



ARTIGO ORIGINAL

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:
UM ESTUDO ECOLÓGICO****CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PREGNANCY IN
ADOLESCENCE: AN ECOLOGICAL STUDY**

Bruna Fernanda Dias¹
Natalia M. de Antoni²
Deisi Vargas³

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o perfil clínico e epidemiológico da gestação na adolescência buscando possíveis diferenças em relação à gestação em mulheres adultas. **MÉTODOS:** Estudo ecológico a partir de dados secundários (DATA-SUS). Foram estudadas três grupos de variáveis: as relacionadas à mãe, as relacionadas ao parto e as relacionadas ao RN. A análise dos dados foi realizada pelo Teste Qui-quadrado de independência, considerando-se significativa $P \leq 0,05$. Foram utilizadas planilhas do Microsoft Excel, versão 2013, *software* Epi Info v.7, para a obtenção do Odds Ratio (OR), com intervalo de confiança (IC) de 95%. **RESULTADOS:** Foram avaliadas 48.277 gestações, sendo 4.453 (9,22%) em adolescentes com idade média de 16,92 anos ($\pm 1,16$), e 43.824 (90,78%) em mulheres adultas com idade média de 27,89 anos ($\pm 5,77$). As mães adolescentes eram solteiras (54,61%) e brancas (98,02%) em sua maioria e apresentaram gestação única (98,92%). A prematuridade ocorreu em 10,21%, 61,5% dos partos foram vaginais, com 99,73% ocorridos em ambiente hospitalar. Com relação ao recém-nascido, 51,99% eram do sexo masculino e o baixo peso ao nascer foi de 9,57%. Apgar < 7 no 1º minuto foi de 16,63%, e no 5º minuto, 2,14%. A presença de anomalias congênitas em filhos de mães adolescentes foi de 1,15%. **CONCLUSÃO:** A gravidez na adolescência se associou com menor número de consultas de pré-natal, maiores taxas de prematuridade e baixo peso, com maior ocorrência de parto vaginal e de anomalias congênitas no RN.

Descritores: Gravidez na adolescência. Gravidez precoce. Problema social. Tipo de parto. Prematuridade.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the clinical and epidemiological profile of pregnancy in adolescence, searching possible differences in relation to pregnancy in adult women. **METHODS:** Ecological study based on secondary data (DATA-SUS). Three groups of variables were studied: those related to the mother, those related to childbirth and those related to the newborn. The data analysis was performed by the Chi-square test of independence, being considered significant $P \leq 0.05$. Microsoft Excel spreadsheets, version 2013, Epi Info v.7 software were used to obtain the Odds Ratio (OR), with a 95% confidence interval (CI). **RESULTS:** A total of 48,277 pregnancies were evaluated, of which 4,453 (9.22%) were adolescents aged 16.92 ± 1.16 years, and 43,824 (90.78%) in adult women aged of

¹Interna de Medicina. Universidade de Blumenau. Departamento de Medicina. E-mail: brubruferndadiaz@hotmail.com.

²Interna de Medicina. Universidade de Blumenau. Departamento de Medicina. E-mail: nati_poy@hotmail.com.

³Doutora em Pediatria. Professora titular. Departamento de Medicina e Pós-graduação em Saúde Coletiva. E-mail: deisifurb@gmail.com.



27.89 years \pm 5.77. Adolescent mothers were single (54.61%) and white (98.02%) in the majority, and presented single gestation (98.92%). Prematurity occurred in 10.21%, and 61.5% of deliveries were vaginal. With regard to the newborn, 51.99% were male and the low birth weight occurred in 9.57%. Apgar <7 in the 1st and 5th minute was present in 16.63% and 2.14% respectively. The presence of congenital anomalies in children of adolescent mothers was 1.15%. **CONCLUSION:** Adolescent pregnancy was associated with: a lower number of prenatal appointments, higher rates of prematurity and low birth weight, higher incidence of vaginal delivery and congenital anomalies

Keywords: Teenage pregnancy. Early pregnancy. Social issue. Birth delivery type. Prematurity.

