

## **Desfechos gestacionais e perinatais decorrentes de complicações obstétricas em adolescentes**

### **Gestational and perinatal outputs arising from obstetric complications in adolescents**

DOI:10.34119/bjhrv5n2-261

Recebimento dos originais: 15/02/2022

Aceitação para publicação: 02/03/2022

#### **Bianca Maria Cardoso de Sousa Vieira**

Enfermeira obstétrica

Instituição: Instituto Múltiplo de Ensino- IESM

Endereço: Av. Boa Vista, N° 700 Bairro: Boa Vista. Timon - MA, CEP: 65631-430

E-mail: enfabiancardoso@gmail.com

#### **José Francisco Ribeiro**

Mestre em Ciência e Saúde

Instituição: Universidade Federal do Piauí – UFPI

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, S/N - Ininga, Teresina - PI

CEP: 64049-550

E-mail: jotafribeiro@yahoo.com.br

#### **Amanda Karoliny Meneses Resende Fortes**

Mestranda em Enfermagem UFPI

Instituição: Universidade Federal do Piauí- UFPI

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, S/N Ininga, Teresina - PI

CEP: 64049-550

E-mail: amandakaroliny.10@gmail.com

#### **Suzy Romere Silva de Alencar**

Enfermeira Em Saúde da Família e Comunidade

Instituição: Universidade Estadual do Piauí

Endereço: Rua Olavo Bilac, 2335, Centro (Sul), Teresina, PI, CEP: 64001-280

E-mail: romeresuzy@gmail.com

#### **Stefânia Araújo Pereira**

Enfermeira

Instituição: Universidade Estadual do Piauí

Endereço: Rua Olavo Bilac, 2335, Centro (Sul), Teresina, PI, CEP: 64001-280

E-mail: stefania.rillys@gmail.com

#### **Lívia Gabriela da Luz Carvalho**

Pós Graduanda Enfermagem Neonatal

Instituição: Instituto Múltiplo de Ensino- IESM

Endereço: Av. Boa Vista, 700, Boa Vista. Timon - MA, CEP: 65631-430

E-mail: enf.liviacarvalho@gmail.com

**Maira Gislany de Castro Pereira**

Enfermeira obstétrica

Instituição: Instituto Múltiplo de Ensino- IESM

Endereço: Av. Boa Vista, N° 700 – Bairro: Boa Vista. Timon - MA

CEP: 65631-430.

E-mail: maira\_gislanny22@hotmail.com

**Talita de Brito Silva**

Enfermeira obstétrica

Instituição: Instituto Múltiplo de Ensino- IESM

Endereço: Av. Boa Vista, N° 700 – Bairro: Boa Vista. Timon - MA

CEP: 65631-430

E-mail: talitadebritosilva@yahoo.com.br

**João Claudio Leite Pierote**

Enfermeiro

Instituição: Universidade Estadual do Piauí – UESPI

Endereço: Rua Olavo Bilac, N° 2335 - Centro (Sul), Teresina - PI

CEP: 64001-280

E-mail: isamaraejoaoclaudio@hotmail.com

**Rawenna Machado Dias de Oliveira**

Acadêmica de Medicina

Instituição: Centro Universitário Uninovafapi

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Uruguai, Teresina – PI

CEP: 64073-505

E-mail: rawenna\_123@hotmail.com

**RESUMO**

Objetivo: avaliar a prevalência dos desfechos de complicações obstétricas em perinatos e adolescentes internadas em uma maternidade pública de referência. Método: estudo transversal, retrospectivo e quantitativo. Realizado em uma maternidade pública do Piauí. Resultados: foram analisados 201 prontuários de parturientes, de 10 a 19 anos, que tiveram complicações obstétricas, das quais, 70,6% possuíam entre 17 a 19 anos, eram solteiras (44,8%), a maioria possuía ensino fundamental (54,2%), residiam em outros municípios (61,7%), do lar (56,7%), realizaram entre 4 a 6 consultas de pré-natal (45,8%), gestação única (96%), tiveram mais partos cesarianos (59,7%). A síndrome hipertensiva específica da gestação (28,9%) foi a que prevaleceu. Sendo os desfechos maternos à internação em UTI (9,5%), e perinatais o abortamento (17,9%). Conclusão: é indispensável uma equipe multiprofissional qualificada para prestar assistência necessária, tanto na capital como nos municípios, favorecendo assim, uma boa evolução e redução da mortalidade materna e perinatal.

