



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# **Gravidez na adolescência: A realidade no Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.**

**Sofia Laura Guimarães Pereira Dias de Sá**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Renato Silva Martins

Coorientadora: Ana Sofia Rodrigues Ferreira

**Covilhã, abril de 2017**



# Agradecimentos

Começo por agradecer a quem permitiu que tudo isto acontecesse: os meus Pais. Deram-me ferramentas e confiança para que o meu sonho fosse possível, sem nunca deixarem de acreditar que eu era capaz. Espero um dia ser uma Mãe tão boa como vocês são para mim.

Aos meus irmãos, porque com eles aprendo todos os dias o valor de cuidar e do amor incondicional.

À minha Madrinha, por acreditar e confiar tanto em mim e por me ter proporcionado a experiência mais enriquecedora deste curso: o Brasil.

A ti, Rui, que fazes com que eu tenha sempre um sorriso na cara, por seres o melhor amigo e companheiro do Mundo, e por me ensinares a relativizar tudo e a ver o que parece difícil tornar-se em algo tão fácil.

Aos meus avós e toda a restante família, por me ensinarem a ter Fé e a compreender o sentido da união, mesmo quando tudo parece correr mal à nossa volta.

Aos meus amigos de sempre, que me fazem ansiar pela chegada do fim-de-semana, que me ajudaram e ajudam a crescer. Vocês serão sempre o meu porto de abrigo.

À minha família da Covilhã, os meus “Fac Friends”: serão meus amigos para a vida, estejam em que parte do Mundo estiverem. Esta caminhada de 6 anos a mais de 200 km de casa foi feita recheada de amizade, entreajuda e alegria, tudo graças a vocês.

Aos afilhados que me escolheram e à madrinha que eu escolhi, que bom que os nossos caminhos se cruzaram na Covilhã, seja pela praxe, seja pela vida. Adoro-vos.

Aos meus anjos da guarda, porque é bom saber que alguém olha por mim aí de cima.

À C’a Tuna aos Saltos, por fazerem deste curso algo muito maior do que passar os dias a estudar. Sou muito feliz por fazer parte desta família.

Aos meus orientadores, à Enfermeira Sónia e à Silviana, obrigada por toda a ajuda na realização desta tese.

À Faculdade de Ciências da Saúde, porque terei sempre orgulho em dizer que foi na Universidade da Beira Interior que me formei e que concretizei o meu sonho.



## Resumo

**Introdução:** Todos os anos há 16 milhões de adolescentes a serem mães a nível mundial. No caso português registaram-se em 2010 cerca de 3660 partos. A análise de variáveis materno-infantis tem importância por dois motivos basilares: por um lado, as complicações na gravidez são uma das principais causas de morte em adolescentes, e por outro, estas veem o seu desenvolvimento biopsicossocial comprometido, assim como a sua educação.

**Objetivos:** Estudar variáveis sociodemográficas e variáveis clínicas relacionadas com vigilância pré-natal, parto e puerpério, bem como complicações materno-infantis, em mães adolescentes. Comparar os resultados com um grupo controlo constituído por mães dos 20 aos 34 anos.

**Métodos:** Este estudo é observacional, analítico e retrospectivo. Foi efetuada a recolha de dados do processo das grávidas e recém-nascidos cujo parto ocorreu entre 2012 e 2015 no Centro Hospitalar Cova da Beira.

**Resultados:** A amostra é constituída por 60 adolescentes e 123 mulheres do grupo controlo. Apenas 37,93% das grávidas adolescentes iniciaram vigilância antes das 12 semanas, ao contrário do grupo controlo, que contou com cerca de 80%. Estes valores traduzem-se numa diferença estatisticamente significativa ( $X^2=33.33$ ,  $p<0.01$ ). Verifica-se também um número significativamente maior de gravidezes mal vigiadas em mães adolescentes ( $X^2=27.52$ ,  $p<0.01$ ). Há uma maior prevalência de anemia no 3º trimestre em mães adolescentes ( $X^2=4.98$ ,  $p=0.03$ ). 15,25% das adolescentes tiveram parto pré-termo, em comparação com 2,44% no grupo controlo ( $X^2=10.63$ ,  $p<0.01$ ). Cerca de 40% das adolescentes e/ou os seus recém-nascidos foram sinalizados aos serviços sociais. No que se refere ao tipo de aleitamento, tanto no internamento como na consulta do puerpério, não se registaram diferenças significativas. No entanto, há um número significativamente maior de adolescentes a faltar à consulta do puerpério ( $X^2=31.66$ ,  $p<0.01$ ). Não se verificaram complicações neonatais significativas, exceto no peso e comprimento. Porém, quando ajustadas para a idade gestacional, essas diferenças dissipam-se.

**Conclusão:** A taxa de gravidez na adolescência no Centro Hospitalar Cova da Beira é semelhante à observada em Portugal. Verificou-se que as grávidas adolescentes têm uma vigilância pré-natal precária, maior risco de anemia e de partos pré-termo. Também no pós-parto o acompanhamento destes casos é insuficiente, em grande parte resultado do absentismo às consultas. É essencial continuar a apostar na prevenção, mas também no acompanhamento e orientação destas jovens por equipas multidisciplinares que englobem as áreas da Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Enfermagem, Psiquiatria, Psicologia e Assistência Social. Deste modo, poderá ser acompanhado o caso na sua vertente biológica, social e familiar.

# Palavras-chave

Gravidez, adolescência, prevenção, complicações materno-fetais.

## Abstract

**Introduction:** Every year there are 16 million adolescents becoming mothers worldwide. In the Portuguese case, in 2010, there were approximately 3660 deliveries. The analysis of maternal-infant variables has relevance for two basic reasons: on one hand, pregnancy related complications are one of the main causes of death in adolescents, and on the other, their biopsychosocial development is compromised, as well as their education.

**Objectives:** To study sociodemographic variables and clinical variables related to prenatal, delivery and puerperal surveillance, as well as maternal-infant complications, in adolescent mothers. To compare the results with a control group formed by mothers aged 20 to 34.

**Methods:** This is an observational, analytical and retrospective study. Data was obtained from the files of pregnant women and newborns whose delivery occurred between 2012 and 2015 at Centro Hospitalar Cova da Beira.

**Results:** The sample is formed by 60 adolescents and 123 control group women. Only 37,93% of pregnant adolescents started surveillance before the first 12 weeks, unlike the control group, which contained about 80%. These values translate into a statistically significant difference ( $X^2=33.3$ ,  $p<0.01$ ). There is also a significantly higher amount of poorly supervised pregnancies in adolescent mothers ( $X^2=27.52$ ,  $p<0.01$ ). There is a higher prevalence of anemia in the third trimester in adolescent mothers ( $X^2=4.98$ ,  $p=0.03$ ). 15,25% of adolescents had pre-term deliveries, compared to 2,44% in the control group ( $X^2=10.63$ ,  $p<0.01$ ). About 40% of the adolescents and/or their newborns were signaled to the social services. Regarding breastfeeding, exclusive and nonexclusive breastfeeding were compared both in hospitalization and at the puerperium visit and there were no significant differences between the groups. However, there is a significantly higher number of adolescents failing the puerperium visit ( $X^2=31.66$ ,  $p<0.01$ ). There were no significant complications in the infants born to adolescent mothers, except in weight and length. However, when adjusted to gestational age, these differences dissipate.

**Conclusion:** The rate of teenage pregnancy at Centro Hospitalar Cova da Beira is analogous to the rate observed over Portugal in general. It was verified that pregnant teenagers have poor prenatal care, an increased risk of anemia and preterm deliveries. There is also little follow-up of these cases in postpartum, largely due to the absenteeism of the medical appointments. It is essential to keep investing on prevention, but also in the monitoring and guidance of these young women by multidisciplinary teams that cover the areas of Gynecology/Obstetrics, Pediatrics, Nursing, Psychiatry, Psychology and Social Assistance. This way, the case can be followed in its biological, social and familiar aspects.

# Keywords

Pregnancy, adolescence, prevention, maternal-fetal complications.