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência e condições relacionadas ao parto e puerpério constituem a principal causa de internação hospitalar durante a adolescência no sexo feminino em várias regiões do mundo^{1,2}. Estima-se que cerca de 16 milhões de adolescentes de 15 a 19 anos ficam grávidas a cada ano em todo o mundo; e cerca de dois milhões de adolescentes menores de 15 anos.³

A gravidez na adolescência tem sido vivenciada como um grave problema de saúde pública e risco social, devido aos fatores negativos que se apresentam nessa circunstância^{3,4,5}. Entre eles se encontram os aspectos psicológicos, biológicos, econômicos, perda de oportunidades educacionais e de sucesso profissional.³⁻⁶

Uma gestação nessa época da vida pode desencadear um quadro desfavorável em que muitas adolescentes se sentem desvalorizadas, com baixa autoestima e com pouca expectativa em relação ao seu futuro.⁵ Muitas vezes se associam a um elevado estresse emocional e a um grande sofrimento psíquico, que eleva o risco de exposição ao tabaco, álcool e outras drogas, o que contribui para uma assistência pré-natal desfavorável e aumento do risco de mortalidade materna e neonatal.^{3,5,6,7}

A gravidez na adolescência, além de repercussões sociais e sobre a saúde da gestante, também pode estar associada a prejuízo aos recém-nascidos. As alterações que foram percebidas ao longo de anos de estudo foram a restrição de crescimento uterino, ruptura prematura de membranas, sofrimento fetal, baixo peso ao nascer e prematuridade. Também é descrita na literatura uma maior frequência de apgar mais baixo, doenças respiratórias, trauma obstétrico, além de pior rendimento escolar da criança. Em um estudo sobre o impacto da idade materna nas gestações no Brasil, observou-se que a maioria dos bebês encaminhados para a UTI após o nascimento eram de mulheres com idade entre 10 a 19 anos quando comparado às adultas.^{3,8,9}

Considerando o impacto da gravidez na adolescência na saúde do binômio mãe-filho e na ausência de dados regionais avaliando esta associação, este estudo pretendeu descrever as características da gestação na adolescência na cidade de Blumenau-SC buscando possíveis diferenças em relação à gestação em mulheres adultas.



MÉTODOS

Trata-se de estudo ecológico a partir de dados secundários através de pesquisa no DATASUS. Foram estudadas todas as gestações ocorridas no período de 2000 a 2011 na cidade de Blumenau, localizada no Vale do Itajaí em Santa Catarina. O presente trabalho considerou todas as adolescentes, cuja faixa etária compreendeu dos 10 anos aos 19 anos, sendo que, para algumas análise foi realizada a categorização em adolescência precoce (dos 10 aos 14 anos) e adolescência tardia (dos 15 aos 19 anos incompletos), conforme categorização presente no DATASUS. Foram excluídos do estudo os dados ignorados, que compreendeu os dados de uma gestação, pois não constava a idade materna, não sendo possível classificá-la em adolescente ou adulta. As variáveis de estudo foram: características socioeconômicas, obstétricas, de assistência ao pré-natal e neonatais. Na análise dos dados, as variáveis foram agrupadas em três dimensões a fim de descrever o perfil materno, perfil do parto e perfil do recém-nascido.