**Palavras-chave:** adolescente, gravidez na adolescência, gestante de risco, complicações na gravidez, resultado da gravidez.

**ABSTRACT**

Objective: to evaluate the prevalence of outcomes of obstetric complications in perinates and adolescents hospitalized in a public reference maternity hospital. Method: transversal, retrospective and quantitative study. Held in a public maternity hospital in Piauí. Results: 201 medical records of parturients, aged 10 to 19 years, who had obstetric complications were

analyzed, of which 70.6% were between 17 and 19 years old, were single (44.8%), most had elementary school (54.2%), lived in other municipalities (61.7%), lived in a home (56.7%), had between 4 and 6 prenatal consultations (45.8%), had a single pregnancy (96%), had more cesarean deliveries (59.7%). The pregnancy-specific hypertensive syndrome (28.9%) prevailed. Maternal outcomes were ICU admission (9.5%), and perinatal outcomes were abortion (17.9%). Conclusion: a qualified multidisciplinary team is essential to provide the necessary assistance, both in the capital and in the municipalities, thus favoring a good evolution and reduction of maternal and perinatal mortality

**Keywords:** adolescent, adolescent pregnancy, pregnant woman at risk, complications in pregnancy, pregnancy outcome.

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação de alto risco é considerada um grande problema de saúde pública no mundo, especialmente em países ainda em desenvolvimento, como no Brasil, cujo índice de mortalidade é quatro vezes maior que a taxa aceitável pela Organização Mundial da Saúde sendo 20 mortes por 100 mil mulheres.<sup>2</sup>

A gestação na adolescência configura-se como um verdadeiro problema de saúde pública, levando a evasão escolar, cursando com baixa escolaridade na vida adulta, reincidência gestacional, complicações obstétricas advindas de questões sociodemográficas e epidemiológicas, iniquidades sociais em saúde oferecidas pelo próprio Sistema de saúde brasileiro.<sup>4</sup>

A Organização Mundial de Saúde estima que, no mundo, 1.000 mulheres morrem de complicações gestacionais ou parto todos os dias. Atualmente, no Brasil, a cada 100 mil mulheres, 70 a 150 morrem por alguma causa relacionada à gestação e ao parto, e suas principais causas são referentes a complicações durante a gestação, parto e puerpério, sendo estas a hipertensão gestacional, complicações no trabalho de parto, infecção puerperal, aborto e outras por causas obstétricas indiretas.<sup>1</sup>

Dentre as complicações obstétricas mais frequentes, a síndrome hipertensiva é a primeira causa de mortalidade materna no Brasil, sendo a complicação que mais leva aos óbitos perinatais, além do aumento significativo de neonatos com sequelas.<sup>5</sup>

A mortalidade perinatal é uma categoria da mortalidade infantil que compreende os óbitos fetais a partir das 22 semanas ou mais de gestação, ou peso igual ou superior a 500 gramas, e os óbitos neonatais precoces, aqueles ocorridos entre zero e seis dias completos de vida.<sup>6</sup>

A morbimortalidade materna e perinatal ainda continuam elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social. Sabe-se que a maioria

das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde. Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter excelentes resultados na melhoria de seus indicadores por meio de ações organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis.<sup>7</sup> Dessa forma, o objetivo deste estudo é avaliar a prevalência dos desfechos de complicações obstétricas em perinatos e adolescentes internadas em uma maternidade pública de referência.

## 2 MÉTODOS

Estudo transversal, retrospectivo, fundamentado na abordagem quantitativa. Realizado em uma maternidade pública de referência do Piauí, cuja capacidade de leitos é no total de 248 leitos obstétricos. Maior maternidade do estado, responsável por 63% dos nascimentos ocorridos. Apresenta em média 1200 internações por mês, das quais 750 são partos, dentre eles, uma média de 150 são partos de adolescentes com complicações<sup>9</sup>.

