

## Perfil obstétrico de adolescentes grávidas em um hospital público: risco no início do trabalho de parto, parto, pós-parto e puerpério<sup>1</sup>

Hugo Tapia Martínez<sup>2</sup>  
Marta Angélica Iossi Silva<sup>3</sup>  
Iñiga Pérez Cabrera<sup>2</sup>  
Araceli Jiménez Mendoza<sup>4</sup>

**Objetivo:** descrever o perfil obstétrico das adolescentes no início do trabalho de parto, durante o parto, pós-parto e puerpério. **Método:** estudo descritivo transversal, com 85 adolescentes grávidas, escolhidas por conveniência, encaminhadas dos Centros de Saúde a um Hospital Público na Cidade do México. Foram avaliados os riscos antes, durante e depois do parto e no puerpério, medidos respectivamente com os "Previgenes" que compõem o Sistema de Avaliação de Risco Reprodutivo e Perinatal. **Resultados:** o nível socioeconômico, a ocupação e a escolaridade tiveram influência sobre a emotividade das adolescentes em relação ao trabalho de parto, cujo risco obstétrico foi 55% baixo, 35% médio e 10% alto. O risco no trabalho de parto foi baixo em 55%, médio em 18% e alto em 27%. O risco no pós-parto foi de 50% risco baixo, 25% risco médio e 25% risco alto. No puerpério, a maioria das adolescentes (90%) apresentou baixo risco. **Conclusão:** a maioria das adolescentes apresentou baixo risco nas etapas avaliadas. O estudo contribuiu para identificar estratégias para a abordagem de riscos devido à vulnerabilidade inerente a este tipo de população e favoreceu a realização de intervenções adequadas para as suas necessidades.

**Descritores:** Gravidez na Adolescência; Fatores de Risco; Trabalho de Parto; Parto; Período Pós-Parto.

<sup>1</sup> Apoio financeiro do Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), México, processo nº 307811-3.

<sup>2</sup> MSc, Professor Asociado, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

<sup>3</sup> PhD, Professor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> MSc, Professor Titular, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Correspondência:

Hugo Tapia Martínez  
Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan, s/n  
Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan  
CP: 14370, Ciudad de México, DF, México  
E-mail: [htaapia99@yahoo.com](mailto:htaapia99@yahoo.com)

**Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

## Introdução

A gravidez na adolescência continua sendo um problema de saúde pública a nível mundial. Estima-se que a cada ano, 14 milhões de adolescentes (mulheres entre 10 e 19 anos) deem à luz em todo o mundo, o que representa pouco mais de 10% do total de nascimentos. Oitenta por cento dos nascimentos acontecem nos países em desenvolvimento<sup>(1)</sup>. Em 2010, de acordo com o Censo Geral da População e Habitação, havia no México 112 336 538 milhões de habitantes, dos quais 21 966 049 (19.5%) foram adolescentes de 10 a 19 anos<sup>(2)</sup>.

A taxa de gravidez nas adolescentes de 12 a 19 anos de idade foi de 79 para cada mil mulheres<sup>(3)</sup>. Uma a cada seis mulheres que engravidam no México são adolescentes. A mortalidade por gravidez na adolescência está relacionada com uma maior mortalidade materna, especialmente entre as adolescentes de 10 a 14 anos de idade<sup>(4)</sup>; o risco de morte materna em adolescentes é duas vezes maior que no restante das mulheres de idade fértil, e quatro vezes maior quando se trata de menores de 15 anos<sup>(5)</sup>.

Quanto à taxa de morbidade, as adolescentes grávidas constituem um grupo de risco; os riscos e danos que podem se apresentar nas adolescentes não constituem ameaças apenas na gestação, mas também nas etapas subsequentes ao ato obstétrico, ou seja, no parto e pós-parto, e inclusive ao recém-nascido. Por exemplo, o fator Infecção de Vias Urinárias (IVU) indica que adolescentes grávidas e com esse fator têm mais probabilidades de apresentar ameaça de aborto, presença de contrações uterinas antes da gravidez a termo ou parto prematuro<sup>(6)</sup>.