Algumas variáveis foram transformadas em binárias para ser possível o cálculo do Odds Ratio, Intervalo de confiança (IC) e aplicação do teste qui-quadrado (χ^2). A escolaridade materna foi categorizada em até oito anos e mais de oito anos de estudo, sendo usado como parâmetro o Ensino Fundamental; o estado civil em solteira ou em outra situação conjugal; e a cor em branca ou outra. No âmbito obstétrico, estudou-se o número de consultas de pré-natal, o tipo de gravidez (única ou outra condição), a duração da gestação, o tipo de parto e o local de ocorrência dele (hospitalar ou domicílio). Quanto ao número de consultas as categorias foram duas, de zero a seis consultas ou maior ou igual a sete. Em relação à duração da gestação, foram considerados prematuros os RN com idade gestacional abaixo de 37 semanas e a termo os nascidos com mais de 37 semanas. No perfil do recém-nascido, as variáveis pesquisadas foram sexo, peso (g), apgar do 1º e 5º minuto e a presença ou não de anomalias. O peso do recém-nascido foi classificado em baixo peso ao nascimento quando abaixo de 2.500 g e adequado nos casos acima de 2500 g. Para o apgar, em virtude da própria separação do sistema DATASUS, foi categorizado em zero a sete e acima de oito. A mesma categorização ocorreu para o apgar do 5º minuto. Quanto às anomalias, foram estudadas malformações do sistema nervoso; do olho, do ouvido, face e pescoço; do aparelho circulatório; do aparelho respiratório; fenda labial e palatina; outras malformações do aparelho digestivo; dos órgãos genitais; do aparelho urinário; do sistema osteomuscular; outras malformações congênitas; anomalias cromossômicas; hemangioma de qualquer localização.

Após coleta de dados, realizou-se a sistematização em tabelas por meio do programa TabWin. Os dados foram armazenados no programa Excel e, posteriormente, exportados para programas de



análises estatísticas para estudar possíveis associações entre as variáveis. Na análise estatística dos dados, foram utilizadas planilhas do Microsoft Excel, versão 2013, contendo fórmulas desenvolvidas para cada situação, e o *software* Epi Info v.7, para a obtenção do Odds Ratio e seus intervalos. Os resultados foram organizados em tabelas e gráficos descritivos contendo: frequências absolutas, frequências relativas percentuais (proporções), a razão de chances e intervalos com 95% de confiança. As associações observadas na distribuição das variáveis do estudo foram avaliadas pelo Teste Qui-quadrado de independência e considerando-se estatisticamente significativas aquelas com valor de $P \leq 0,05$.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Regional de Blumenau (FURB) e devidamente aprovado por ele sob o número do parecer 544.346, em 27 de fevereiro de 2014.

RESULTADOS

Durante o período estudado, ocorreram 46.277 gestações. Desse total, 4.453 (9,22%) representam as gestações em adolescentes e 43.824 (90,78%) as gestações em adultas. As tabelas 1, 2 e 3 apresentam os dados descritivos relativos ao perfil materno, do parto e do recém-nascido, respectivamente.

A gravidez na adolescência associou-se à menor escolaridade, estado civil solteira, menor número de consulta de pré-natal, gestação única, prematuridade, parto vaginal, baixo peso ao nascimento, menor Apgar no primeiro e quinto minutos e a presença de anomalias congênitas (Tabela 4).

A análise das variáveis peso ao nascimento, prematuridade e tipo de parto de acordo com a faixa etária das mães adolescentes, mostrou que as adolescentes entre 10 e 14 anos apresentaram um risco 1,79 vezes maior de apresentar parto prematuro (OR =1,79; IC = 1,16 - 2,76; $p= 0,007$). Esta associação não foi observada para o baixo peso ao nascer e o tipo de parto.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que as mães adolescentes apresentam um perfil clínico e epidemiológico diferente das mães adultas.

No aspecto da escolaridade, o estudo mostra que aproximadamente metade das adolescentes apresentou idade escolar inferior a oito anos, ou seja, não concluíram o Ensino Fundamental. A mesma realidade ocorreu em estudo realizado em Campinas, onde aproximadamente metade das adolescentes tinham até sete anos de escolaridade. Já no Maranhão, apenas um quarto das adolescentes tinha menos