# Índice

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	v
Palavras-chave .....	vi
Abstract.....	vii
Keywords .....	viii
Lista de Figuras.....	xi
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Acrónimos.....	xv
1. Introdução .....	1
2. Objetivos .....	3
3. Metodologia.....	5
3.1. Tipo de estudo .....	5
3.2. População em estudo .....	5
3.3. Critérios de inclusão .....	5
3.4. Critérios de exclusão.....	5
3.5. Variáveis em estudo.....	6
3.5.1. Variáveis maternas .....	6
3.5.2. Variáveis neonatais.....	6
3.6. Tratamento estatístico dos dados .....	7
4. Resultados.....	9
4.1. Variáveis sociodemográficas.....	9
4.2. Variáveis clínicas .....	9
4.2.1. Pré-parto.....	11
4.2.2. Parto.....	14
4.2.3. Pós-parto.....	15
4.2.4. Recém-Nascido.....	16
5. Discussão .....	19
6. Conclusão .....	23
7. Bibliografia.....	25
8. Glossário.....	29



# Lista de Figuras

Figura 1: Paridade nas mães dos 15 aos 19 anos .....	10
Figura 2: Paridade nas mães dos 20 aos 34 anos .....	10
Figura 3: Primeira consulta de vigilância por período de gestação .....	11
Figura 4: Anemia por trimestre de gravidez .....	13
Figura 5: Idade gestacional no parto .....	14
Figura 6: Aleitamento materno exclusivo no internamento e no puerpério.....	15
Figura 7: Recém-nascidos com baixo peso ao nascer.....	17



# Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra .....	9
Tabela 2: Hábitos tabágicos .....	10
Tabela 3: Idade gestacional na primeira consulta .....	11
Tabela 4: Número total de consultas na gravidez .....	12
Tabela 5: Vigilância da gravidez .....	12
Tabela 6: Frequência de anemia por trimestre .....	13
Tabela 7: Tipo de parto.....	14
Tabela 8: Dias de internamento da mãe e do recém-nascido.....	15
Tabela 9: Aleitamento materno exclusivo no internamento .....	16
Tabela 10: Aleitamento materno exclusivo no puerpério .....	16
Tabela 11: Absentismo à consulta do puerpério .....	16
Tabela 12: Dados antropométricos do recém-nascido .....	17
Tabela 13: Número total de partos em Portugal e no CHCB, de 2012 a 2015.....	19



# Lista de Acrónimos

CHCB - Centro Hospitalar Cova da Beira

RN - Recém-Nascido

IG - Idade Gestacional

DG - Diabetes Gestacional

IMC - Índice de Massa Corporal

PA - Pressão Arterial

PTGO - Prova de Tolerância à Glicose Oral

RCF - Restrição de Crescimento Fetal



# 1. Introdução

A adolescência é, segundo a Organização Mundial de Saúde, uma fase da vida compreendida entre os 10 e os 19 anos. (1) Corresponde a um período entre a infância e a idade adulta caracterizado por transformações físicas, psicossociais, cognitivas e emocionais que vão culminar no desenvolvimento de um adulto autónomo, com identidade própria que se integra e interage na sociedade.

A partir dos 15 anos, é o momento de vincar a personalidade; com esta fase chega uma maior relação com os pares, e com o início das relações amorosas vem também a descoberta sexual e as primeiras experiências (1).

Anualmente, 16 milhões de adolescentes são mães a nível mundial. (1)(2) As complicações na gravidez constituem uma das principais causas de morte em mulheres dos 15 aos 19 anos (2)(3). Embora por um lado haja casos de gravidez planeada e desejada, noutras situações encontramos-nos perante um conflito com os direitos humanos: casamentos forçados de crianças/adolescentes por vezes com homens adultos, e perda do direito à educação e formação. (1)(4)(5)

Nos últimos 30 anos tem-se assistido a um início de atividade sexual cada vez mais precoce. Estima-se que, atualmente, a idade média se estabeleça nos 15,6 anos em Portugal, sendo que as raparigas iniciam mais tardiamente (3). Apesar de atualmente haver mais informação sobre educação sexual e maior acesso a métodos contraceptivos, isto nem sempre se traduz em menos comportamentos de risco. (6) Como tal, adolescentes que iniciam a sua atividade sexual mais cedo encontram-se em maior risco duma gravidez não planeada. (5)

Nos anos 70, eram registados em Portugal cerca de 20000 partos por ano de mães adolescentes. Dados de 2010 revelam já uma franca diminuição, com uma média de 10 partos por dia, o que corresponde a cerca de 3660 por ano. (3)

A gravidez na adolescência é mais prevalente em determinados contextos sociais e grupos de risco, nomeadamente, jovens inseridos em meios socioeconómicos desfavoráveis, com famílias disfuncionais, história de consumo de drogas ou com insucesso escolar, entre outros (vítimas de violência, menarca precoce ou coitarca precoce). (4)(7)(8)(9).

Estão já descritas as complicações de saúde associadas a uma gravidez na adolescência, nomeadamente, maior prevalência de anemia (10), partos pré-termo (5), doenças sexualmente transmissíveis (3)(11), depressão (11)(12), e suas repercussões no recém-nascido, destacando-se maior mortalidade neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou restrição de crescimento fetal (13)(14).

Este trabalho pretende não só mostrar as complicações duma gravidez e maternidade na adolescência, como também apresentar sugestões para minimizar essas adversidades.



## 2. Objetivos

Este trabalho tem como objetivos:

- Identificar os partos de mães adolescentes, com idade igual ou inferior a 19 anos, ocorridos entre 2012 e 2015 no Centro Hospitalar Cova da Beira;
- Relacionar os casos em estudo com um grupo de controlo, constituído por mulheres dos 20 aos 34 anos;
- Em ambos os grupos estudar variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas com vigilância pré-natal, parto e puerpério, bem como complicações materno-infantis;
- Analisar criticamente os resultados numa vertente biopsicossocial, comparando-os entre os dois grupos e com a literatura já existente.



## 3. Metodologia

### 3.1. Tipo de estudo

Este estudo é classificado como observacional, analítico e retrospectivo. A classificação como observacional deve-se ao facto do investigador se limitar a observar os grupos de estudo e as suas características, ao invés de ter uma intervenção direta sobre estes. É considerado analítico já que, para além da descrição das variáveis em estudo, estabelece uma relação entre elas. Por último, é retrospectivo, uma vez que o objeto de estudo consta em informação (processo clínico) já existente antes do início da investigação. (15)

### 3.2. População em estudo

Mães cujos partos ocorreram entre 1 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2015 e seus recém-nascidos.

### 3.3. Critérios de inclusão

Para o **grupo de estudo** foram incluídas todas as mulheres com idade igual ou inferior a 19 anos na data do parto. Para o **grupo controlo** foram incluídas as mulheres com mais de 20 anos à data do parto, bem como os seus recém-nascidos. Como critério de seleção dos casos do grupo controlo, foram usados os partos ocorridos imediatamente antes e após cada caso do grupo de estudo.

### 3.4. Critérios de exclusão

Foram excluídas as mães com 35 anos ou mais, por serem consideradas de idade avançada. Foram também excluídos 8 casos do grupo de estudo e 13 do grupo controlo, por dados insuficientes no processo clínico.

### 3.5. Variáveis em estudo

Foram estudadas diferentes variáveis materno-fetais, desde a fase pré-natal, passando pelo parto, puerpério e avaliação neonatal.

#### 3.5.1. Variáveis maternas

- Idade;
- Estado civil;
- Paridade;
- Hábitos tabágicos;
- Idade Gestacional na 1º consulta;
- Número total de consultas;
- Gravidez mal vigiada (menos de seis consultas de seguimento) (16);
- Anemia no 1º, 2º e 3º trimestres (hemoglobina <11 g/dL para mulheres grávidas) (17);
- Diabetes Gestacional (avaliada pela glicemia em jejum na primeira consulta de vigilância pré-natal ou pela Prova de Tolerância Oral à Glicose às 24-28 semanas)(18);
- Pré-Eclâmpsia / Eclâmpsia;
- Infecção por *Streptococcus* β-hemolítico do grupo B - (pesquisa feita entre as 35 e as 37 semanas de gestação, colhendo amostra única do 1/3 externo da vagina e anorretal) (16);
- Idade gestacional no parto (distinção entre os partos pré-termo - <37 semanas e os partos de termo - ≥37 semanas) (2)(19);
- Tipo de parto (Eutócico, instrumentado ou cesariana);
- Dias de internamento da mãe e do recém-nascido;
- Tipo de aleitamento no internamento (avaliação no internamento do tipo de aleitamento: materno, misto ou artificial);
- Tipo de aleitamento na consulta do puerpério (consulta efetuada seis a oito semanas após o parto);
- Absentismo na consulta do puerpério;
- Sinalização aos Serviços Sociais (Mãe e/ou RN).

#### 3.5.2. Variáveis neonatais

- Sexo;
- Nados mortos;
- Peso, comprimento e perímetro cefálico;
- Índice de APGAR (1º e 5º minutos);
- Baixo peso ao nascer (peso < 2500g);
- Macrossomia (peso >4000 g) (19);

- Adequação do peso, comprimento e perímetro cefálico à idade gestacional;
- Restrição de Crescimento Fetal

### 3.6. Tratamento estatístico dos dados

A análise dos resultados obtidos neste estudo foi feita com recurso ao programa de análise estatística de dados para ciências sociais **IBM SPSS® Statistics 24**. O estudo começou com uma análise dos resultados considerando cada uma das variáveis em geral: para tal, recorri a frequências e percentagens, no caso das variáveis nominais/catóricas, e a medidas de tendência central e dispersão, aquando da análise de variáveis numéricas / contínuas / intervalares.

Para verificar se existiam diferenças significativas nas variáveis em função da idade das mães foi efetuado o **teste de qui-quadrado** (para relacionar variáveis nominais) e o **teste t** (para amostras independentes) para comparação duma variável intervalar com uma variável nominal/catórica.