Os Fatores de Risco (FR) foram classificados em biológicos, psicológicos e sociais; entre os FR biológicos estão por exemplo os relacionados com a contratilidade uterina no trabalho de parto: número de contrações uterinas que se apresentam em 10 minutos, sua intensidade e sua duração no decorrer da fase ativa do trabalho de parto; enquanto que nos de ordem social encontram-se: o nível socioeconômico, a ocupação ou a escolaridade; e dentro dos psicológicos estariam: a emotividade da mulher em relação ao trabalho de parto.

Continuando com o impacto que os fatores de risco representam à saúde nas etapas de parto e pós-parto de adolescentes, estudos descreveram como principais prejuízos o parto pré-termo e as mortes neonatais em filhos de mães adolescentes. Além disso, identificaram outros como a toxemia, os partos prolongados e o aumento da incidência de cesáreas neste grupo de

risco; também, aumento da frequência de anemia, toxemia, da taxa de recém-nascidos de baixo peso e de complicações puerperais nestas pacientes<sup>(7-8)</sup>.

Com relação à adolescência, considera-se um fator de risco porque é a etapa da vida em que ocorrem mudanças físicas, psicológicas, sociais e culturais; os adolescentes transitam de uma imaturidade biopsicossocial a uma maturidade primeiramente biológica, para depois alcançarem a psicossocial, como adultos.

Identificar os fatores de risco das adolescentes mexicanas pertencentes às zonas marginais da Cidade do México, no início, durante e após o parto, pode favorecer a realização de intervenções fundamentadas em suas necessidades específicas. Desta forma, este estudo teve como objetivo determinar o perfil obstétrico nas etapas de início do trabalho de parto, durante o parto, o pós-parto e o puerpério, em adolescentes que realizam seu parto em um Hospital Público da Cidade do México.

As hipóteses que traçamos foram que o perfil obstétrico das adolescentes no início do trabalho de parto, durante o parto, no pós-parto e no puerpério é de médio e alto risco.

## Método

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal. A amostra consistiu de 85 adolescentes grávidas, selecionadas por conveniência, encaminhadas de dois Centros de Saúde para um Hospital Público da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Cidade do México, de dezembro de 2011 a abril de 2012. Os critérios de inclusão foram: ser adolescente gestante na segunda metade da gravidez; haver realizado controle pré-natal; ter ingressado na sala de parto do Hospital Público.

Os instrumentos utilizados foram as cédulas de risco perinatal chamadas "Previgen" IV, V, VI e VIII, que correspondem a uma parte do Sistema de Avaliação de Risco Reprodutivo e Perinatal (SERRP) [Vargas, 2003]<sup>19</sup>, do Centro de Investigação Materno-Infantil do Grupo de Estudos do Nascimento (CIMIGEN). Elas medem, respectivamente, o risco ao início do trabalho de parto, durante o trabalho de parto, no pós-parto e no puerpério. Sua aplicação permite a avaliação efetiva dos fatores de risco na etapa perinatal, para sua eliminação, modificação ou diminuição da sua capacidade de afetar a saúde materna, e permite também indicar os casos de alto risco a cuidados subsequentes. O instrumento

consta de 41 variáveis ou fatores de risco e é preenchido por um avaliador. Com base na marcação mundial, os riscos são considerados da seguinte maneira: cor verde indica Risco Baixo (RB); cor amarela representa Risco Médio (RM); e cor vermelha implica Risco Alto (RA). Ou seja, é uma medição qualitativa em escala ordinal.

Seis estudantes bolsistas de graduação do curso de Licenciatura em Enfermagem e Obstetrícia previamente capacitados sobre os antecedentes e objetivos do projeto, assim como do manuseio do instrumento e das instruções para sua aplicação, realizaram a coleta dos dados após a alta das pacientes, em seus domicílios, e utilizando formulários, por meio de comunicação permanente e consentimento prévio informado.

Todos os dados coletados foram organizados em bancos de dados construídos no programa Excel e submetidos a estatística descritiva, por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.

A pesquisa atendeu aos princípios éticos de beneficência e não maleficência, veracidade, privacidade e confidencialidade, apontados no código ético de Enfermagem<sup>(10)</sup>. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética do Hospital Público, sob o Nº de registro 27676-2286-26-X. Posteriormente obtivemos o consentimento informado das adolescentes gestantes juntamente à pessoa responsável (mãe, pai, tutor ou companheiro), antes de realizar as entrevistas, tanto para as entrevistas

diretas como para o preenchimento dos instrumentos desenvolvidos.