de sete anos de estudos.¹⁰ O elevado índice de evasão escolar se deve às dificuldades em conciliar os estudos com a maternidade, seja em função dos cuidados com o filho ou pelo contexto violento que dificulta o deslocamento no período noturno. Por outro lado, apesar do desejo de retornar aos estudos, não o fazem por sentimentos de tristeza e perda de uma parte da sua vida.¹¹ O abandono escolar compromete a educação e a chance de melhores oportunidades de emprego, constituindo um meio de manutenção do ciclo de má instrução e pobreza para a jovem e sua prole.³ Além disso, quanto menor a escolaridade, maior a taxa de fecundidade predispondo estas adolescentes a gravidezes recorrentes.¹² Metade das adolescentes eram solteiras e um terço tinha união consensual, demonstrando que a grande maioria das adolescentes grávidas de Blumenau não é casada. Em Florianópolis observa-se o mesmo padrão, a maioria das adolescentes grávidas também não é casada; no entanto, um terço delas são solteiras e a metade está em união consensual¹³.

Houve predomínio da cor/raça branca tanto nas mães adolescente quanto nas adultas. Em Florianópolis e Campinas, também houve maior frequência de adolescentes de etnia branca. Entretanto, no Maranhão e no Espírito Santo adolescentes de etnia branca são minoria^{10,14} São discrepâncias relacionadas a características étnicas peculiares de cada estado, sobretudo da colonização europeia predominante no Sul do Brasil.

A prematuridade é uma intercorrência obstétrica descrita como mais frequente nas adolescentes, quando comparadas a gestações de outras faixas etárias^{15,16,17} Este fenômeno também foi observado neste estudo. O parto prematuro pode ser explicado pela imaturidade biológica, baixo poder socioeconômico, conflitos sociais, má qualidade de alimentação somados à baixa frequência e início tardio do pré-natal^{15,16,17} O estado nutricional inadequado da adolescente durante a gestação é outro fator associado ao risco de prematuridade.¹⁸ Alguns destes fatores foram observados neste estudo, como o menor número de consultas de pré-natal e maior imaturidade biológica, representada pela maior ocorrência de parto prematuro nas adolescentes menores de 15 anos.

As gestantes adolescentes fizeram menos consultas de pré-natal. O número de consultas de pré-natal é um aspecto importante durante os cuidados gestacionais, uma vez que é fator protetor de desfechos indesejáveis. Estudo realizado no Espírito Santo em 2010 mostra que mães de recém-nascidos prematuros realizaram menos consultas pré-natais, enquanto que recém-nascidos a termo tiveram um maior número de consultas. Esse fato salienta a importância de políticas públicas voltadas para o fortalecimento de um adequado acompanhamento no transcorrer de uma gestação, sobretudo na adolescência, por meio da criação e ou fortalecimento de linhas de cuidados direcionadas a este grupo.¹⁴ Um menor número de consultas de pré-natal é um dos fatores que elevam o risco de parto prematuro em mães adolescentes.¹⁷



Dentre os motivos mais frequentes descritos pelas gestantes para a não realização do pré-natal, constavam a rejeição da gravidez, o medo das consequências sociais, a dificuldade de assumir a gestação, bem como o desconhecimento da importância dessa assistência.^{10,19} É válido salientar que estudos já verificaram que, com o aumento do número de consultas pré-natais, há redução da prevalência de baixo peso e prematuridade, reforçando o valor de um adequado do pré-natal.²⁰ Esses dados reiteram a importância de linhas de cuidado voltadas para a gestação na adolescência que incorporem ações como a busca ativa para aumentar o número de consultas de pré-natal neste grupo e assim potencializar reduções em desfechos perinatais indesejáveis.