As diferenças verificadas nos resultados são significativas quando o valor de p obtido quer no teste qui-quadrado, quer no teste t para amostras independentes se apresenta inferior a 0.05. Recorri ao programa **Microsoft Office Excel 2016** para elaboração de gráficos e tabelas com base na interpretação dos resultados obtidos no SPSS.



## 4. Resultados

### 4.1. Variáveis sociodemográficas

A amostra em estudo é constituída por 183 mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos e com uma média de aproximadamente 25 anos (Média=25.48, Desvio Padrão=6.29).

Visto que neste período não se registaram partos em adolescentes menores de 15 anos, o grupo de estudo compreende mães dos 15 aos 19 anos. Obteve-se um total de 60 adolescentes com uma idade média de 17,7 anos.

No grupo controlo foram incluídas 123 mulheres entre os 20 e os 34 anos, com uma idade média de 29,3 anos.

Quanto ao estado civil, 45% das adolescentes são casadas, 28,33% são solteiras e não há registo em 26,67% dos casos. Já no grupo controlo, 81,30% são casadas, 8,94% são solteiras e não há esse dado no processo em 9,76% das 123 mulheres.

Tabela 1: Caraterização da amostra

Idade (n=183)	Média (Desvio Padrão)	Mínimo (Máximo)
		25,48 (6,29)
	Número	Percentagem
15 - 19 anos	60	32.79%
20 - 34 anos	123	67.21%

### 4.2. Variáveis clínicas

No que diz respeito ao número de filhos, a grande maioria (n=52, 86.67%) das adolescentes é primípara. No entanto, 13,33% são mães pela segunda vez (figura 1). Já no grupo controlo, 41,46% são múltiparas (figura 2).

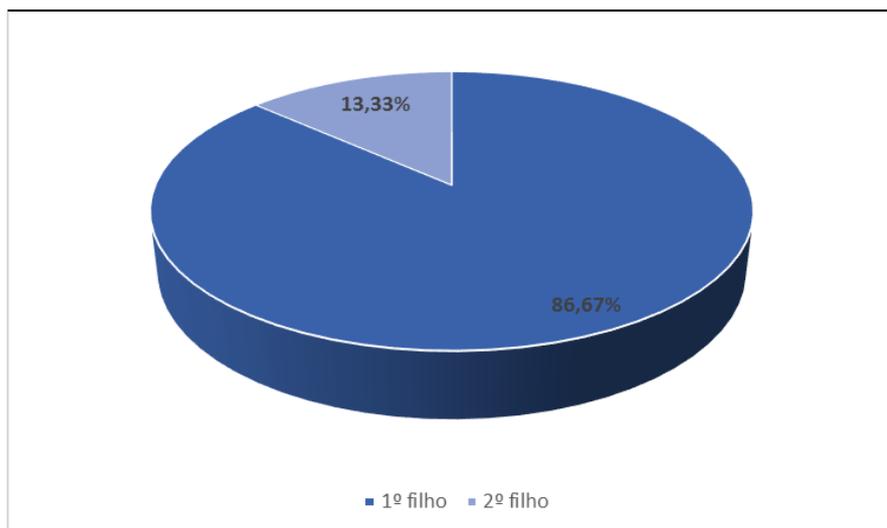


Figura 1: Paridade nas mães dos 15 aos 19 anos

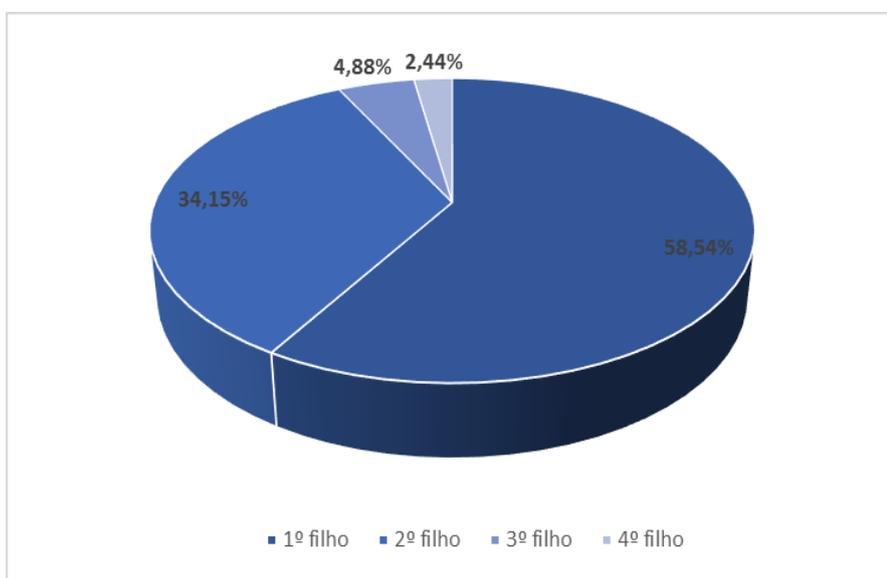


Figura 2: Paridade nas mães dos 20 aos 34 anos

Os dados da tabela 2 mostram que 21,05% (n=12) das adolescentes e 17% (n=17) do grupo controlo eram fumadoras durante a gravidez, não existindo diferenças significativas entre os dois grupos ( $\chi^2=0.97$ ,  $p=0.62$ )

Tabela 2: Hábitos tabágicos

	Idade		Total	$\chi^2$	p
	15 - 19 anos (n=57)	20 - 34 anos (n=100)			
Fumadora	12 (21.05%)	17 (17.00%)	29 (18.47%)	0,97	0,62
Não fumadora	45 (78.95%)	83 (83.00%)	128 (81.53%)		
Total	57 (100.00%)	100 (100.00%)	157 (100.00%)		

### 4.2.1. Pré-parto

Quanto à idade gestacional na primeira consulta de vigilância, foi feita uma análise de duas formas distintas. A primeira apenas distingue o início da vigilância antes e após o 1º trimestre (tabela 3). Note-se que a maioria das adolescentes (62,07%) só a iniciaram depois das 12 semanas, ao contrário da esmagadora maioria (81,03%) das grávidas do grupo controlo, que começou dentro do tempo recomendado (16). Na segunda análise optei por dividir em quatro grupos de acordo com o período da gestação em que ocorreu a primeira consulta: primeira consulta nas primeiras 12 semanas de gravidez; entre a 12ª e a 20ª semanas; entre as 20 e as 28 e, por fim, após as 28 semanas (figura 3). A maioria das adolescentes (51,72%) iniciou a vigilância no 2º trimestre. Não obstante, 10,34% tiveram a sua 1ª consulta só no 3º trimestre. Deste modo, verifica-se que a idade gestacional da grávida na sua primeira consulta de seguimento está associada significativamente à idade das mães ( $\chi^2=33.33$ ,  $p<0.01$ ).

Tabela 3: Idade gestacional na primeira consulta

	Idade		Total	$\chi^2$	p
	15 - 19 anos (n=58)	20 - 34 anos (n=116)			
< 12 semanas	22 (37,93%)	94 (81,03%)	116 (66,67%)	33.33	<0.01
≥ 12 semanas	36 (62,07%)	22 (18,97%)	58 (33,33%)		
<b>Total</b>	58 (100.00%)	116 (100.00%)	174 (100.00%)		

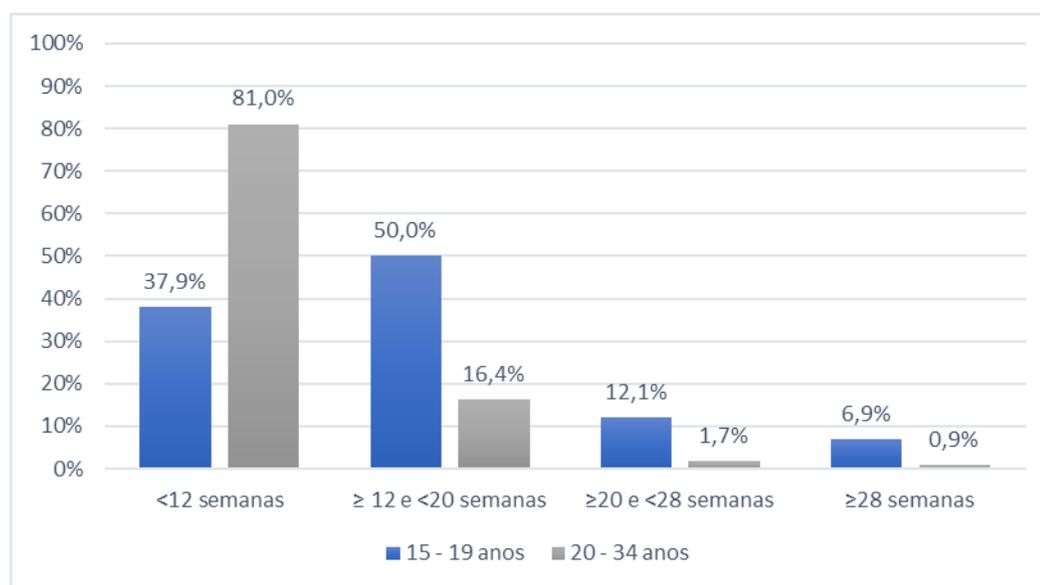


Figura 3: Primeira consulta de vigilância por período de gestação

A tabela 4 revela as diferenças entre o número total de consultas nos dois grupos etários e mostra uma diferença significativa ( $t=-6.13$ ,  $p<0.01$ ), sendo maior o nº de consultas de seguimento nas mulheres dos 20 aos 34 anos.