## Resultados

Completaram o instrumento 85 sujeitos de estudo (100%).

### Variáveis no início do trabalho de parto

A tabela 1 mostra que o risco obstétrico nesta etapa foi 55% baixo, 35% médio e 10% alto.

Quanto à emotividade, 75% das adolescentes mostraram tranquilidade e apenas 2% não controlaram suas emoções. Sobre as contrações uterinas, a maioria (76%) teve de 3 a 4 contrações em dez minutos; a intensidade foi normal em 84% das adolescentes; 92% das adolescentes tiveram de 40 a 60 segundos de duração por contração.

No entanto, para as demais variáveis analisadas, dilatação do colo uterino, frequência cardíaca fetal, pelve e estado das membranas, a maioria apresentou padrões dentro da normalidade. Destaca-se que 10% das adolescentes permaneceram estacionadas em relação à dilatação em centímetros (cms) do colo uterino, e em relação ao estado das membranas, 15% romperam em um intervalo de 8 horas. Quanto ao feto, 90% ou mais das adolescentes estiveram em limites normais e condições favoráveis, nesta etapa da avaliação.

Tabela 1 – Distribuição das adolescentes de acordo com as variáveis ao início do trabalho de parto. Cidade do México, México, 2012

Variável	Risco Baixo			Risco Médio			Risco Alto		
	Critério	N	(%)	Critério	N	(%)	Critério	N	(%)
Emotividade / Estado psicológico	Tranquilas	64	75%	Agitadas	19	22%	Sem controle	2	2%
Contrações Uterinas									
Frequência	3-4 em 10 min.	65	76%	< 3	21	24%	Sem contração	0	0%
				≥ 5	4	5%			
Duração	40-60 seg.	78	92%	61-90 seg.	7	8%	Sem contração	0	0%
Intensidade	Normal	71	84%	Intensidade baixa	7	8%	Sem contração	0	0%
				Intensidade alta	7	8%			
Dilatação cervical	1-2 cm	62	73%	≥ 3	14	17%	Sem dilatação	0	0%
				Estacionada	9	10%			
Frequência Cardíaca Fetal(bpm)	100 a 150	80	94%	151 a 160	4	5%	Menos de 119	1	1%
Pelve	Útil	79	93%	Limite	5	6%	Desproporção cefalopélvica	1	1%
Estado das membranas	Íntegras	71	83%	Rompidas até 8 h	13	15%	Rompidas ≥ 9 h	1	1%
Apresentação fetal	Cefálica	81	95%	Pélvica	4	5%	Outra	0	0%
Líquido Amniótico Quantidade	Normal	78	92%	Regular	3	2%	Oligoidrâmnios	4	5%
Cor	Claro	79	94%	Verde	2	2%	Verde escuro	2	2%
				Amarelo	1	1%	Vermelho	1	1%
Risco obstétrico	Baixo	46	55%	Médio	30	35%	Alto	9	10%

### Variáveis durante o trabalho de parto

Com relação ao risco no momento do parto, a tabela 2 mostra que foi baixo em 55% dos sujeitos do estudo, médio em 18% e alto em 27%.

Com relação às variáveis durante o trabalho de parto, observamos que aquelas relacionadas com a

descida da apresentação fetal, duração do trabalho de parto e o tipo de desprendimento da placenta são as que apresentarão maior risco. De todas as adolescentes avaliadas, 16% apresentaram descida difícil, 15% experimentaram mais de 9 horas de duração de trabalho de parto, e 17% realizaram desprendimento manual.

Tabela 2 - Distribuição das adolescentes de acordo com as variáveis durante o trabalho de parto. Cidade do México, México, 2012