A amostra foi composta do prontuário de adolescentes com complicações obstétricas, constituindo uma população de 5.400 parturientes no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017, resultando em uma amostra de 359 parturientes, calculada com uma precisão de 5% e com um intervalo de confiança de 95%. A escolha dos anos se deu pelo aumento do número de óbitos infantis nesse período no estado, segundo os dados do portal da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí<sup>10</sup>.

Foram incluídos prontuários de parturientes, de 10 a 19 anos, que tiveram complicações obstétricas e com partos na mencionada instituição pública. Foram excluídos prontuários que não tinham dados completos em relação aos desfechos maternos e perinatais, resultando em 201 prontuários.

A coleta foi dividida em duas etapas; a primeira no livro de admissão, onde foram coletados os números dos prontuários, para posteriormente serem localizados no arquivo médico desta instituição. Na segunda etapa foi utilizado um formulário semiestruturado, elaborado com base na literatura. Foi realizada nos meses de outubro a novembro 2018.

O instrumento de coleta de dados foi um formulário, as variáveis coletadas foram: socioeconômicas (escolaridade, idade, profissão, local onde reside e zona) e variáveis obstétricas e perinatais (tipo de parto, número de consultas no pré-natal, complicações obstétricas, doenças crônicas, infecções sexualmente transmissíveis, desfecho materno; Desfecho, peso, complicações e classificação do perinato).

Coleta realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa conforme parecer CAAE de nº 93032718.9.0000.5209. Foi apresentado à instituição o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) e garantido assim confidencialidade, privacidade, a proteção dos dados a usar tais informações, única e exclusivamente para fins científicos.

Os dados foram lançados no Software Microsoft® Excel® e analisados com a utilização do Software Statistical Package for Social Science (SPSS®) versão 22.0. Logo após, realizaram-se análises descritivas, como medidas de tendência central para as variáveis numéricas (média e mediana), frequência absoluta e percentual para as variáveis qualitativas e medidas de dispersão ou variabilidade (desvio padrão).

Para análise inferencial, utilizou-se o teste exato de *Fisher*. Para todas as análises realizadas, foi adotado o nível de significância de 5%, assim, foram considerados estatisticamente significantes os resultados dos testes que apresentaram  $p \leq 0,05$ .

### 3 RESULTADOS

Em relação aos aspectos sociodemográficos (tabela 1), 142 (70,6%) possuíam entre 17 a 19 anos, solteiras 90 (44,8%), com ensino fundamental 109 (54,2%). Residiam em outros municípios do estado 124 (61,7%), moravam na zona urbana 154 (76,6%) e eram do lar 114 (56,7%).

Tabela 1 – Aspectos sociodemográficos de gestantes internadas em uma maternidade pública de referência do estado do Piauí, 2015 – 2017

| Aspectos Sociodemográficos | N   | %    | Média ± DP   | Mín- Máx |
|----------------------------|-----|------|--------------|----------|
| <b>Idade</b>               |     |      | 17,27 ± 1,48 | 13 – 19  |
| 10 a 13 anos               | 3   | 1,5  |              |          |
| 14 a 16 anos               | 56  | 27,9 |              |          |
| 17 a 19 anos               | 142 | 70,6 |              |          |
| <b>Estado civil</b>        |     |      |              |          |
| Solteira                   | 90  | 44,8 |              |          |
| Casada                     | 35  | 17,4 |              |          |
| União estável              | 76  | 37,8 |              |          |
| <b>Escolaridade</b>        |     |      |              |          |
| Ensino fundamental         | 109 | 54,2 |              |          |
| Ensino médio               | 91  | 45,3 |              |          |
| Ensino Superior            | 1   | 0,5  |              |          |
| <b>Procedência</b>         |     |      |              |          |
| Teresina                   | 56  | 27,9 |              |          |
| Outro município            | 124 | 61,7 |              |          |
| Outro estado               | 21  | 10,4 |              |          |

| <b>Zona</b>      |     |      |
|------------------|-----|------|
| Urbana           | 154 | 76,6 |
| Rural            | 47  | 23,4 |
| <b>Profissão</b> |     |      |
| Do lar           | 114 | 56,7 |
| Estudante        | 70  | 34,8 |
| Lavradora        | 14  | 7,0  |
| Outras*          | 3   | 1,5  |

Fonte: Dados de uma Maternidade Pública de Referência.

