7	4	4,7	-
<b>Idade gestacional no parto</b>					
<34 semanas	14	2,4	1	1,2	ns
34 a 36 semanas	25	4,2	9	10,8	p<0,05
>37 semanas	554	93,4	74	88,1	ns
Missing	0	0	1	1,2	-
<b>ITP com PG</b>	95	16,3	18	21,4	ns
Missing	9	1,5	1	1,2	-
<b>Tipo de parto</b>					
Eutócicos	467	78,8	65	76,5	ns
Vácuo-extração	43	7,3	4	4,7	ns
Fórceps	23	3,9	4	4,7	ns
CST	60	10,1	12	14,1	ns
Missing	0	0	0	0	-
<b>Episiotomias</b>	371	63,5	55	64,7	ns
Missing	9	1,5	0	0	-
<b>Lacerações perineais</b>					
Ligeiras	509	94,4	74	92,6	ns
Graves	3	0,6	1	1,3	ns
Missing	54	9,1	5	5,9	-
<b>Peso ao nascer</b>					
Baixo peso	43	7,4	10	12	p<0,001
Macrossômicos	22	3,8	2	2,4	ns
Missing	10	1,7	2	2,4	-
<b>Índice de Apgar</b>					
<7º ao 5º min	1	0,2	0		ns
Missing	18	3	3	3,5	-
<b>Paridade</b>					
Multiparas	78	13,2	1	1,2	p<0,001
Primíparas	513	86,8	83	98,8	p<0,001
Missing	2	0,3	1	1,2	-
Pélvicos	13	2,3	2	2,4	ns

ITP=pró-indução de trabalho de parto com prostaglandinas (PG); missing=dados inexistentes; ns=não significante; CST=contraction stress test.

Grupo C). Estas diferenças foram significativas quando se compara o Grupo A versus B+C (p<0,001), mas não entre os Grupos B e C.

Por outro lado, 2,6% das parturientes do Grupo A tiveram menos de quatro consultas durante a gestação, comparativamente com 8,4% entre as adolescentes (7,7% no Grupo B e 13,6% no Grupo C). Verificou-se uma diferença significativa entre os Grupos A versus B+C (p<0,001), mas não entre os Grupos B versus C.

Para comparar a idade gestacional no parto foram utilizados dois valores de corte, a 34<sup>a</sup> e a 37<sup>a</sup> semana. No Grupo A, 97,5% das parturientes pariram após as 34 semanas, comparativamente com 97,6% para o Grupo B+C. Quando o valor de corte considerado foi a 37<sup>a</sup> semana, 92,6% das mulheres pariram após esta data, comparativamente com 92,2% no Grupo B+C (94,4% para o Grupo B e 87% para o C). Não foram observadas diferenças significativas, exceto quando B e C foram comparados entre a 34<sup>a</sup> e a 37<sup>a</sup> semanas ( $p < 0,05$ ).

Quanto ao tipo de parto, foi comparado inicialmente parto eutócico *versus* distócico e depois cesariana *versus* não-cesariana. No Grupo A, 64,9% tiveram partos eutócicos comparativamente com 78,5% no Grupo B+C (78,8% no Grupo B e 76,5% no C). Por outro lado, no Grupo A foi verificada uma taxa de 20,7% de cesarianas comparativamente com 10,6% entre as adolescentes dos Grupos B+C (10,1% no Grupo B e 14,1% no Grupo C). Em ambas as comparações, as diferenças entre A *versus* B+C ( $p < 0,001$ ) foram significativas, mas não entre B *versus* C.

Também relativamente à apresentação fetal foram observadas diferenças significativas ( $p < 0,001$ ): 456 partos (5,1%) em apresentação pélvica entre as adultas (Grupo A) e 15 no grupo das adolescentes (2,3% no Grupo B e 2,4% no C).

A necessidade de ITP com prostaglandinas foi verificada em 26,5% do Grupo A e 16,9% do Grupo B (16,3% no Grupo B e 21,4% no C); ( $p < 0,001$ ) A *versus* B+C. Mais uma vez não foram verificadas diferenças significativas entre os dois grupos de adolescentes.

A respeito da taxa de episiotomias, esta foi realizada em 60,1% de todas as mulheres com parto vaginal do Grupo A, comparativamente com 63,7% no Grupo B+C (70,3% no Grupo B e 74% no C). As adolescentes tiveram maior taxa de episiotomias, com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Quando as taxas de lacerações perineais graves foram comparadas, foi verificada uma taxa de 1% no Grupo A contra 0,72% no Grupo B+C (0,62% no Grupo B e 1,5% no C); não se encontraram diferenças significativas entre A *versus* B+C e B *versus* C.