Tabela 4: Número total de consultas na gravidez

Idade								t	p
15 - 19 anos (n=60)				20 - 34 anos (n=122)					
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	6,13	<0,01
0	13	6,60	3,10	4	15	9,30	2,05		

No que diz respeito à vigilância da gravidez, verifica-se que o número de grávidas adolescentes mal vigiadas é significativamente superior (28,33%) ao do grupo controlo (3,28%). ( $\chi^2=27.52$ ,  $p<0.01$ ).

Tabela 5: Vigilância da gravidez

	Idade		Total	$\chi^2$	p
	15 - 19 anos (n=60)	20 - 34 anos (n=122)			
<b>Não / Mal vigiada</b>	17 (28,33%)	4 (3,28%)	21 (11,54%)	27.52	<0.01
<b>Bem vigiada</b>	43 (71,67%)	118 (96,72%)	161 (88,46%)		
<b>Total</b>	60 (100,00%)	122 (100,00%)	182 (100,00%)		

A existência de anemia por trimestre e suas diferenças entre grupos está demonstrada na figura 4 e na tabela 6. É importante ressaltar que embora não haja grávidas adolescentes com anemia no 1º trimestre, os dados relativos a esse trimestre são muito poucos, já que grande parte delas só vem à primeira consulta depois dessa fase. Ainda assim, visto que não há nenhum valor de anemia, não é possível efetuar a análise estatística.

Para complementar esta informação deve referir-se que não estão aqui contabilizados os casos dos quais não há registo, ou porque estas análises não foram efetuadas ou porque foram feitas no exterior - 53 no 1º trimestre (com quase 40% das adolescentes e 24% das adultas sem dados); 34 no 2º trimestre (onde não temos dados em 27% das adolescentes e 15% das adultas); 11 no 3º trimestre (o que corresponde a cerca de 7% do grupo de estudo e 5% do grupo controlo).

Apenas se registaram diferenças significativas no 3º trimestre, já que a proporção de mães adolescentes com anemia (21,82%) é significativamente superior à do grupo controlo (9,4%) ( $\chi^2=4.98$ ,  $p=0.03$ )

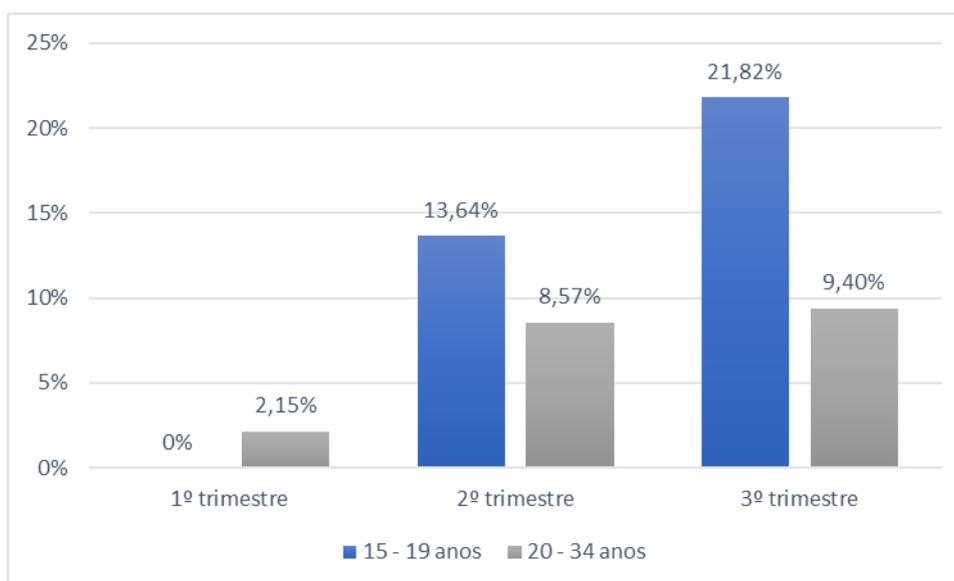


Figura 4: Anemia por trimestre de gravidez

Tabela 6: Frequência de anemia por trimestre

		Idade		Total	$\chi^2$	P
		15 - 19 anos	20 - 34 anos			
1º Trimestre	Não	22 (100.00%)	91 (97.85%)	113 (98.26%)	-	-
	Sim	0 (0.00%)	2 (2.15%)	2 (1.74%)		
2º Trimestre	Não	38 (86.36%)	96 (91.43%)	134 (89.93%)	2.51	0.14
	Sim	6 (13.64%)	9 (8.57%)	15 (10.07%)		
3º Trimestre	Não	43 (78.18%)	106 (90.60%)	149 (86.63%)	4.98	0.03
	Sim	12 (21.82%)	11 (9.40%)	23 (13.37%)		

No que diz respeito à Diabetes Gestacional, não há qualquer registo de ocorrência no grupo de grávidas adolescentes. Já no grupo controlo houve 8 casos diagnosticados, correspondendo a cerca de 6,5% da amostra. Foi excluído do estudo desta variável uma das mulheres, já que tinha Diabetes *Mellitus* tipo 1 previamente diagnosticado. Uma vez que no grupo de estudo não há nenhum caso, não é possível analisar esta variável estatisticamente.

Neste estudo não foi encontrado qualquer caso de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia.

Também foi avaliada a presença de infeção por *Streptococcus* B-hemolítico do grupo B. No grupo de estudo, há 16,33% dos casos com pesquisa positiva, e no grupo controlo 13,33%, não se observando uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ( $\chi^2=0.26$ ,  $p=0.63$ ).

#### 4.2.2. Parto

Quanto à idade gestacional no parto, o grupo de estudo tem uma incidência de 15,25% de partos pré-termo. Por outro lado, o grupo controlo tem apenas 2,44% de RN nascidos antes das 37 semanas de gestação (figura 5). Analisado doutra perspetiva, verifica-se que de todos os partos pré-termo registados na amostra geral, 75% correspondem a mães adolescentes. Há uma percentagem significativamente maior de partos pré-termo em mães adolescentes ( $\chi^2=10.63$ ,  $p<0.01$ ).

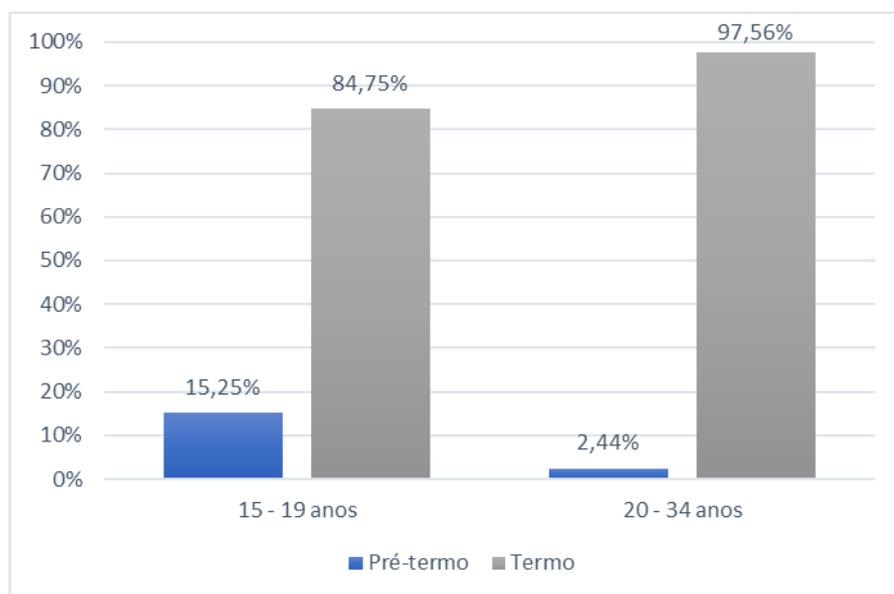


Figura 5: Idade gestacional no parto

Foram também estudadas as diferenças entre os tipos de parto nos dois grupos. No grupo de estudo houve uma maior percentagem de partos eutócicos (73,33%) relativamente ao grupo controlo (60,16%), e uma menor percentagem de partos instrumentados e cesarianas. Contudo estas diferenças não tiveram significado estatístico ( $\chi^2=3.06$ ,  $p=0,22$ ).