Legenda- DP: Desvio – Padrão, Mín: Mínimo, Máx: Máximo.

\*Operadora de telemarketing, secretaria, cabelereira.

Realizaram de 4 a 6 consultas 92 (45,8%), com uma média de  $4,47 \pm 2,85$  consultas. Tiveram gestação com feto único 193 (96%). Partos cesarianos 120 (59,7%), eram primíparas 168 (83,6%), com idade gestacional de 37 a 42 semanas 92 (45,8%) sendo uma média de  $31,83 \pm 10,23$  semanas. Às síndromes hipertensivas específicas da gestação 58 (28,9%) foi a que prevaleceu. Muitas tiveram alta hospitalar 181 (90%) (Tabela 2).

Tabela 2 ⇨ Aspectos clínicos relacionados à gestação em uma maternidade pública de referência do estado do Piauí, 2015-2017

| <b>Aspectos da gestação</b>        | <b>N</b> | <b>%</b> | <b>Média ± DP</b> | <b>Mín- Máx</b> |
|------------------------------------|----------|----------|-------------------|-----------------|
| <b>Nº de consultas pré-natal</b>   |          |          | $4,47 \pm 2,85$   | 0 – 11          |
| 1 a 3                              | 29       | 14,4     |                   |                 |
| 4 a 6                              | 92       | 45,8     |                   |                 |
| 7 ou mais                          | 45       | 22,4     |                   |                 |
| Não realizou                       | 35       | 17,4     |                   |                 |
| <b>Tipo de gravidez</b>            |          |          |                   |                 |
| Única                              | 193      | 96,0     |                   |                 |
| Gemelar                            | 8        | 4,0      |                   |                 |
| <b>Possui doença crônica?</b>      |          |          |                   |                 |
| Sim                                | 10       | 5,0      |                   |                 |
| Não                                | 191      | 95,0     |                   |                 |
| <b>Possui IST`s?</b>               |          |          |                   |                 |
| Sim                                | 14       | 7,0      |                   |                 |
| Não                                | 187      | 93,0     |                   |                 |
| <b>Tipo de parto/ procedimento</b> |          |          |                   |                 |
| Cesáreo                            | 120      | 59,7     |                   |                 |
| Normal                             | 42       | 20,9     |                   |                 |
| Curetagem                          | 38       | 18,9     |                   |                 |
| Outros*                            | 1        | 0,5      |                   |                 |
| <b>Nº de gestação</b>              |          |          | $1,20 \pm 0,52$   | 1 – 5           |
| Primípara                          | 168      | 83,6     |                   |                 |
| Multípara                          | 33       | 16,4     |                   |                 |
| <b>Idade gestacional</b>           |          |          | $31,83 \pm 10,23$ | 1 – 42          |
| Abaixo de 27                       | 45       | 22,4     |                   |                 |
| 27 a 36                            | 64       | 31,8     |                   |                 |

37 a 42 92 45,8

**Desfecho materno**

|  |     |      |
|--|-----|------|
| Internação na unidade de terapia intensiva | 19  | 9,5  |
| Óbito                                      | 1   | 0,5  |
| Alta hospitalar                            | 181 | 90,0 |

**Complicações obstétricas**

|  |    |      |
|--|----|------|
| Síndrome hipertensiva específica da gestação | 58 | 28,9 |
| Hemorragias da primeira metade da gravidez   | 40 | 19,9 |
| Amniorrexe prematura                         | 38 | 18,9 |
| Alteração da duração da gestação             | 24 | 11,9 |
| Alterações do volume do líquido amniótico    | 18 | 8,9  |
| Infecção urinária                            | 17 | 8,5  |
| Sífilis congênita                            | 2  | 1,0  |
| Anemia                                       | 2  | 1,0  |
| Hemorragias da segunda metade da gravidez    | 1  | 0,5  |
| Diabetes gestacional                         | 1  | 0,5  |

Fonte: Dados de uma Maternidade Pública de Referência.