Relativamente ao peso dos RN, 7,5% das parturientes do Grupo A tiveram RN de baixo peso, comparativamente com 7,9% no Grupo B+C (7,4% no Grupo B e 12% no C). Apenas foi verificada uma diferença estatisticamente significativa entre B e C. Quando o índice de Apgar ao quinto minuto foi avaliado, 0,65% dos RN do Grupo A tiveram um índice de Apgar  $< 7$ , comparativamente 0,15% no Grupo B+C (0,15% no Grupo B e 0% no C). Não foram verificadas diferenças entre estes grupos. A taxa de RN macrossômicos foi de 5,5% no Grupo A e 3,6% no B+C (3,8% no Grupo B e 2,4% no C), com diferença estatisticamente significativa para  $p < 0,05$ .

## Discussão

Estudo retrospectivo, que envolveu um total de 10.656 partos com 6,7% de gravidez antes dos 20 anos e 0,8% antes dos 16. Foram feitas comparações entre dois grupos de grávidas (acima e abaixo dos 20 anos) e entre dois grupos de adolescentes (acima e abaixo dos 16 anos).

Um pré-natal insuficiente foi considerado (gravidez mal vigiada) quando o número de consultas foi inferior a quatro e um início de vigilância tardio quando este ocorreu após as 12 semanas. Foi observado que mais adolescentes tiveram um início tardio de vigilância na gravidez, com OR de 2,4 para as adolescentes em geral, e que mais adolescentes tiveram uma má vigilância, OR=3 entre os 16 e 19 anos e OR=5 abaixo dos 16 anos. Estes resultados são semelhantes aos de outros estudos<sup>1,6,12</sup>. Tradicionalmente, o grupo de adolescentes, especialmente as mais novas, tem sido associado a um seguimento tardio e irregular. As razões invocadas são presas ao fato de tardiamente terem conhecimento da sua gravidez, pelo receio que têm em comunicar aos seus familiares, pela própria dinâmica da família e por outro lado pela dificuldade que muitas vezes têm quanto ao acesso aos serviços de saúde. Para a maioria das adolescentes houve menos barreiras de acesso econômico/geográficas que de natureza psicossocial<sup>15</sup>. Destas, se destacam constrangimento e medo durante as consultas, bem como o sentimento de vergonha no atendimento por ginecologista do sexo masculino, além do receio de que as informações dadas ao profissional de saúde não sejam mantidas em sigilo<sup>16</sup>. Já foi demonstrado que a ausência do pai no domicílio se relaciona com falta de adesão ao pré-natal.

Por outro lado, estas faixas de idade estão muitas vezes associadas a comportamentos de risco, que incluem o uso de drogas, álcool ou apenas má integração social. A compreensão destes fatos tem ajudado a estabelecer estratégias que contribuam para corrigir a má vigilância durante a gravidez.

Quanto à idade gestacional no parto, apesar de não terem sido observadas diferenças significativas, foi verificado que as adolescentes com menos de 16 anos tiveram OR de 1,6 para parto antes da 37<sup>a</sup> semana. No entanto, foi verificado que a maioria dos partos pré-termo ocorreram entre a 34<sup>a</sup> e a 37<sup>a</sup> semanas e não houve prematuridade extrema. Os estudos são conflitantes quanto a este aspecto. No entanto, a maioria conclui a favor de um aumento de risco de parto pré-termo, com um aumento no risco absoluto entre 8 e 14% e no risco relativo entre 1,4 e 1,9<sup>2,4,6,12,17</sup>. Das razões que têm sido invocadas são destacadas o tabagismo, drogas, má alimentação e a própria má vigilância da gravidez. Situações de complicações maternas graves, com exceção de pré-eclâmpsia, não são habitualmente mais freqüentes nestas idades mais precoces. A

população de adolescentes abrangida por este estudo não é suficientemente grande para permitir criar subgrupos que permitam avaliar estes fatores de risco.

As adolescentes tiveram mais partos eutócicos (OR=1,9) e menos cesarianas (OR=0,47), sem diferença significativa entre os dois grupos adolescentes. Por outro lado, verificou-se que este grupo teve OR de 0,6 para macrossomia, 0,4 no número de apresentações pélvicas e cerca de 0,2 no de gravidezes gemelares. Apesar da grande variância na taxa de cesarianas entre hospitais e países, a literatura mais recente partilha destes achados, registrando uma redução de um terço à metade da taxa de cesarianas<sup>3,5,18</sup>. Entre adolescentes há tendência em encontrar uma taxa de cesarianas menor no grupo das mais velhas (entre 16 e 19 anos)<sup>9,19,20</sup>.