Tabela 7: Tipo de parto

	Idade		Total	$\chi^2$	p
	15 - 19 anos (n=60)	20 - 34 anos (n=123)			
<b>Cesariana</b>	8 (13,33%)	24 (19,51%)	32 (17,49%)	3,06	0,22
<b>Eutócico</b>	44 (73,33%)	74 (60,16%)	118 (64,48%)		
<b>Instrumentado</b>	8 (13,33%)	25 (20,33%)	33 (18,03%)		
<b>Total</b>	60 (100,00%)	123 (100,00%)	183 (100,00%)		

### 4.2.3. Pós-parto

Quanto aos dias de internamento da mãe e do RN, a média em ambos os grupos ronda os três dias, como mostra a tabela 8. Como tal, esta variável não demonstra diferenças significativas ( $t=0.88$ ,  $p=0.38$ ).

Tabela 8: Dias de internamento da mãe e do recém-nascido

	Idade								t	P
	15-19 anos (n=60)				20-34 anos (n=123)					
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão		
<b>MÃE</b>	1	10	3,00	1,50	2	6	2,85	0,87	0.88	0.38
<b>RECÉM-NASCIDO</b>	1	10	3,07	1,82	2	22	3,07	2,28		

Embora existam três tipos de aleitamento - materno exclusivo, misto ou artificial - para este estudo foi apenas comparado aleitamento materno exclusivo vs não exclusivo. Consta-se que 90% das adolescentes e 94,31% das mães do grupo controlo amamentavam exclusivamente à data da alta da maternidade. Já na consulta de puerpério estes valores desceram para 71,43% e 74,77%, respetivamente, em cada grupo. Em ambos os momentos não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

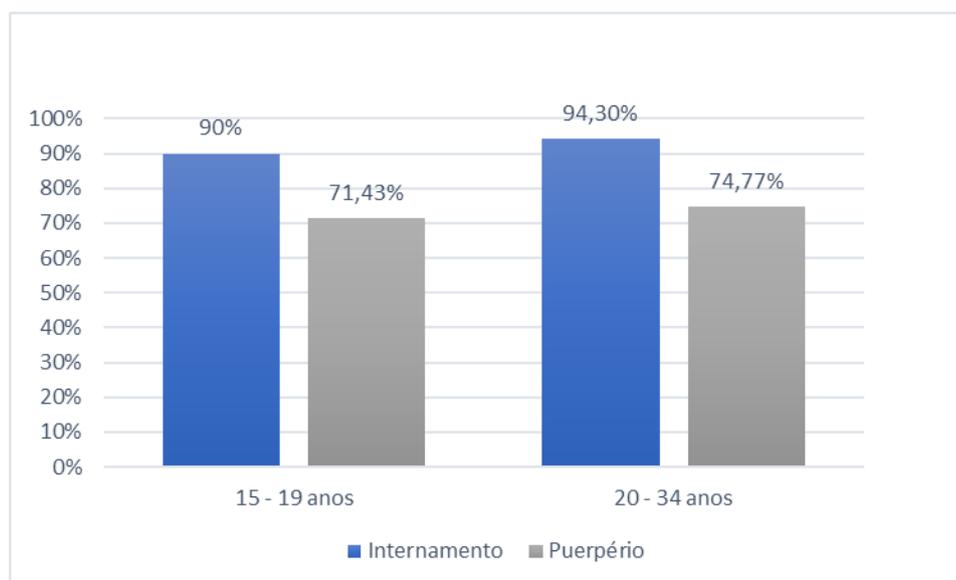


Figura 6: Aleitamento materno exclusivo no internamento e no puerpério

Tabela 9: Aleitamento materno exclusivo no internamento

	Idade		Total	$\chi^2$	p
	15 - 19 anos (n=60)	20 - 34 anos (n=123)			
<b>Sim</b>	54 (90.00%)	116 (94.31%)	170 (92.90%)	1.45	0.29
<b>Não</b>	6 (10.00%)	7 (5.69%)	13 (7.10%)		
<b>Total</b>	60 (100.00%)	123 (100.00%)	183 (100.00%)		

Tabela 10: Aleitamento materno exclusivo no puerpério

	Idade		Total	$\chi^2$	p
	15 - 19 anos (n=35)	20 - 34 anos (n=111)			
<b>Sim</b>	25 (71.43%)	83 (74.77%)	108 (73.97%)	0.16	0.66
<b>Não</b>	10 (28.57%)	28 (25.23%)	38 (26.03%)		
<b>Total</b>	35 (100.00%)	111 (100.00%)	146 (100.00%)		

Avaliando o absentismo à consulta do puerpério, verifica-se que este é significativamente superior no grupo das adolescentes ( $\chi^2=31.66$ ,  $p<0.01$ ), com 41,7% de faltas vs 9,8% no grupo controlo. ( $\chi^2=31.66$ ,  $p<0.01$ ).

Tabela 11: Absentismo à consulta do puerpério

	Idade		Total	$\chi^2$	p
	15 - 19 anos (n=60)	20 - 34 anos (n=123)			
<b>Sim</b>	21 (35,00%)	5 (4,07%)	26 (14,21%)	31.66	<0.01
<b>Não</b>	39 (65,00%)	118 (95,93%)	157 (85,79%)		
<b>Total</b>	60 (100,00%)	123 (100,00%)	183 (100,00%)		

Dentro do grupo das grávidas adolescentes, foram levantados os casos sinalizados para os serviços sociais. Das 60 adolescentes em estudo, 26 foram sinalizadas (43,33%). O acompanhamento iniciou-se, em alguns casos, ainda na gravidez, tendo-se prolongado, no máximo, até ao primeiro ano de vida do RN.

#### 4.2.4. Recém-Nascido

A amostra conta com 183 RN, uma vez que não há nenhuma gravidez múltipara e nenhum nado morto. Há 92 RN do sexo masculino e 91 do sexo feminino.

O primeiro dado a avaliar é o índice de APGAR ao 1º e 5º minutos. A sua média melhora significativamente do 1º para o 5º minuto, tal como seria expectável. Não existem diferenças

significativas no valor do APGAR tanto ao 1º ( $t=0.58$ ,  $p=0.56$ ) como ao 5º minuto ( $t=0.81$ ,  $p=0.42$ ) entre os dois grupos.

Passando à análise antropométrica, foram avaliados o peso, comprimento e perímetro cefálico e sua relação com a idade das mães. Os resultados são mostrados na tabela 12.

Tabela 12: Dados antropométricos do recém-nascido

	15-19 anos (n=59)		20-34 anos (n=123)		t	P
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
<b>Peso</b>	2995 g	463	3187 g	464	-2.69	0.01
<b>Comprimento</b>	47,9 cm	1,92	48,7 cm	1,92	-2.02	0.04
<b>Perímetro cefálico</b>	33,6 cm	1,36	34,3 cm	1,34	0.13	0.90

Podemos verificar da tabela 12 que o peso ( $t=-2.69$ ,  $p=0.01$ ). e o comprimento ( $t=-2.02$ ,  $p=0.04$ ) do RN são significativamente inferiores no grupo de RN filhos de mães adolescentes.

Após esta análise geral, partimos para a distinção dos RN de baixo peso ao nascer (<2500g) de acordo com a idade das mães.

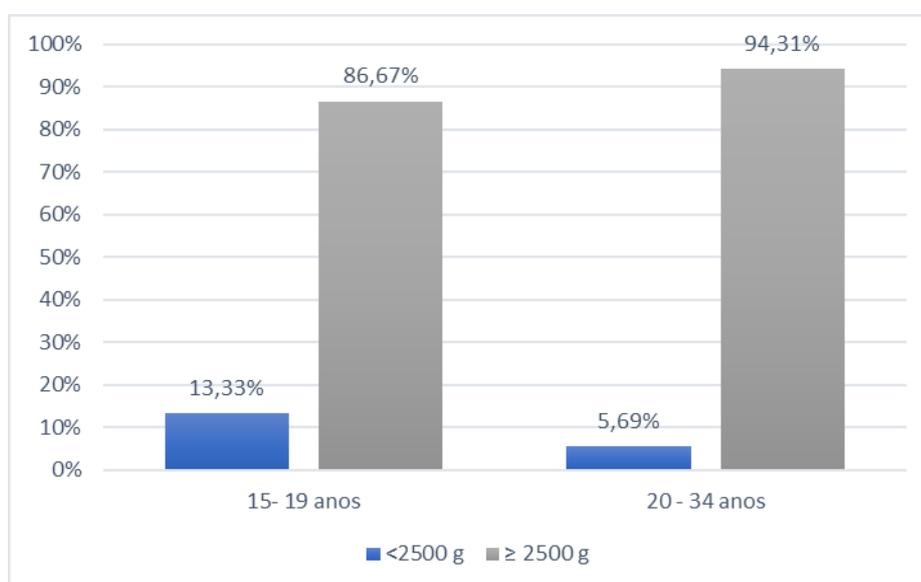


Figura 7: Recém-nascidos com baixo peso ao nascer

Verifica-se, para além dos dados da figura 7, que 70% dos RN com baixo peso ao nascer correspondem a filhos de adolescentes.