Variável	Risco Baixo			Risco Médio			Risco Alto		
	Critério	N	%	Critério	N	%	Critério	N	%
Frequência Cardíaca Fetal (bpm)	120-150	78	93%	111-119	2	2%	≤110	2	2%
Contrações Uterinas				151-159	2	2%	≥160	1	1%
Frequência (em 10 minutos)	3-4	81	96%	<3	2	2%	Ausentes	0	0%
				≥5	2	2%	Polisistolia	0	0%
Duração (segundos)	40-60	83	97%	<40 seg.	2	3%	Hipersistolia	0	0%
Dilatação cervical (cm)	1-2	61	71%	≥3	14	16%	Sem dilatação	0	0%
				Estacionada	10	13%			
Descida da apresentação	Normal	61	71%	Muito rápida	10	13%	Difícil	14	16%
Pressão arterial (mmHg)	Sist.100-139	79	93%	140-160	5	6%	161 ou mais	1	1%
Diast. 60-80	79	93%		91-109	6	7%			
Estado das membranas	Íntegras	54	64%	Rompidas ≤8 h	30	35%	Rompidas ≥9 h	1	1%
Local do nascimento	Expulsão	63	74%	Sala de Cirurgia		24%	Outro	2	2%
Duração do trabalho de parto	6 a 8 h.	17	20%	Menos de 6		65%	Mais de 9 h	13	15%
Tipo de desprendimento da placenta	Espontâneo	44	52%	Dirigido		31%	Manual	14	17%
Hemorragia	Normal	83	96%	Moderada		2%	Excessiva	1	2%
Risco obstétrico	Baixo	47	55%	Médio		18%	Alto	23	27%

### Variáveis no pós-parto

O risco no pós-parto foi 50% baixo, 25% médio e 25% alto (Tabela 3). De 85 partos atendidos na sala de parto, 98% foram em apresentação cefálica e apenas 2% foram em apresentação pélvica. Dos indicadores da variável nascimento, vemos que 74% nasceram por parto normal e 26% por cesárea, das quais 23% foram de emergência e 2% programadas. Em relação ao

trauma Obstétrico, ele esteve ausente em 97% e 3% o apresentaram. Convém destacar que o risco médio no pós-parto, as variáveis peso da criança, idade gestacional e sofrimento fetal foram essenciais para este resultado. Sobre o peso registrado no nascimento, 10% foram de 1000 a 2499 g. De acordo com a escala de Capurro para o cálculo da idade gestacional por semanas, 13% estavam entre 33 e 42 semanas ou mais. Dos sinais de sofrimento fetal, 8% foram moderados ou severos.

Tabela 3 - Distribuição das adolescentes de acordo com as variáveis no Pós-Parto. Cidade do México, México, 2012

Variável	Risco Baixo			Risco Médio			Risco Alto		
	Critério	N	(%)	Critério	N	(%)	Critério	N	(%)
Apresentação do bebê	Cefálica	84	98%	Pélvica	1	2%	Outra	0	0%
Nascimento/ Parto	Vaginal	63	74%	Cesárea Programada	2	3%	Cesárea Urgente	20	23%
Trauma obstétrico	Não	83	97%	Moderado	2	3%	Severo	0	0%
Peso do bebê (gramas)	2500-3499	70	82%	2000-2499	9	10%	<2000	1	2%
				3500-3999	5	6%			
Idade gestacional por Capurro (semanas)	37-41	74	87%	33-36	4	6%	<32	0	0%
				≥42	7	7%			
Índice de Apgar	7-10	77	90%	Sem resposta	8	10%	<7	0	0%
Manobras de reanimação	Normais	83	97%	Moderadas / Oxigênio	2	3%	Reanimação	0	0%
Sofrimento fetal	Não	78	92%	Moderado	6	7%	Severo	1	1%
Risco obstétrico	Baixo	43	50%	Médio	21	25%	Alto	21	25%

**Variáveis no puerpério**

Referente ao perfil obstétrico das adolescentes no puerpério, 90% foram de risco baixo, 8% médio e 2% alto (Tabela 4).

Para todas as variáveis avaliadas, o risco foi na maioria baixo, mas provou-se que a lactância materna,

os sinais vitais, a temperatura e a avaliação do edema devem ser fatores de atenção.

As mães adolescentes realizaram lactância materna em 87% dos casos, mas 13% alimentaram seus bebês com fórmula láctea. Os resultados indicam que 2% apresentaram hipertensão e hipertermia moderadas. Das adolescentes, 92% não tiveram edema, 7% foram regionais e 1% generalizado.