Quanto aos partos instrumentados mais uma vez os estudos são divergentes<sup>2,5,9</sup>. Este estudo parece, no entanto, não ser o único a verificar menor taxa de apresentações pélvicas<sup>21</sup>. Não é fácil encontrar uma explicação óbvia para estes resultados. Na verdade, o grupo que teve melhor desempenho foi o grupo entre os 16 e 19 anos. O fato de haver menos apresentações pélvicas, menos macrossomia, menos partos gemelares e mais RN de baixo peso pode ajudar a explicar um menor número de cesarianas e de partos instrumentados.

O OR de episiotomia nos partos vaginais entre as adolescentes foi de 1,6, sem que no entanto se tivessem verificado diferenças no OR de lacerações graves e também não se verificaram diferenças entre os dois grupos de adolescentes. Um estudo realizado em Toronto em 2000<sup>18</sup> mostrou resultados semelhantes. A taxa de episiotomias também está de acordo com outras observações<sup>22,23</sup>. A questão do número de episiotomias foi exaustivamente avaliada num estudo publicado em 2006, no qual foram incluídas 66.224 grávidas. Foi concluído que a primiparidade estava associada a OR de 8, parto por fórceps 7, por vácuo-extração 5 e macrossomia 1,8. Sabendo disto será fácil explicar parte da questão. Outras razões habitualmente invocadas para explicar esta disparidade são a imaturidade biológica e as expectativas de parteiras e médicos quanto à proteção do períneo em grávidas particularmente novas. Não foram encontrados estudos dirigidos à avaliação deste conceito psicológico dos profissionais de saúde ou das suas conseqüências. O número de lacerações graves foi demasiado pequeno para que se pudesse tirar conclusões.

A necessidade de ITP foi menor no grupo das adolescentes e foi mínima no grupo entre os 16 e 19 anos, com OR global de 0,59. No Hospital Garcia d'Orta, para as induções programadas se recorre geralmente ao uso de prostaglandinas para preparação cervical. As razões para avaliar os motivos de ITP nesta população não foram motivo de análise deste estudo, no entanto de uma forma

universal a maior parte das ITP após a 40ª semana estão relacionadas com a idade gestacional propriamente dita, enquanto aquelas abaixo das 37 semanas estão relacionadas com doença materna, fetal ou rotura prematura de membranas. Neste contexto, nas grávidas que foram submetidas a ITP, apesar de as adolescentes terem tido uma menor taxa de necessidade de ITP, o OR após a 40ª semana foi de 1,1 e antes da 37ª semana de 0,7. Levando em conta estas considerações, foi colocada a hipótese de as ITP no grupo com mais de 20 anos estarem mais relacionadas com complicação da gravidez, enquanto entre as adolescentes estavam mais relacionadas com idade gestacional. Um outro tipo de estudo e uma análise exaustiva poderão ajudar a esclarecer esta questão.

A taxa de RN de baixo peso não foi diferente quando se compararam adolescentes com não-adolescentes. Quando comparados os dois grupos de adolescentes foi possível observar que o grupo com idade inferior a 16 anos teve OR de RN de baixo peso de 1,7. Não se verificaram diferenças quanto ao índice de Apgar ao quinto minuto. A taxa de RN de baixo peso não é homogênea na literatura, variando, no grupo das adolescentes, entre 8 e 14%<sup>1,2,4,5,18</sup>, comparativamente com 7,8% nesta amostra. Esta percentagem é apenas ligeiramente superior aos 7,5% de um estudo que envolveu mais de 5.000 grávidas com idade inferior a 18 anos. No entanto, há diversos registros na literatura que são concordantes com a idéia de que as adolescentes mais novas tendem a ter uma maior percentagem de RN de baixo peso, bem como uma maior taxa de parto pré-termo<sup>5,6,19,21</sup>.

O baixo peso ao nascer na adolescência tem sido atribuído, sobretudo, ao baixo número de consultas no pré-natal, início tardio da vigilância, baixa escolaridade e só depois a faixa etária<sup>12</sup>. Um trabalho realizado em Taiwan demonstrou que a taxa de RN com baixo peso ao nascer entre mães solteiras foi três vezes e meia mais alta que entre mães casadas<sup>24</sup>.