O parto via vaginal foi mais frequente nas mães adolescentes em relação às mães adultas. O fato de ter até 19 anos aumentou a probabilidade em 2,2 para ocorrência de parto normal. Outros estudos nacionais demonstraram este fenômeno com taxas de tipo de parto muito semelhantes a encontrada neste estudo: aproximadamente dois terços das adolescentes com parto vaginal e um terço das adultas.^{10,21} A forte política do Sistema Único de Saúde voltada à redução de partos operatórios a fim de minimizar e otimizar a recuperação das mães pode justificar estes achados. Por outro lado, este achado pode estar relacionado ao fato de as adolescentes terem menos motivações pessoais para realizar o parto cesariano em virtude de sua inerente imaturidade psicossocial. Assim, o parto operatório nas mães adolescentes estaria mais relacionado a indicações obstétricas, diferente das mães adultas.^{22/23}

A OMS define como baixo peso ao nascer o recém-nascido com peso inferior a 2.500 gramas independente da idade gestacional. Esse aspecto sempre foi motivo de preocupação, pois reflete as condições nutricionais do recém-nascido e da gestante de influenciar o crescimento e desenvolvimento da criança, além de se associar a maior morbimortalidade neonatal e infantil.^{3,24} A prematuridade ou a restrição no crescimento intrauterino são condições adversas que podem atuar de forma isolada ou sinérgica e em graus variáveis, influenciando a sobrevivência infantil.²⁵ O baixo peso ao nascer e a prematuridade foram mais frequentes nas mães adolescentes conforme descrito na literatura, porém com taxa inferior à observada em em graus variáveis, influenciando a sobrevivência infantil.²⁵ O baixo peso ao nascer e a prematuridade foram mais frequentes nas mães adolescentes conforme descrito na literatura, porém com taxa inferior à observada em outras regiões do país.^{10,25}

Os bebês de mães adolescentes apresentaram maior ocorrência de malformação congênita. Há evidências de que a idade da mãe parece não ser fator importante para o aumento do número de anomalias congênitas quando analisada de forma particular.²⁶ É possível que a associação entre mães adolescentes e malformação congênita encontrada neste estudo seja mediado pela maior ocorrência de baixo peso ao nascimento neste grupo, já que o baixo peso é um fator de risco para anomalias congênitas.²⁷



Em resumo, a gestante adolescente apresenta um perfil clínico e epidemiológico desfavorável em relação à gestante adulta, especialmente ao que se refere às características do recém-nascido. A taxa de mortalidade neonatal é o principal componente da mortalidade infantil nacional, sendo a prematuridade a primeira causa de morte de crianças no primeiro mês de vida no Brasil. Assim como a prematuridade, o baixo peso ao nascimento também contribui substancialmente para a mortalidade neonatal.²⁴ Portanto, as mães adolescentes, especialmente as mais jovens, constituem um grupo de risco para desfechos perinatais indesejáveis com possível impacto na mortalidade infantil. Portanto, considera-se recomendável que este grupo de gestantes receba monitoramento diferenciado com abordagem baseada nas especificidades biopsicossociais deste ciclo vital e focada em suas necessidades de saúde.

A falta de análise dos aspectos socioeconômicos, em virtude da indisponibilidade de dados, constitui-se em uma limitação do estudo, uma vez que variáveis socioeconômicas são fatores associados a desfechos indesejáveis na gravidez.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que as mães adolescentes que tiveram filhos na cidade de Blumenau apresentaram um perfil clínico e epidemiológico diferente das mães adultas.

A gravidez na adolescência esteve associada à menor escolaridade, estado civil solteira, menor número de consulta de pré-natal, gestação única, prematuridade, parto vaginal, baixo peso ao nascimento, menor apgar no primeiro e quinto minutos e a presença de anomalias congênitas.

REFERÊNCIAS

1. Van Horne B, Netherton E, Helton J, Fu M, Greeley C. The Scope and Trends of Pediatric Hospitalizations in Texas, 2004-2010. *Hosp. Pediatr.* 2015; 5:390-8.
2. Dornellas PMR. Adolescentes no Brasil: Internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (Dissertação). Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2011.
3. Organización Panamericana de la Salud. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.).
4. Lima EFO, Miura PO, Santos KAM, Galdino EBT, Pedrosa MM. Gravidez na adolescência para os jovens: revisão sistemática. V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidade, 2017.
5. Barreto MMM, Gomes AMT, Oliveira DC, Marques SC, Peres EM. Representação social da gravidez na adolescência para adolescentes grávidas. *Rev. Rene.* 2011;12(2): 384-92.