Tabela 4 – Distribuição das adolescentes de acordo com as variáveis no Puerpério. Cidade do México, México, 2012

Variável	Risco Baixo			Risco Médio			Risco Alto		
	Critério	N	(%)	Critério	N	(%)	Critério	N	(%)
Hemorragia	Normal	83	98%	Moderada	1	1%	Excessiva	1	1%
Pressão arterial	Normal	81	96%	Hipertensão Moderada	2	2%	Hipertensão excessiva	1	1%
				Hipotensão Moderada	1	1%			
Frequência cardíaca	Normal	84	99%	Taquicardia Moderada	1	1%	Taquicardia severa	0	0%
Temperatura	Normal	82	97%	Hipertermia	2	2%	Hipertermia severa	1	1%
Involução uterina	Normal	84	99%	Subinvolução	1	1%	Atonia	0	0%
Edema	Não	78	92%	Regional	6	7%	Generalizado	1	1%
Infecção	Não	84	99%	Local	1	1%	Generalizada	0	0%
Eliminação urinária e intestinal	Sim	81	95%	Dificuldade	1	1%	Não	3	4%
Lactância materna	Sim	74	87%	Fórmula	11	13%	Outra	0	0%
Risco obstétrico	Baixo	77	90%	Médio	7	8%	Alto	2	2%

**Discussão**

Os fatores de risco indicam a probabilidade de que ocorra um dano à saúde da(s) pessoa(s). Neste estudo, obtivemos diferentes indicadores de risco em adolescentes durante as etapas de início do trabalho de parto, parto e durante o pós-parto, incluindo o recém-nascido.

É importante destacar que durante todo o pré-parto, parto, pós-parto e puerpério, deve ser feito o controle pré-natal. No entanto, os estudos indicam que as gestantes adolescentes comparecem menos às consultas no período pré-natal e, muitas vezes, demoram a procurar assistência pré-natal, especialmente na primeira gravidez<sup>(11)</sup>. Um estudo realizado no Brasil, no qual foram analisados dados de 2.557 nascimentos, mostrou que as mães adolescentes estiveram, de forma sistemática, em desvantagem em relação às demais mães, tanto no que se refere às características socioeconômicas quanto à assistência recebida durante a gestação e o parto<sup>(12)</sup>.

Identificou-se que a maioria das adolescentes nas diferentes etapas do estudo, ou seja, no início do parto, durante o parto, no pós-parto e no puerpério, apresentaram parâmetros dentro da normalidade, que

podem indicar a possibilidade de a atenção pré-natal ter sido adequada. Contudo, identificaram-se alguns fatores de risco, como: risco médio ou alto ao nascer (50%), 21% destes nascimentos foram de emergência, em 48% das vezes o desprendimento da placenta foi dirigido ou manual e a idade gestacional de entre 33-36 semanas foi de 6%.

No presente estudo, cerca de três quartos das adolescentes se mostraram tranquilas durante o trabalho de parto. Não obstante, cerca de um quarto se mostrou ansiosa ou não controlou suas emoções. Sabe-se que experiências positivas durante o parto contribuem para a diminuição do medo e dão maior segurança à mulher em eventuais partos posteriores. Neste sentido, um estudo realizado na Noruega demonstrou a associação entre complicações obstétricas e o medo do parto<sup>(13)</sup>.

Experiências negativas das mulheres durante o estado de gravidez e o parto estão associadas à ocorrência de depressão no pós-parto e o baixo bem-estar<sup>(14)</sup>. Para que isso seja evitado, um bom acompanhamento da adolescente na gestação é imprescindível, desde o controle pré-natal, e um cuidadoso histórico deve ser levantado com relação ao medo no parto, complicações e experiências em partos anteriores. Durante o parto, deve haver uma boa comunicação entre a adolescente

e a equipe de saúde, e o tema do controle da dor deve ser abordado.

Ficou evidenciado que, durante o parto, muitas adolescentes sentem-se vulneráveis com a questão da hospitalização, não têm acompanhamento e atenção de forma paciente, não recebem as informações e o apoio necessários; portanto, não se sentem respeitadas como sujeitos de direitos e não atuam como protagonistas do nascimento de seus filhos. Estas situações podem afetar a participação e interação da adolescente durante o parto e o pós-parto, além de contribuir para que a evolução do trabalho de parto se torne difícil<sup>(15)</sup>.

Igualmente, deve-se levar em conta que esta mesma adolescente tem mais potencial para colaborar e cuidar de si, e que muitas dificuldades encontram-se pautadas pelas representações dos profissionais que ainda veem a adolescência como um momento de extrema inexperiência, imaturidade e alienação, não tendo capacidade de decidir o que seria melhor para elas.