A taxa de partos com RN de baixo peso em adolescentes foi ligeiramente inferior ao valor que seria esperado de acordo com a literatura. A explicação que foi encontrada é relacionada com o bom suporte antenatal. Se os dados apresentados forem considerados, 100% das adolescentes tiveram consultas no terceiro trimestre. Apesar de as adolescentes, especialmente as mais novas, terem um número aumentado de partos pré-termo e de RN de baixo peso, este fato não parece influenciar de forma adversa o bem-estar do recém-nascido do pós-parto imediato.

Em 2000 foi publicado um estudo canadense<sup>18</sup>, no qual também não se encontraram diferenças em diversos parâmetros que avaliaram o bem-estar do RN, incluindo o índice de Apgar. O índice de Apgar ao quinto minuto, apesar de ser um parâmetro razoável para avaliação do pós-parto imediato, tem muitas limitações quanto à avaliação

de bem-estar de um RN nos dias que se seguem ao parto, porém pelo menos nos primeiros momentos de vida não foram observadas diferenças significativas.

É possível concluir que, apesar de as adolescentes iniciarem mais tarde a vigilância da gravidez e terem um seguimento com menos consultas, elas têm mais partos eutócicos, menos cesarianas, menos apresentações pélvicas e menor necessidade de ITP. A taxa de RN com índice de Apgar inferior a sete e ao quinto minuto foi

semelhante ao das mulheres com mais de 20 anos. Por outro lado, as adolescentes têm mais porcentagem de episiotomias.

Entre as adolescentes, as que engravidaram antes dos 16 anos tendem a ter mais partos pré-termo entre a 34<sup>a</sup> e a 37<sup>a</sup> semanas e um maior número de RN de baixo peso. Apesar de não ter significado estatístico, o grupo de adolescentes mais novas teve mais cesarianas, episiotomias e lacerações graves.

## Referências

- Zhang B, Chan A. Teenage pregnancy in South Australia, 1986-1988. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1991;31(4):291-8.
- Lao TT, Ho LF. Obstetric outcome of teenage pregnancies. *Hum Reprod.* 1998;13(11):3228-32.
- Lao TT, Ho LF. The obstetric implications of teenage pregnancy. *Hum Reprod.* 1997;12(10):2303-5.
- Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med.* 1995;332(17):1113-7.
- Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol.* 2000;96(6):962-6.
- Gortzak-Uzan L, Hallak M, Press F, Katz M, Shoham-Vardi I. Teenage pregnancy: risk factors for adverse perinatal outcome. *J Matern Fetal Med.* 2001;10(6):393-7.
- Amaya J, Borrero C, Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2005;56(3):216-24.
- Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(2):342-9.
- Lubarsky SL, Schiff E, Friedman SA, Mercer BM, Sibai BM. Obstetric characteristics among nulliparas under age 15. *Obstet Gynecol.* 1994;84(3):365-8.
- Bacci A, Manhica GM, Machungo F, Bugalho A, Cuttini M. Outcome of teenage pregnancy in Maputo, Mozambique. *Int J Gynaecol Obstet.* 1993;40(1):19-23.
- Konje JC, Palmer A, Watson A, Hay DM, Imrie A, Ewings P. Early teenage pregnancies in Hull. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99(12):969-73.
- Santos GH, Martins MG, Sousa MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(5):224-31.
- Ziadeh S. Obstetric outcome of teenage pregnancies in North Jordan. *Arch Gynecol Obstet.* 2001;265(1):26-9.
- Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health.* 2006;16(2):157-61.
- Carvalho IE, Mello MB, Morais SS, Silva JLP. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(5):886-94.
- Richter S. Accessibility of adolescent health services. *Curationis.* 2000;23(2):76-82.
- Li YM, Chang TK. Maternal demographic and psychosocial factors associated with low birth weight in eastern Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci.* 2005;21(11):502-10.
- Van Eyk N, Allen LM, Sermer M, Davis VJ. Obstetric outcome of adolescent pregnancies. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2000;13(2):96.
- Magalhães MLC, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho FHC, Almeida FML, Mattar R, et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(8):446-52.
- Ambadekar NN, Khandait DW, Zodepey SP, Kasturwar NB, Vasudeo ND. Teenage pregnancy outcome: a record based study. *Indian J Med Sci.* 1999;53(1):14-7.
- Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(4):1077-86.
- Ogunyemi D, Manigat B, Marquis J, Bazargan M. Demographic variations and clinical associations of episiotomy and severe perineal lacerations in vaginal delivery. *J Natl Med Assoc.* 2006;98(11):1874-81.
- Weber AM, Meyn L. Episiotomy use in the United States, 1979-1997. *Obstet Gynecol.* 2002;100(6):1177-82.
- Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(1):74-80.