6. Duarte ES, Pamplona TQ, Rodrigues AL. A gravidez na adolescência e suas consequências biopsicossociais. *DeCiência em FOCO*. 2018; 2(1):45-52.
7. Schwanke M. A percepção dos adolescentes residentes no município de Alto Bela Vista-SC sobre a gravidez na adolescência. (TCC). Concórdia: Graduação em Psicologia. Universidade do Contestado, 2011.
8. Valentim TGS. Impacto da gravidez na adolescência nos resultados perinatais: uma revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, 2018.
9. Picanço MRA. Gravidez na adolescência. *Residência Pediátrica*. 2015; 5(3): Supl.1.
10. Martins MG, Santos GHN, Sousa MS, Costa JEFB, Simões VMF. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2011; 33(11):354-360.
11. Faria R, Moré COO. Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2012; 25(3):596-604.
12. Sousa MCR, Gomes KRO. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(3): 645-654.
13. Rojas PFB, Francisco CC, Siqueira LFM, Carminatti APS. Fatores modificáveis associados ao baixo peso ao nascer da gravidez na adolescência. *Arq. Catarin. Med.* 2012; 41(2):64-69.
14. Nader PRA, Cosme LA. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. *Esc. Anna Nery Ver Enfer.* 2010;14(2): 338-345.
15. Costa EL, Lima E, Sena MCF, Dias A. Gravidez na adolescência - determinante para prematuridade e baixo peso. *Com. Ciências Saúde*. 2011; 22 (Sup 1):S183-S188.
16. 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. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014; 19(03):719-726.
17. Rêgo MH, Cavalcanti A, Maia E. Resiliência e gravidez na adolescência: uma revisão integrativa *Psic. Saúde & Doenças*. 2018; 19(3):710-723.
18. Costa MCO, Santos CAST, Sobrinho CN, Moura MSQ, Souza KEP, Assis DR. Gravidez na adolescência: associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas materna com resultado neonatal. Feira de Santana – Bahia. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2005; 29(2):300-312.
19. Ferreira RA, Ferriani MGC, Mello DF, Carvalho IP, Cano MA, Oliveira LA. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(2): 313-323.
20. Cascaes AM, Gauche HBFM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(5):1024-1032.



21. Gama SGN, Viellas EF, Schilithz AOC, Theme Filha MM, Carvalho ML, Gomes KRO, Costa COM, Leal MC. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl): S117-S127.
22. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2007; 29(1):34-40.
23. 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; 8:15-20.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: *Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. 1ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. p. 373-394.
25. Katz J, Lee ACC, Kozuki N, Lawn JE, Cousens S, Blencowe H, et al. Mortality risk in preterm and small-for-gestational-age infants in low-income and middle-income countries: a pooled country analysis. *Lancet*, 2013; 382:417-425.
26. Zaganelli FL, Ferreira RA, Lamounier JA, Colosimo EA, Santos ASM, Zaganelli FL. Gravidez da adolescente em Hospital Universitário no Espírito Santo, Brasil: aspectos da gestação, parto e repercussões sobre o recém-nascido. *Adolesc. Saúde*. 2009; 10(1):7-16.
27. Cosme HW, Lima LS, Barbosa LG. Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo no período de 2010 a 2014. *Rev. Paul. Pediatr*. 2017; 35(1):33-38.



TABELAS

Tabela 1 – Perfil Materno em números absolutos e porcentagem em mulheres adolescentes e adultas nos anos de 2000 a 2011.