Desta forma, a atenção ao parto das adolescentes exige que os serviços e as instituições de saúde, inclusive as instituições formadoras, reinterpretem o papel dos profissionais da saúde na atenção ao parto e no nascimento, e a forma de organização das práticas obstétricas nas maternidades, garantindo uma assistência humanizada, orientada pelos direitos dos usuários e baseada em evidências. Neste estudo, o enfermeiro tem papel fundamental na alteração das práticas de atenção ao parto, e um importante papel articulador na operacionalização da Política de Humanização do Parto e Nascimento, priorizando a promoção do parto e nascimento saudáveis, respeitando o processo fisiológico, a dinâmica de cada nascimento e criando na adolescente o papel de protagonista durante o parto<sup>(16)</sup>.

Em relação ao trauma obstétrico, esse esteve ausente em 97% e 3% o apresentaram. Estudos sobre o parto traumático demonstraram que as mulheres que apresentam sintomas dissociativos ou emoções negativas durante o parto, que tiveram eventos traumáticos prévios, depressão durante a gestação, e que tiveram pouco apoio social e da equipe de saúde, são mais suscetíveis a apresentar Transtorno de Estresse Pós-Traumático/TEPT pós-parto<sup>(17)</sup>. Neste sentido, e tendo em conta que a maioria das adolescentes deste estudo não mostrou nenhum trauma obstétrico, 3% apresentaram traumas que podem constituir também lesões ao nascituro. A maioria das lesões é leve e autolimitada, requerendo apenas observação, mas algumas são inicialmente subclínicas e podem progredir rapidamente.

O risco obstétrico no começo do trabalho de parto foi baixo em sua maioria. No entanto, 45% se encontram entre médio e alto. Dos indicadores da variável Nascimento, encontramos que 74% foram crianças nascidas por parto vaginal e 26% por cesárea, das quais 21% foram de urgência. Em relação ao tipo de parto entre as adolescentes, a porcentagem encontrada de cirurgia cesárea foi menor em comparação à porcentagem de parto normal, o que está de acordo com o encontrado em outros estudos, já que a distócia do trabalho de parto também tende a ocorrer com mais frequência entre as mulheres gestantes de idade avançada, e é em parte responsável por um maior número de partos por cesárea<sup>(11-12,18)</sup>.

Com respeito à idade gestacional, os resultados mostraram que 87% foram entre 37-41 semanas e apenas 6% nas semanas 33-36, e não confirmaram a hipótese de outros estudos, de que a probabilidade de nascimentos prematuros seria mais alta entre as adolescentes. A maior incidência de parto prematuro entre as adolescentes foi apontada em diversos estudos nacionais e internacionais, tendo em conta a falta de maturidade física da gravidez adolescente, as complicações na gestação, os cuidados inadequados no período pré-natal e no parto, o número de consultas pré-natais, o tipo de gravidez e o parto por cesárea<sup>(11-12,19-20)</sup>.

Em relação aos recém-nascidos de mães adolescentes, outro dado amplamente mencionado, além da prematuridade, é o baixo peso ao nascer. No entanto, os resultados deste estudo diferem dos de outras pesquisas, já que as porcentagens que indicam o peso ao nascer mostraram que 82% tinham entre 2500 e 3499 gramas, 10% pesavam entre 2000 e 2499 gramas, 6% tinham de 3500 a 3999, e 2% tinham menos de 2000 gramas. Esta descoberta confirma os dados de um estudo que teve como objetivo examinar os aspectos da gravidez e do parto em mulheres adolescentes e adultas, para comparar os efeitos sobre o recém-nascido, chegando à conclusão que a probabilidade de que um bebê tenha peso baixo era de 24% quando a mãe pertencia à categoria de idade entre 10 e 14 anos, e de 10% quando a mãe tinha entre 15 e 19 anos, em comparação às mães da faixa de 20 a 34 anos. Portanto, as mães adolescentes têm mais possibilidades de que o recém-nascido sofra baixo peso, em comparação com as mães de mais idade<sup>(21)</sup>.

Destacamos também que a idade materna por si só não está associada ao baixo peso ao nascer e que a adolescência pode se converter em um fator de risco de baixo peso ao nascer entre as mães solteiras, fumantes, usuárias de drogas e com transtornos alimentares<sup>(21-22)</sup>.