Embora a proporção de mães adolescentes a ter RN de baixo peso seja superior à das mães adultas, esta diferença não tem uma associação significativa ( $X^2=3.13$ ,  $p=0.08$ ).

Foram também registados nesta amostra 3 RN macrossómicos, todos filhos de mulheres do grupo controlo.

Foram diagnosticados 9 casos de RCF, correspondendo a 3,33% do grupo de estudo (n=2) e 5,69% do grupo controlo (n=7).

Para completar esta análise é essencial fazer uma correção do peso, comprimento e perímetro cefálico à idade gestacional. Verificou-se que, apesar das médias dos pesos e comprimentos serem significativamente diferentes entre os grupos, quando se corrigiu estes valores para a IG, quer para o peso ( $X^2=0.002$ ,  $p=0.962$ ) quer para o comprimento ( $X^2=0.326$ ,  $p=0.568$ ) estas diferenças deixaram de existir. No PC, as diferenças, mais uma vez, não foram significativas. ( $X^2=0.754$ ,  $p=0.385$ ).

## 5. Discussão

Ao longo dos últimos anos tem-se assistido a uma diminuição da taxa de fecundidade de forma transversal a todos os grupos etários até aos 34 anos. No grupo etário estudado neste trabalho - dos 15 aos 19 anos - a taxa de fecundidade foi de 12,2 filhos por cada 1000 mulheres em 2012, 10,7 em 2013, 9,3 em 2014 e 8,4 em 2015. Desde o ano 2002 estes números têm diminuído de forma consistente. Já nas mulheres em idade avançada ( $\geq 35$  anos) tem-se assistido a um aumento da taxa de fecundidade. (20)

Na tabela 12 estão representados o número total de partos em Portugal e no CHCB, bem como em adolescentes, de 2012 a 2015. (21)

Tabela 13: Número total de partos em Portugal e no CHCB, de 2012 a 2015

	Número total de Partos		Partos de mães adolescentes	
	Portugal	CHCB	Portugal	CHCB
2012	88777	773	3293	18
2013	81737	599	2853	20
2014	81352	564	2498	15
2015	84315	555	2293	14

Relacionando-se estes dados, constata-se que a percentagem de partos de mães adolescentes em Portugal variou entre 2,7 e 3,7%. No CHCB estes valores são próximos da média nacional (2,3 a 3,3%).

O início da atividade sexual é cada vez mais precoce e a ele se associa o início dos consumos / hábitos tabágicos e/ou alcoólicos. (3) Neste estudo há poucos dados nos processos clínicos relativos a consumo de drogas e álcool. A melhor informação que foi possível retirar refere-se aos hábitos tabágicos. Para além da falta de dados (no total faltam 23 casos, o que corresponde a 14,3% da amostra total), não há conhecimento se todas as mulheres registadas como não fumadoras são efetivamente não fumadoras ou se apenas pararam de fumar quando iniciaram a gravidez. Logo, esta variável não traz resultados significativos.

É importante os profissionais de saúde não partirem do princípio que a grande maioria dos jovens têm conhecimentos básicos sobre educação sexual e comportamentos de risco. É fundamental apostar nesta formação e educação para a saúde, nomeadamente na consulta de Pediatria / Medicina do Adolescente e nas consultas de Ginecologia. (22)

Perante uma gravidez na adolescência surgem inúmeros problemas: receio de contar aos outros, de encarar a realidade e de ir a uma consulta. Os profissionais de saúde devem fazer uma abordagem diferente quando recebem uma grávida adolescente, tendo em conta que

provavelmente será uma gravidez com mais barreiras e dificuldades do que uma em idade dita *normal*. A primeira barreira surge no momento da primeira consulta: no grupo de estudo verifica-se que mais de 60% das adolescentes procuram o médico apenas depois do 1º trimestre, ao contrário do grupo controlo, onde mais de 80% têm a sua primeira consulta no momento preconizado (o mais cedo possível e até às 12 semanas). Estes resultados são significativos e corroboram a informação já comprovada nas *Guidelines* da Gravidez na Adolescência (2). O Pediatra é mais uma vez um pilar de apoio para estas situações. Aliado às consultas de Obstetrícia, deveriam estar as consultas de Medicina do Adolescente, onde seria importante a inclusão do pai ou companheiro, bem como a discussão sobre aborto, adoção e cuidados pré-natais (22). Embora os Obstetras tenham preparação para este tipo de consulta, o Pediatra poderia dar o seu contributo adaptando as indicações do Obstetra à idade e maturidade da adolescente/adolescentes que estão prestes a ser pais.

Estudos sugerem que a gravidez na adolescência se associa a uma inadequada vigilância pré-natal (13)(23), o que se correlaciona com o aumento da incidência de anemia na gravidez, parto pré-termo e baixo peso ao nascer. (24) Também neste estudo se obteve um número significativamente menor de consultas nas adolescentes ( $t=-6.13$ ,  $p<0.01$ ). A média no grupo de estudo é 6,6 consultas enquanto que o controlo tem uma média superior a 9 consultas. Mais do que saber o número médio de consultas, foi feita uma análise mais pormenorizada para contabilizar as mulheres com gravidez mal vigiada (<6 consultas). Foi então concluído que há uma maior proporção de adolescentes com uma gravidez mal vigiada ( $X^2=27.52$ ,  $p<0.01$ ). Para entender melhor este parâmetro é importante considerar que, tal como comprovado noutros estudos(12) as grávidas adolescentes iniciaram a sua vigilância bem mais tarde. Se mais de metade apenas inicia após o 1º trimestre, e cerca de 20% após as 20 semanas, é expectável que a gravidez seja menos vigiada.

A anemia é considerada a principal causa indireta de mortalidade materna a nível mundial (1). O seu surgimento na gravidez é multifatorial, podendo relacionar-se com alimentação pobre ou insuficiente, causas genéticas ou infeções (10). Segundo alguns estudos, a anemia é significativamente mais comum em adolescentes quando comparadas com grávidas mais velhas. (25)(9) Estima-se que a prevalência de anemia neste grupo etário será maior no 3º trimestre de gravidez (13). No entanto, é a anemia nos dois primeiros trimestres que parece ser mais prejudicial para a gravidez, causando um aumento dos RN de baixo peso ao nascer (2) ou de partos prematuros (13). No presente estudo, esta informação comprovou-se, visto que o 3º trimestre teve não só a maior percentagem de anemia, como também uma prevalência significativamente superior em adolescentes ( $X^2=4.98$ ,  $p=0.03$ ). Todavia, é necessário analisar criticamente estes resultados. Não se registou nenhum caso de anemia em adolescentes no 1º trimestre. No entanto, 60% das mesmas nem sequer tinham ainda iniciado vigilância. Embora em menor proporção, também no 2º trimestre isto se verifica. Estes fatores tornam esta análise pouco precisa e comprometem os resultados do 1º e 2º trimestres. Outra preocupação aquando da vigilância numa gravidez na adolescência é a despiste de determinadas infeções, uma vez que este grupo está mais predisposto à sua ocorrência

(14)(26), por inúmeros fatores, nomeadamente comportamentos sexuais de risco, imaturidade do colo do útero e suscetibilidade consequente desses tecidos a infeções (27). Neste estudo apenas foi estudada a infeção por *Streptococcus* B-hemolítico do grupo B e não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos.

É já bastante documentada a associação entre gravidez na adolescência e partos pré-termo (28) (19) (29). Este estudo mostrou um número significativamente maior de partos pré-termo nas grávidas adolescentes ( $X^2=10.63$ ,  $p<0.01$ ). A literatura existente tem-se focado na pesquisa das causas para esta maior incidência, que podem passar pela existência de imaturidade ginecológica (23), de anemia não tratada durante a gravidez, pelos estilos de vida maternos, por uma gravidez mal vigiada ou pela falta de condições socioeconómicas normalmente inerentes a este grupo (10) (30).

O tipo de parto e sua correlação com a idade da mãe foi outra variável aqui estudada, embora sem resultados significativos. Noutros estudos já realizados comprovou-se em várias amostras populacionais um número significativamente maior de adolescentes a ter o seu filho por parto eutócico (31) (9). No entanto, há também literatura que associa um maior número de partos instrumentados às adolescentes, muitas vezes por falta de colaboração (32).

O tempo de internamento da mãe e RN após o parto foi semelhante entre os dois grupos - cerca de 3 dias. Porém, em 40% do grupo de estudo, houve sinalização da mãe e do RN aos serviços sociais, o que permitiu uma continuidade de suporte. Alguns estudos comprovam que as adolescentes que já foram mães estão mais predispostas a uma gravidez subsequente (28), maus tratos, negligência ou falta de cuidados de saúde (4) (5). Estas consequências podem ser atenuadas com o recurso a estes suportes de assistência social. Considero de extrema importância que este apoio seja solicitado em todas as adolescentes, bem como aos seus recém-nascidos. Na amostra avaliada neste estudo, há 8 adolescentes a ter o seu segundo filho. Uma delas teve dois filhos no período estudado neste trabalho. Destas oito, apenas duas foram sinalizadas. É imperativo melhorar este parâmetro, podendo mesmo protocolar-se a criação de entrevistas individuais pelos serviços sociais a todas as grávidas adolescentes, com critérios uniformizados de avaliação social (4). A decisão relativa à data de alta deve ser tomada em equipa multidisciplinar, com a cooperação dos Cuidados de Saúde Primários e dos restantes profissionais de saúde que seguem a grávida/mãe e o seu filho.