Legenda- DP: Desvio – Padrão, Mín: Mínimo, Máx: Máximo.

\*Laparotomia exploratória.

De acordo com desfechos perinatais da tabela 3, tiveram alta hospitalar 131 (65,6%), prevaleceu o aborto 37 (17,9%), e o setor no qual mais foram encaminhados foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) 7 (3,5%). Eram recém-nascido termo, adequado a idade gestacional (RNT AIG) 65 (32,3%), tinham peso adequado 111 (55,2%). Muitos não tiveram complicações 82 (40,8%), sendo o intraparto 62 (30,8%) o período que mais trouxe danos, pelo alto índice de abortamento. Nasceram com Apgar no primeiro minuto de 7 a 10 117 (58,2%) sendo uma média de  $5,88 \pm 3,78$ , e no quinto minuto de 7 a 10 145 (72,1%) com média de  $6,9 \pm 4,18$ .

Tabela 3 – Aspectos clínicos referente aos perinatos de uma maternidade pública de referência do estado do Piauí, 2015-2017

| Aspectos do perinato               | N   | %    | Média ± DP  | Mín-Max |
|------------------------------------|-----|------|-------------|---------|
| <b>Complicações do perinato</b>    |     |      |             |         |
| Nenhuma complicação                | 82  | 40,8 |             |         |
| Complicações intraparto            | 62  | 30,8 |             |         |
| Complicações pós-parto             | 34  | 16,9 |             |         |
| Infecções                          | 16  | 8,0  |             |         |
| Malformação congênita              | 7   | 3,5  |             |         |
| <b>Desfecho perinatal</b>          |     |      |             |         |
| Aborto                             | 37  | 17,9 |             |         |
| Morte fetal                        | 14  | 7,0  |             |         |
| UTIN                               | 7   | 3,5  |             |         |
| UCINCO                             | 6   | 3,0  |             |         |
| Morte neonatal                     | 6   | 3,0  |             |         |
| Alta hospitalar                    | 131 | 65,6 |             |         |
| <b>Classificação do RN</b>         |     |      |             |         |
| RNT AIG                            | 65  | 32,3 |             |         |
| RNT PIG                            | 17  | 8,4  |             |         |
| RNT GIG                            | 7   | 3,5  |             |         |
| RNPT AIG                           | 55  | 27,4 |             |         |
| RNPT PIG                           | 18  | 9,0  |             |         |
| RNPT GIG                           | 2   | 1,0  |             |         |
| Aborto                             | 37  | 18,4 |             |         |
| <b>Peso</b>                        |     |      |             |         |
| Adequado                           | 111 | 55,2 |             |         |
| Baixo peso                         | 84  | 41,8 |             |         |
| Macrossômico                       | 6   | 3,0  |             |         |
| <b>Valor do apgar no 1º minuto</b> |     |      | 5,88 ± 3,78 | 0 – 10  |
| 0 a 3                              | 57  | 28,4 |             |         |
| 4 a 6                              | 27  | 13,4 |             |         |
| 7 a 10                             | 117 | 58,2 |             |         |
| <b>Valor do apgar no 5º minuto</b> |     |      | 6,9 ± 4,18  | 0 – 10  |
| 0 a 3                              | 52  | 25,9 |             |         |
| 4 a 6                              | 4   | 2,0  |             |         |
| 7 a 10                             | 145 | 72,1 |             |         |

Fonte: Dados de uma Maternidade Pública de Referência.

Legenda- DP: Desvio – Padrão, Mín: Mínimo, Máx: Máximo.

A tabela 4 associa as complicações obstétricas causadas no perinato, onde, as síndromes hipertensivas específicas da gestação, foi a que menos acarretou complicações 36 (43,9%), mas, sendo o pós-parto o período que ela ocasionou mais danos 13 (38,2%). As hemorragias da primeira metade da gravidez trouxeram danos no período intraparto 40 (64,5%). A amniorrexe prematura causou mais infecções 9 (56,3%), e foi mais evidente em gestação onde os perinatos tinham malformações congênitas 3 (42,9%).