Em relação à pressão arterial (P/A) da população do estudo, 93% se manteve entre 100 e 139 P/A sistólica, 93% se manteve entre 60 e 80 P/A diastólica, enquanto 6% registraram valores de 140 a 160 P/A sistólica, 7% de 91 a 109 P/diastólica. Estes dados deixam clara a importância do controle da pressão arterial e da manutenção dos níveis adequados, porque a evidência mostra que a pré-eclampsia acontece com mais frequência nos extremos da vida reprodutiva e que há uma associação significativa entre as adolescentes grávidas<sup>(23)</sup>.

Tendo em conta o índice de Apgar como um fator de risco importante de morbidade e mortalidade neonatal, notamos que 8% receberam uma qualificação de 7-10, mas o restante não a informou, o que impede uma discussão mais a fundo sobre este dado. Ainda assim, cabe apontar que os índices baixos entre as adolescentes nem sempre estão associados. Um estudo recente mostrou que as crianças que haviam nascido com pontuação de Apgar menores do que sete representaram 3,1% dos recém-nascidos, sendo 4,1% entre as adolescentes, 2,6% entre as adultas e 5,7% entre adultas de idade avançada, ou seja, acima ou igual a 35 anos<sup>(11)</sup>.

Outro estudo mostrou que a hipoxia aos cinco minutos de vida teve associação com o número de consultas pré-natais e não teve associação estatisticamente significativa entre a idade das mães, de 10 a 14, e de 15 a 19, com a hipoxia aos cinco minutos de vida<sup>(20)</sup>.

Além disso, considerando que no México o drama das "meninas-mães" (menores de 18 anos) que dão à luz uma criança apresenta tendência crescente segundo dados da UNFPA<sup>(1)</sup>, suas consequências para a saúde é transcendente, porque a cada ano morrem 70.000 jovens em países em desenvolvimento, por questões relacionadas à maternidade precoce<sup>(1)</sup>. Sobretudo entre as adolescentes, a maternidade precoce implica um alto grau de risco, especialmente naquelas que procedem das classes mais pobres, com falta de um parceiro estável e com nível inferior de escolaridade, fatores que estão associados com um maior risco de complicações maternas e que avançam desfavoravelmente em direção à morte materna<sup>(4,7)</sup>. Com o objetivo de reduzir os riscos, e portanto, as situações de vulnerabilidade, devemos ampliar os atributos da Atenção Primária da Saúde, acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, e competência cultural, para assim oferecer uma atenção integral<sup>(21,24)</sup>.

## Conclusão

Identificamos que a maioria das adolescentes nas diferentes etapas do estudo apresentou baixo risco e parâmetros dentro da normalidade. O seguimento do processo reprodutivo das adolescentes grávidas evidenciou também as repercussões da qualidade do cuidado pré-natal, avaliou as limitações no seu autocuidado pela falta de preocupação consigo mesmas e com seus filhos, pois não avaliam os riscos e os cuidados exigidos ao estarem no ambiente materno. O estudo ofereceu a oportunidade de identificar estratégias para a abordagem de riscos devido à vulnerabilidade inerente a este tipo de população, em que os cuidados são para o casal igualmente, e para a identificação de prioridades na saúde. Uma limitação da presente investigação foi a cobertura dos registros, principalmente por falta de comunicação entre o avaliador e as pacientes no momento de dar à luz, embora os dados obtidos tenham sido representativos para o contexto estudado. Apesar dessas limitações, podemos concluir que o estudo favorece o reconhecimento dos fatores de risco nas etapas de parto, pós-parto e puerpério; pode permitir às enfermeiras obstetras reinterpretarem sua participação na detecção oportuna de fatores de risco nas adolescentes e realizarem intervenções não apenas no quesito biológico, mas também nos aspectos psicossociais: diminuir o medo, o estresse, a ansiedade, modificar rotinas hospitalares para favorecer a participação da família e empoderá-las por meio do acompanhamento, tirando dúvidas e favorecendo o exercício de seus direitos. Os resultados apresentados permitem configurar um marco geral, que deve ser levado em consideração em estudos futuros sobre o perfil obstétrico de adolescentes grávidas, nos quais pode-se e deve-se incorporar outras vertentes analíticas e disciplinares.