A amamentação exclusiva é recomendada, sempre que possível, até aos 6 meses de idade (2). Por variadas razões, tais como dor, dinâmica familiar, falta de motivação, ou necessidade de voltar à escola, é menor o número de mães adolescentes a fazer amamentação exclusiva, quando comparados com mães adultas. (33)(34) Nesta investigação foi feita uma avaliação no internamento e após 6 a 8 semanas, na consulta de revisão de puerpério. Os resultados obtidos não foram significativos. No entanto, há um viés nesta análise, já que 65% das adolescentes faltaram à consulta de revisão puerperal, em contraste com apenas 5% das mães do grupo controlo que não compareceram. Deste modo, não é possível obter resultados tão fiáveis quanto desejado. O absentismo à consulta de revisão puerperal é algo que tem de ser contornado, dada a importância desta consulta para revisão pós-parto, despiste de casos de

depressão pós-parto, início de contraceção ou amamentação (16). Poderá ser necessário mudar a forma de seguimento, por exemplo com visitas ao domicílio por uma equipa multidisciplinar fixa (assistente social, médico e enfermeiro). Deste modo, há um acompanhamento mais próximo das dificuldades, não só a nível de cuidados, como de amamentação, passando também pela situação socioeconómica (5). No caso da depressão pós-parto e ideação suicida, cuja prevalência é superior em mães adolescentes, (11)(35) torna-se fulcral o acompanhamento por psiquiatra/pedopsiquiatra ou psicólogo. A decisão do momento de alta deverá, mais uma vez, ser tomada em equipa.

Relativamente às complicações neonatais, a única diferença significativa neste trabalho foi observada no peso e comprimento, cuja média foi menor no grupo de estudo. Estas diferenças podem ser explicadas, em parte, pelo maior número de partos pré-termo neste mesmo grupo. Após correção para a idade gestacional através das curvas de Fenton (36), essas diferenças dissipam-se. Conclui-se assim que a idade da mãe não trouxe repercussões para o recém-nascido.

Este trabalho apresentou algumas limitações. Em primeiro lugar, a amostra em estudo é pequena (n=60); por outro lado, pelo facto de ser um estudo retrospectivo não permite avaliar dados atuais relativos ao estado psicológico e socioeconómico das adolescentes da amostra. Não foram estudadas anomalias nas ecografias pré-natais e não foram avaliadas as infeções TORCH (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simples). Deparei-me também com uma escassez de dados relativos aos fatores de risco psicossociais para a gravidez na adolescência, nomeadamente, falta de informação sobre consumos, escolaridade, idade da menarca e coitarca, entre outros.

## 6. Conclusão

O CHCB teve, entre 2012 e 2015, uma taxa de cerca de 3% de partos de mães até aos 19 anos, acompanhando a média nacional.

Observou-se que as grávidas adolescentes iniciam a vigilância pré-natal mais tardiamente e com um menor número de consultas. Há também uma maior prevalência de anemia, partos pré-termo e um grande absentismo à consulta do puerpério. Não se verificaram complicações neonatais significativas associadas à idade da mãe.

É um grande objetivo deste trabalho que ele se torne uma base para estudos posteriores. Com estas conclusões entende-se a necessidade de realização de estudos prospetivos que mostrem também a vertente psicossocial, que aqui ficou pouco explorada.

É essencial aliar à Ginecologia/Obstetrícia outras áreas de apoio, tais como a Pediatria, Enfermagem, Psiquiatria, Psicologia e Assistência Social, para que os resultados sejam melhores, não só quando já se está perante uma adolescente grávida, mas também para trabalhar na prevenção de gravidezes indesejadas nesta fase da vida.

Espero que este trabalho alerte os profissionais de saúde para este problema e que, acima de tudo, se criem ferramentas e programas de apoio a estas mulheres que estão a ser mães antes mesmo de completarem o seu próprio crescimento.



## 7. Bibliografia

1. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância 2011: Adolescência Uma fase de oportunidades. New York, USA; 2011. 148 p.
2. Fleming N, O'Driscoll T, Becker G, Spitzer RF, Allen L, Millar D, et al. Adolescent Pregnancy Guidelines. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2015;37(8):740-56. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30180-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30180-8)
3. Mendes N, Palma F, Serrano F. Sexual and reproductive health of Portuguese adolescents. *Int J Adolesc Med Health*. 2014;26(1):3-12.
4. Resende A, Dias C, Aparício E, Silva E, Lerenó I, Caldas L, et al. Gravidez e Maternidade na Adolescência: Indicadores de Risco Social. 2009;1-8.
5. Marino JL, Lewis LN, Bateson D, Hickey M, Skinner SR. Teenage mothers. *R Aust Coll Gen Pract*. 2016;45(10):712-7.
6. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R, Magarinho R. Gravidez na adolescência: Das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez. *Int J Clin Heal Psychol*. 2006;6(1):97-125.
7. Freira S, Pereira-da-silva L, Malveiro F, Santos C, Santos S, Colaço C, et al. Factores de risco social, comportamental e biológico de gravidez na adolescência: estudo de caso-controlado. *Acta Pediátrica Port*. 2007;38(6):241-5.
8. Pires R, Araújo-Pedrosa A, Pereira J, Canavarró MC. Preventing adolescent pregnancy: Biological, social, cultural, and political influences on age at first sexual intercourse. *J Prim Prev*. 2014;35(4):239-54.
9. Mahavarkar SH, Madhu CK, Mule VD. A comparative study of teenage pregnancy. *J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2008;28(6):604-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19003655>
10. Pinho-Pompeu M, Surita FG, Pastore DA, Paulino DSM, Pinto e Silva JL. Anemia in pregnant adolescents: impact of treatment on perinatal outcomes. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2016;7058(September):1-5. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2016.1205032>
11. Nais AO. Gravidez na adolescência. *Saúde Infant*. 2010;110-5.
12. Kingston D, Heaman M, Fell D, Chalmers B. Comparison of Adolescent, Young Adult, and Adult Women's Maternity Experiences and Practices. *Pediatrics*. 2012;129(5):e1228-37.
13. 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.
14. Lao TT, Ho LF. The obstetric implications of teenage pregnancy. *Hum Reprod*. 1997;12(10):2303-5.
15. Universidade do Porto. Desenho de estudo [Internet]. 2015 [citado 24 de Janeiro de 2017]. Disponível em:

- [http://stat2.med.up.pt/cursop/print\\_script.php3?capitulo=desenhos\\_estudo&numero=3&titulo=Desenhos de estudo](http://stat2.med.up.pt/cursop/print_script.php3?capitulo=desenhos_estudo&numero=3&titulo=Desenhos de estudo)
16. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [Internet]. 2015. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/pnvgrbr-pdf.aspx>
  17. Who, Chan M. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Geneva, Switz World Heal Organ [Internet]. 2011;1-6. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Haemoglobin+concentrations+for+the+diagnosis+of+anaemia+and+assessment+of+severity#1>
  18. Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional. 2011.
  19. Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, Shrim A, Abenhaim HA. Pregnancies in Young Adolescent Mothers: A Population-Based Study on 37 Million Births. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2012;25(2):98-102. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2011.09.004>
  20. INE-PORDATA. Taxa de fecundidade por grupo etário - Portugal [Internet]. 2016 [citado 10 de Fevereiro de 2017]. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+por+grupo+etário-415>
  21. INE-PORDATA. Nº total de partos por residência e grupo etário da mãe [Internet]. [citado 14 de Abril de 2017]. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0006809&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006809&contexto=bd&selTab=tab2)
  22. Klein JDC on A. Adolescent Pregnancy : Current Trends and Issues. Vol. 116. 2005.
  23. Ferreira Simões VM, Moura da Silva AA, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saude Publica*. 2003;37(5):559-65.
  24. Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: Evidence from 144 countries. *Lancet Glob Heal*. 2014;2(3):155-64.
  25. Al-Haddabi R, Al-Bash M, Al-Mabaihsi N, Al-Maqbali N, Al-Dhughaishi T, Abu-Heijja A. Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnant women attending a tertiary teaching hospital in Oman. *Oman Med J*. 2014;29(6):399-403.
  26. Darroch JE, Singh S, Frost JJ. Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual activity and contraceptive use. *Fam Plann Perspect*. 2001;33(6):244-50, 281.
  27. Akoh CC, Pressman EK, Cooper E, Queenan RA, Pillittere J, O'Brien KO. Prevalence and Risk Factors for Infections in a Pregnant Adolescent Population. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2016; Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1083318816301310>
  28. Liran DM, Vardi IS, Sergienko R, Sheiner E. Adverse perinatal outcome in teenage