Características	Mulheres Adolescentes (n = 4453)	Mulheres adultas (n = 43824)
Idade (anos)		
(Média ± DP)	(16,92 ± 1,16)	(27,89 ± 5,77)
Escolaridade		
Nenhum	8 (0,18%)	93 (0,21%)
1 a 3	278 (6,24%)	2500 (5,7%)
4 a 7	1816 (40,78%)	12437 (28,38%)
8 a 11	2005 (45,03%)	15316 (34,95%)
≥ 12	337 (7,57%)	13410 (30,6%)
Não informado	9 (0,2%)	68 (0,16%)
Estado civil		
Solteiro	2432 (54,61%)	12571 (28,69%)
Casado	370 (8,31%)	18740 (42,76%)
Viúvo	1 (0,02%)	140 (0,32%)
Separado Judicial	5 (0,11%)	860 (1,96%)
União Consistente	1645 (36,94%)	11494 (26,23%)
Não informado	-	19 (0,04%)
Raça e cor		
Branca	4363 (97,98%)	43030 (98,19%)
Preta	27 (0,61%)	293 (0,67%)
Amarela	-	4 (0,01%)
Parda	61 (1,37%)	488 (1,11%)
Indígena	1 (0,02%)	7 (0,02%)
Não informado	1 (0,02%)	2 (0%)

I – DP: desvio padrão

Fonte: Elaborado pelos autores (2019).



Tabela 2 – Perfil do Parto em números absolutos e porcentagem em mulheres adolescentes e adultas nos anos de 2000 a 2011.

Características	Mulheres Adolescentes (n = 4453)	Mulheres adultas (n = 43824)
Número de consultas		
Nenhuma	41 (0,92%)	195 (0,44%)
1 a 3	259 (5,82%)	1212 (2,77%)
4 a 6	1664 (37,37%)	12914 (29,47%)
7 ≥	2481 (55,72%)	29425 (67,14%)
Não informado	8 (0,18%)	78 (0,18%)
Tipo de gravidez		
Única	4405 (98,92%)	42789 (97,64%)
Dupla	48 (1,08%)	968 (2,21%)
Tripla ou mais	-	60 (0,14%)
Não informado	-	7 (0,02%)
Duração da gestação (semanas)		
< 22	3 (0,07%)	6 (0,01%)
22 a 27	27 (0,61%)	166 (0,38%)
28 a 31	52 (1,17%)	350 (0,8%)
32 a 36	372 (8,35%)	3021 (6,89%)
37 a 41	3963 (89%)	39984 (91,24%)
42 ≥	29 (0,65%)	243 (0,55%)
Não informado	7 (0,16%)	54 (0,12%)
Tipo de parto		
Vaginal	2738 (61,49%)	18124 (41,36%)
Cesáreo	1714 (38,49%)	25692 (58,63%)
Não informado	1 (0,02%)	8 (0,02%)
Local de ocorrência		
Hospital	4441 (99,73%)	43725 (99,77%)
Outro estabelecimento de saúde	-	13 (0,03%)
Domicílio	11 (0,25%)	78 (0,18%)
Outros	1 (0,02%)	8 (0,02%)

I – DP: desvio padrão.

Fonte: elaborado pelos autores (2019).



Tabela 3 – Perfil do Recém-Nascido em números absolutos e porcentagem em mulheres adolescentes e adultas nos triênios de 2000 a 2011.

Características	Mulheres Adolescentes (n = 4453)	Mulheres adultas (n = 43824)
Peso (g)		
100 a 499	4 (0,09%)	9 (0,02%)
500 a 999	28 (0,63%)	171 (0,39%)
1000 a 1499	38 (0,85%)	312 (0,71%)
1500 a 2499	356 (7,99%)	2964 (6,76%)
2500 a 2999	1169 (26,25%)	9307 (21,24%)
3000 a 3999	2709 (60,84%)	28373 (64,74%)
4000 a 4999	144 (3,23%)	2649 (6,04%)
5000 a 5999	5 (0,11%)	37 (0,08%)
Não informado	0 (0%)	2 (0%)
Sexo		
Masculino	2315 (51,99%)	22502 (51,35%)
Feminino	2138 (48,01%)	21322 (48,65%)
APGAR 1 minuto		
0 a 3	126 (2,83%)	769 (1,75%)
4 a 7	630 (14,15%)	5135 (11,72%)
8 a 10	3691 (82,89%)	37896 (86,47%)
Não informado	6 (0,13%)	24 (0,05%)
APGAR 5 minutos		
0 a 3	21 (0,47%)	101 (0,23%)
4 a 7	79 (1,77%)	615 (1,4%)
8 a 10	4349 (97,66%)	43084 (98,31%)
Não informado	4 (0,09%)	24 (0,05%)