Tabela 4 – Associação entre complicações obstétricas e complicações perinatais em uma maternidade pública de referência do estado do Piauí, 2015-2017

| Complicações obstétricas                        | Complicações Perinatais |                         |                        |           |                       | P-Valor <sup>1</sup> |
|---|-------------------------|-------------------------|------------------------|-----------|-----------------------|----------------------|
|   | Nenhuma complicação     | Complicações intraparto | Complicações pós-parto | Infecções | Malformação Congênita |                      |
|   | n (%)                   | n (%)                   | n (%)                  | n (%)     | n (%)                 |                      |
|   |                         |                         |                        |           |                       | <b>≤ 0,05</b>        |
| Síndromes hipertensivas específicas da gestação | 36 (43,9)               | 7 (11,3)                | 13 (38,2)              | 1 (6,2)   | 1 (14,3)              |                      |
| Hemorragias da primeira metade da gravidez      | 0 (0,0)                 | 40 (64,5)               | 0 (0,0)                | 0 (0,0)   | 0 (0,0)               |                      |
| Amniorrexe prematura                            | 14 (17,1)               | 5 (8,0)                 | 7 (20,6)               | 9 (56,3)  | 3 (42,9)              |                      |
| Alteração da duração da gestação                | 12 (14,6)               | 4 (6,5)                 | 7 (20,6)               | 1 (6,3)   | 0 (0,0)               |                      |
| Alterações do volume do líquido amniótico       | 9 (11,0)                | 2 (3,2)                 | 3 (8,8)                | 2 (12,5)  | 2 (28,5)              |                      |
| Infecção urinária                               | 8 (9,8)                 | 4 (6,5)                 | 3 (8,8)                | 1 (6,2)   | 1 (14,3)              |                      |
| Sífilis congênita                               | 0 (0,0)                 | 0 (0,0)                 | 0 (0,0)                | 2 (12,5)  | 0 (0,0)               |                      |
| Anemia  | 1 (1,2)                 | 0 (0,0)                 | 1 (3,0)                | 0 (0,0)   | 0 (0,0)               |                      |
| Hemorragias da segunda metade da gravidez       | 1 (1,2)                 | 0 (0,0)                 | 0 (0,0)                | 0 (0,0)   | 0 (0,0)               |                      |
| Diabetes gestacional                            | 1 (1,2)                 | 0 (0,0)                 | 0 (0,0)                | 0 (0,0)   | 0 (0,0)               |                      |

Fonte: Dados de uma Maternidade Pública de Referência.

Legenda: 1. Teste Exato de *Fischer*

A tabela 5 associa as complicações obstétricas com os desfechos maternos, no qual, a síndrome hipertensiva, foi à única complicação que teve mais internações na unidade de terapia intensiva 16 (84,1%), com 1 (100%) de óbitos, e apenas 41 (22,7%) das parturientes tiveram alta.

Tabela 5 — Associação entre complicações obstétricas e os desfechos maternos em uma maternidade pública de referência do estado do Piauí, 2015-2017

| Complicações obstétricas                        | Desfecho Materno |              |                | P-valor <sup>1</sup> |
|---|------------------|--------------|----------------|----------------------|
|   | Alta<br>n (%)    | UTI<br>n (%) | Óbito<br>n (%) |                      |
| Síndromes hipertensivas específicas da gestação | 41 (22,7)        | 16 (84,1)    | 1 (100,0)      | <b>≤ 0,05</b>        |
| Hemorragias da primeira metade da gravidez      | 40 (22,0)        | 0 (0,0)      | 0 (0,0)        |                      |
| Amniorrexe prematura                            | 37 (20,4)        | 1 (5,3)      | 0 (0,0)        |                      |
| Alteração da duração da gestação                | 23 (12,7)        | 1 (5,3)      | 0 (0,0)        |                      |
| Alterações do volume do líquido amniótico       | 17 (9,4)         | 1 (5,3)      | 0 (0,0)        |                      |
| Infecção urinária                               | 17 (9,4)         | 0 (0,0)      | 0 (0,0)        |                      |
| Sífilis congênita                               | 2 (1,1)          | 0 (0,0)      | 0 (0,0)        |                      |
| Anemia  | 2 (1,1)          | 0 (0,0)      | 0 (0,0)        |                      |
| Hemorragias da segunda metade da gravidez       | 1 (0,6)          | 0 (0,0)      | 0 (0,0)        |                      |
| Diabetes gestacional                            | 1 (0,6)          | 0 (0,0)      | 0 (0,0)        |                      |