## Agradecimentos

Ao Hospital Público da Cidade do México por disponibilizar suas instalações para a realização deste estudo. Às enfermeiras do Serviço de Controle Pré-Natal do Hospital Público da Cidade do México por cooperarem com a equipe de pesquisa.

## Referências

1. United Nations Population Fund. The State of World Population 2004: The Cairo Consensus at Ten:

- Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty. , p. 76. New York: UNFPA; 2004. [acesso 20 fev 2010]. p. 76. Disponível em: [http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/en\\_swp04.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/en_swp04.pdf)
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (MX). Censo General de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico. México; 2011.
  3. Secretaria de Salud (MX). Subsecretaria de Prevención y Programación Dirección General de Epidemiología. Perfil epidemiológico de la población adolescente. México; 2011.
  4. Oliveira Jr FC, Surita FG, Pinto e Silva JL, Cecatti JG, Parpinelli MA, Haddad SM, et al. Severe maternal morbidity and maternal near miss in the extremes of reproductive age: results from a national cross-sectional multicenter study. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2014 [acesso 26 jun. 2014];14:77. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975952/?tool=pubmed>
  5. Ximenes-Neto FRG, Marques MS, Rocha J. Problemas vividos por las adolescentes durante la gestación. *Enferm Global*. [Internet]. 2008. [acesso 6 mar 2010];(12):1-11. Disponível em: <http://bit.ly/wd8L4P>
  6. Tapia H, Jiménez A, Pérez I. Perfil Obstétrico de Adolescentes Embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México. *Enferm Univ*. 2012;9(3):7-14.
  7. Lenkiewicz NE. El embarazo en adolescentes: un tema con variaciones polémicas. *Género y Salud en Cifras*. [Internet]. 2008 [acesso 6 mar 2013];6(1):7-11. Disponível em: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/genero/boletines/boletin%20V6-1.pdf>
  8. Valdés-Dacal S, Essien J, Bardales-Mitac J, Saavedra-Moreno D, Bardales-Mitac E. Embarazo en la Adolescencia Incidencia, Riesgos y Complicaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2002;28(2):84-8.
  9. Vargas GC. Sistema de Evaluación de Riesgo Reproductivo y Perinatal (SRRP). Asociación Hispano Mexicana. Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMI Gen); 2003.
  10. Secretaría de Salud (MX). Subsecretaría de innovación y calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud-IMSS-ISSSTE, 2001. [acesso 6 mar 2013]. Disponível em: <http://bit.ly/RKTtTF>
  11. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(7):326-34.
  12. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Gonzalez-Chia DA, Mano OS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(5):985-94.
  13. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(3):318-24.
  14. Gausia K, Ryder D, Ali M, Fisher C, Moran A, Koblinsky M. Obstetric complications and psychological well-being: experiences of Bangladeshi women during pregnancy and childbirth. *J Health Popul Nutr*. 2012;30(2):172-80.
  15. Enderle CF, Kerber NPC, Susin LRO, Gonçalves BG. Delivery in adolescents: qualitative factors of care. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):287-94.
  16. Silva RC, Soares MC, Jardim VMR, Kerber NPC, Meincke SMK. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(3):629-36.
  17. Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(4):252-7.
  18. Metello J, Torgal M, Viana R, Martins L, Maia M, Casal E, et al. Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(12):620-5.
  19. Bildircin FD, Kurtoglu E, Kokcu A, Isik Y, Ozkarci M, Kuruoglu S. Comparison of perinatal outcome between adolescent and adult pregnancies. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013;27(8):829-32.
  20. Zaganelli FL, Ferreira FA, 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 Saude*. 2013;10(1):7-16.
  21. Guimarães AMDN, Bettiol H, Souza L, Gurgel RQ, Almeida MLD, Ribeiro ERRO, et al. Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight? *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):11-9
  22. Almir de Castro Neves Filho; Álvaro Jorge M. Leite; Zenilda Vieira Bruno; José Gomes B. Filho; Cristiana Ferreira da Silva. Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer: existe associação? *Rev Paul Pediatr* 2011;29(4):489-94.
  23. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2007;36(2):368-73.
  24. Barbaro MC, Lettiere A, Nakano AMS. Prenatal Care for Adolescents and attributes of Primary Health Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(1):108-14.

Recebido: 22.7.2014

Aceito: 22.3.2015