- pregnancies: Is it all due to lack of prenatal care and ethnicity? *J Matern Neonatal Med.* 2013;26(5):469-72.
29. Egbe TO, Omeichu A, Halle-Ekane GE, Tchente CN, Egbe E-N, Oury J-F. Prevalence and outcome of teenage hospital births at the buea health district, South West Region, Cameroon. *Reprod Health [Internet].* 2015;12(1):118. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26700474>
  30. Stevens-simon C, Beach RK, Mcgregor JA. State of the Art: Does incomplete growth and development predispose teenagers to preterm delivery? A template for research. *J Perinatol.* 2002;22:315-23.
  31. Sagili H, Pramy N, Prabhu K, Mascarenhas M, Rani PR. Are teenage pregnancies at high risk? A comparison study in a developing country. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;285(3):573-7.
  32. Ozer E, Nacar MC, Yildirim A, Enginyurt O, Din H, Evcuman D. Underage mothers in Turkey. *Med Sci Monit [Internet].* 2014;20:582-6. Disponível em: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L372819001%5Cnhttp://dx.doi.org/10.12659/MSM.890341>
  33. Sipsma HL, Jones KL, Cole-Lewis H. Breastfeeding among adolescent mothers: a systematic review of interventions from high-income countries. *J Hum Lact.* 2015;31(2):221-2.
  34. Sipsma HL, Magriples U, Divney A, Gordon D, Gabzdyl E, Kershaw T. Breastfeeding behavior among adolescents: Initiation, duration, and exclusivity. *J Adolesc Heal [Internet].* 2013;53(3):394-400. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.04.005>
  35. Schmidt RM, Wiemann CM, Rickert VI, Smith EOB. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *J Adolesc Heal.* 2006;38(6):712-8.
  36. Fenton TR, Kim JH, Secker D, Onis M De, Garza C, Victora C, et al. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatr.* 2013;13(1):59.
  37. Graça LM da. *Medicina Materno-Fetal.* LIDEL, editor. 538 p.
  38. Ross AMG, Editor C, Smith C V. *Fetal Growth Restriction Causes of Intrauterine Growth Restriction.* 2013;1-13.



## 8. Glossário

**Idade Gestacional na 1º consulta** - A Direção Geral de Saúde preconiza a realização da primeira consulta de vigilância pré-natal o mais precocemente possível e antes das 12 semanas. (16) Nesta consulta é importante: a recolha da história clínica; avaliação de fatores de risco pré-natal bem como socioculturais; cálculo da idade gestacional e data provável do parto; dados da mãe (peso, altura, IMC, PA, sinais de anemia, edemas, análise sumária da urina); rastreio de situações de violência; motivação e adaptação para a gravidez; vacinação. Antes da consulta é importante realizar a ecografia e as análises do 1º trimestre, iniciar suplementação com ácido fólico e iodo, referenciar os casos para outras especialidades ou para determinados tipos de apoio a nível psicossocial, consoante o caso assim o necessite. Nos casos em que a vigilância seja iniciada mais tardiamente, deve iniciar-se o protocolo com os exames preconizados para o 1º trimestre.

**Número total de consultas** - a Direção Geral de Saúde preconiza a realização das seguintes consultas: a primeira o mais cedo possível e até às 12 semanas; a cada 4 a 6 semanas até às 30 semanas; a cada 2 a 3 semanas entre as 30 a 36 semanas; a cada 1 a 2 semanas após as 36 semanas, sendo pelo menos uma dessas no hospital (16).

**Anemia** - condição na qual o número de hemácias (e conseqüentemente a sua capacidade de transporte de oxigénio) é insuficiente para manter as necessidades do organismo. Há diferentes etiologias, mas a causa mais comum a nível global é a deficiência de ferro. Embora a determinação do valor da hemoglobina *per se* não faça o diagnóstico de anemia por deficiência de ferro, esta constitui um bom indicador e consegue dar informação relevante acerca da severidade da doença. Nas grávidas é muito comum este tipo de anemia, já que, para além do aumento de volume sanguíneo da mãe, o feto também tem necessidades de ferro. O *cut-off* para diagnóstico é, para adultos do sexo masculino, concentração de hemoglobina <13 g/dL, para mulheres não grávidas, <12 g/dL e para grávidas <11 g/dL. Deste modo, a OMS preconiza a suplementação com ferro de 30 a 60 mg / dia a todas as grávidas, desde o início da vigilância pré-natal até um mês após o parto. (17)

**Diabetes Gestacional** - O diagnóstico de diabetes gestacional pode ser efetuado em duas fases distintas da gravidez. A primeira corresponde à medição da **glicemia em jejum na primeira consulta de vigilância pré-natal**. Se nesta medição se obtiverem valores de glicemia  $\geq 92$  mg/dL (5,1 mmol/L) e <126 mg/dL (7,0 mmol/L), está concretizado o diagnóstico de *diabetes gestacional* e já dispensa a Prova de Tolerância à Glicose Oral

(PTGO). Por outro lado, se a glicemia for  $\geq 126$  mg/dL (7,0 mmol/L) ou  $\geq 200$  numa medição ocasional (que deve ser repetida para confirmação), o caso deve ser tratado como *provável diabetes prévia à gravidez*. Para todas as grávidas cujo valor na primeira medição tenha sido  $< 92$  mg/dL (5,1 mmol/L), é necessária a **Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO)**. Esta prova é efetuada entre as 24 e as 28 semanas de gestação e consiste numa ingestão de 75 g de glicose (diluída em 300 mL de água) e determinação da glicemia às 0, 1 e 2 horas. A grávida deve estar em jejum (8 a 14 horas). Para diagnóstico de *diabetes gestacional* é necessário pelo menos um dos seguintes valores: às 0 horas,  $\geq 92$  mg/dL (5,1 mmol/L); à 1 hora,  $\geq 180$  mg/dL (10,0 mmol/L); às 2 horas,  $\geq 153$  mg/dL (8,5 mmol/L). Caso a vigilância pré-natal se inicie após às 28 semanas, o procedimento é igual (primeiro testa-se com a medição da glicemia em jejum). Todos os casos diagnosticados como diabetes gestacional devem ser encaminhados para consulta hospitalar de Medicina Materno-Fetal para a Diabetes. (18)

**Pré-Eclâmpsia / Eclâmpsia** - define-se pré-eclâmpsia como um início recente de HTA ( $> 140 / 90$  mmHg), associado a proteinúria (urina 24h com proteínas  $> 300$ mg, ou relação proteínas/creatinina  $> 0,3$ ) e que se pode complicar com lesão de órgão-alvo, após as 20 semanas de gestação. A sua etiologia é multifatorial. Já a eclâmpsia constitui a forma mais grave dos casos de hipertensão na gravidez, caracterizando-se por disfunção multiorgânica e pelo surgimento de convulsões em grávidas com pré-eclâmpsia, antes, durante ou nas 48h pós-parto (37).

**Índice de APGAR** - esta escala avalia os RN ao 1º, 5º e 10º minutos de vida. São pontuados 5 parâmetros de 0 a 2, tendo esta escala o máximo de 10 pontos. Os parâmetros avaliados são: intensidade e regularidade da frequência cardíaca ( $\geq 100$  bpm - 2 pontos;  $< 100$  bpm - 1 ponto; 0 bpm - 0 pontos); maturação pulmonar (respiração regular - 2 pontos; irregular - 1 ponto; sem respiração - 0 pontos); movimentos e tônus muscular (ativo - 2 pontos; moderado - 1 ponto; tônus flácido - 0 pontos); cor da pele/oxigenação (rosada - 2 pontos; cianose periférica - 1 ponto; cianose central e periférica - 0 pontos); resposta reflexa a estímulos irritativos (choro vigoroso - 2 pontos; choro fraco, soluçar - 1 ponto; silêncio - 0 pontos). Considera-se um APGAR baixo se  $< 7$ .

**Adequação do peso, comprimento e perímetro cefálico à idade gestacional** - Considera-se um recém-nascido como pequeno para a idade gestacional aquele cujos valores antropométricos se encontram abaixo do percentil 10 para a idade gestacional. Já um recém-nascido grande para a idade gestacional é definido como estando acima do percentil 90 para a idade gestacional. Como tal, os recém-nascidos entre os percentis 10 e 90 são considerados

adequados à idade gestacional. Neste trabalho, a análise foi efetuada com base nas curvas de Fenton (36), que associam os percentis ao comprimento, peso e perímetro cefálico dos recém-nascidos, de acordo com o sexo e a idade gestacional.

**Restrição de Crescimento Fetal** - o diagnóstico de RCF é clínico, feito pela ecografia e resulta duma conjugação de fatores. Entende-se por RCF um feto incapaz de alcançar o seu potencial de crescimento geneticamente determinado. Embora muitas vezes os conceitos sejam sobreponíveis, nem todos os fetos Pequenos para a Idade Gestacional são diagnosticados com RCF já que podem ser constitucionalmente pequenos. De todos os fetos pequenos para a idade gestacional, apenas cerca de 40% têm realmente RCF. (38)