Fonte: Dados de uma Maternidade Pública de Referência.

 Legenda: 1. Teste Exato de *Fischer*

#### 4 DISCUSSÃO

Um estudo realizado em uma maternidade pública de referência do Piauí assemelha-se aos encontrados na presente pesquisa, no qual, observou-se que a idade das adolescentes prevaleceu a de 16 a 18 anos com 66,4%, com relação ao ensino 54,4% possuíam ensino fundamental, 73,3% eram do lar, e 52,8% pertenciam a outros municípios do estado do Piauí<sup>11</sup>.

Evidenciando que a gestação na adolescência corrobora com a evasão escolar, contribuindo ao baixo nível socioeconômico. A maioria se tornam mães solteiras, acabam não possuindo ajuda do parceiro e não retornam ao ensino.

De forma semelhante, um estudo realizado no município de Teresina, jovens possuíam renda mensal familiar de até um salário mínimo (50,0%). Quase metade havia engravidado apenas uma vez (49,1%), sendo que, 51,1% dos abortamentos estavam associados à primeira gravidez<sup>12</sup>. No cenário internacional uma pesquisa realizada no Centro Estadual de Estatísticas de Saúde da Carolina do Norte – EUA, também descreve que a idade das adolescentes grávidas foi de 17 - 19 anos com 87,4%, e 87,0% eram solteiras<sup>13</sup>.

Confirmando que a idade, baixo nível socioeconômico e estado civil se assemelham tanto nacionalmente como internacionalmente, sendo assim um fator de risco para complicações obstétricas pela gestação precoce, merecendo uma atenção especial para prevenir desfechos desfavoráveis.

Foi observado um baixo o número de consultas feitas pelas adolescentes desse estudo. Eram primíparas com gestação única, tiveram parto cesariano pelo risco gestacional no qual se encontravam.

É importante ressaltar que as mães adolescentes e seus recém-nascidos estão expostos a um risco maior de resultados adversos quando no pré-natal não cumprem corretamente com as diretrizes atuais<sup>15</sup>.

Uma pesquisa realizada em uma maternidade de um hospital universitário de Belo Horizonte (MG) a taxa global de cesarianas foi de 38,3%. O alto risco gestacional esteve presente em 50,2% dos partos, representado principalmente pelos distúrbios hipertensivos e as malformações fetais. A ocorrência total de cesarianas foi mais frequente em gestantes de elevado risco gestacional<sup>16</sup>.

A síndrome hipertensiva específica da gestação foi à patologia que mais ocorreu, sendo elas, a pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e síndrome HELLP. Tiveram uma boa recuperação, mas, grande parte precisaram de cuidados intensivos, onde, ocorreu um óbito por conta dessa complicação obstétrica, outras complicações que também prevaleceram no estudo foi o abortamento, trabalho de parto prematuro e amniorrexe prematura.

Dados de uma UTI obstétrica de uma maternidade pública de referência do Piauí, muitas pacientes tiveram uma boa evolução pós-parto e receberam alta, 3,6% das pacientes foram a óbito. A doença que mais ocasionou a admissão na unidade de terapia intensiva foram as síndromes hemorrágicas específicas da gestação (43,9 %). Com o nível de escolaridade e renda familiar relativamente baixo, podendo-se relacionar esses dados com a baixa frequência de consultas de pré-natal que justifica a presença de complicações pré e pós-parto<sup>17</sup>.

Nesse sentido, as síndromes hipertensivas da gestação, relacionaram-se a desfechos perinatais desfavoráveis, constatando a necessidade de cuidados especializados à gestante, por meio de um pré-natal de qualidade<sup>18</sup>.