I – DP: desvio padrão

Fonte: elaborado pelos autores (2019).



Tabela 4 – Associação dos perfis em relação à idade das mães no período de 2000 a 2011.

Fatores		Mulher		OR	IC(95%)	χ ²	P
		Adolescente	Adulta				
Escolaridade	< 8	2102 (47,3%)	12568 (30,44%)	2,0514	(1,93 - 2,18)	523,75985	0,00000
	> 8	2342 (52,7%)	28726 (69,56%)				
Estado Civil	Solteira	2432 (54,61%)	12571 (28,7%)	2,9899	(2,81 - 3,18)	1267,32433	0,00000
	Outra	2021 (45,39%)	31234 (71,3%)				
Raça/Cor	Branca	4363 (98,02%)	33030 (97,66%)	1,1873	(0,95 - 1,48)	2,29320	0,12994
	Outra	88 (1,98%)	791 (2,34%)				
No de consultas pré-natal	0-6	1923 (43,66%)	14126 (32,44%)	1,6145	(1,52 - 1,72)	226,49859	0,00000
	7 ou mais	2481 (56,34%)	29425 (67,56%)				
Tipo de gravidez	Única	4405 (98,92%)	42789 (97,65%)	2,2048	(1,65 - 2,95)	29,82954	0,00000
	Outra	48 (1,08%)	1028 (2,35%)				
Duração da gestação	Parto prematuro	454 (10,21%)	3543 (8,09%)	1,2913	(1,16 - 1,43)	23,78869	0,00000
	Parto à termo	3992 (89,79%)	40227 (91,91%)				
Tipo de parto	Vaginal	2738 (61,5%)	18124 (41,36%)	2,2645	(2,13 - 2,41)	667,75373	0,00000
	Cesárea	1714 (38,5%)	25692 (58,64%)				
Local de ocorrência	Hospital	4441 (99,73%)	43725 (99,77%)	0,8549	(0,47 - 1,56)	0,26363	0,60764
	Domicílio	12 (0,27%)	101 (0,23%)				
Sexo	Feminino	2138 (48,01%)	21322 (48,65%)	0,9747	(0,92 - 1,04)	0,66515	0,41475
	Masculino	2315 (51,99%)	22502 (51,35%)				
Peso (g)	< 2500g	426 (9,57%)	3456 (8,32%)	1,1661	(1,05 - 1,3)	8,12187	0,00437
	> 2500g	4027 (90,43%)	38095 (91,68%)				
APGAR 1º minuto	0 - 7	736 (16,63%)	5904 (13,48%)	1,2799	(1,18 - 1,39)	33,51282	0,00000
	> 8	3691 (83,37%)	37896 (86,52%)				
APGAR 5º minuto	0 - 7	95 (2,14%)	716 (1,63%)	1,3144	(1,06 - 1,63)	6,17653	0,01295
	> 8	4349 (97,86%)	43084 (98,37%)				
Anomalias	Sim	51 (1,15%)	375 (0,86%)	1,3424	(1 - 1,8)	3,87615	0,04898
	Não	4402 (98,85%)	43449 (99,14%)				

I – OR: Odds Ratio; IC: intervalo de confiança (estimativa do OR com 95% de confiança); II – χ²: Qui² calculado (Estatística do Teste Qui quadrado de independência); III – P: Valor de significância (Se P < 0,05 então associação significativa).

Fonte: elaborado pelos autores (2019).