No que se refere aos resultados relacionados aos perinatos, tiveram um bom desfecho, nasceram com boa vitalidade e a termo, o que contribuiu para o peso adequado ao nascer, apesar do baixo número de consultas e outra parte com resultados ruins, divergindo do encontrado na literatura, que prevaleceu somente a prematuridade. O intraparto foi o período que mais lhe ocorreram danos. As complicações desse período foram: óbito fetal, abortamento, sofrimento fetal e síndrome da aspiração meconial.

O baixo peso ao nascer, primeira semana de vida, a prematuridade, mães sem escolaridade e adolescentes, foram fatores de risco para mortalidade infantil no período neonatal precoce. Esses fatores merecem atenção especial dos serviços de saúde de pré-natal, parto e puerpério, evitando intercorrências, dessa forma, sequelas e morte na primeira semana de vida por causas evitáveis<sup>19</sup>.

Identificou-se que, quanto maior o número de consultas no pré-natal, menor à chance de baixo peso ao nascer. Mães com idade gestacional de 32 a 36 semanas apresentaram risco aumentado para nascimento de criança com baixo peso, quando comparadas à idade gestacional de 37 a 41 semanas, porém, a razão de chance para baixo peso nos partos cesáreos apresentou-se como fator de proteção<sup>20</sup>.

A maioria dos óbitos perinatais é considerada evitável e podem ser prevenidos com a melhoria da assistência ao pré-natal, parto e ao recém-nascido<sup>6</sup>.

As síndromes hipertensivas específicas da gestação foram às complicações obstétricas do estudo que mais causaram danos ao perinato no pós-parto. Causando-os à síndrome do desconforto respiratório e icterícia. As hemorragias da primeira metade da gravidez trouxeram mais danos no período intraparto, sendo eles o abortamento e gravidez ectópica. A amniorrexe prematura causou mais infecções neonatais do que as demais complicações obstétricas, e foi mais evidente em gestação onde os perinatos tinham malformações congênitas.

Outro estudo mostra que a gravidez precoce está relacionada a um maior risco de prematuridade, malformações congênitas maiores e mortalidade perinatal<sup>21</sup>.

A ruptura prematura de membranas e as doenças hipertensivas devem ter atenção especial na assistência pré-natal, devido à forte associação de recém-nascidos com necessidades de cuidados intensivos. Entre as complicações que necessitaram de cuidados intensivos, a prematuridade foi responsável por 55,5%, seguido de risco de infecção intraparto (41,8%), desconforto respiratório moderado (35,5%). Em relação ao índice de Apgar, foi observado no

primeiro e no quinto minuto boa vitalidade, denotando certo grau de recuperação. Quanto ao peso, foi constatado que 78,6% foram classificados como adequados para a idade gestacional<sup>22</sup>. Assemelhando aos dados encontrados.

Na ruptura prematura das membranas foi identificado um baixo índice de morbidade e mortalidade materna, porém com altas taxas de complicações e óbito perinatais no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, Recife-PE. A sepsé neonatal foi observada em 12%, e a mortalidade perinatal foi de 21,5% no grupo a partir da 24ª semana e de 76,5% nas gestantes antes da 24ª semana<sup>23</sup>.

## 5 CONCLUSÃO

De acordo com dados encontrados no estudo, nesse período teve um elevado índice de adolescentes com baixo nível de ensino e baixo nível socioeconômico, procedentes de outros municípios, evidenciando que tais regiões ainda possuem assistência ao pré-natal deficiente, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias para minimizar estes riscos e ações educativas quanto à prevenção da gravidez precoce, pois a idade materna é fator de risco para desfechos desfavoráveis.

A síndrome hipertensiva específica da gestação foi a complicação obstétrica que mais trouxe danos a gestante e ao perinato, pelo risco gestacional no qual se encontravam foram mais submetidas à cesarianas. Diante dessa complicação obstétrica, as parturientes tiveram uma boa evolução, mas, a internação em unidades de terapia intensiva e o óbito ocorreram. A gestação precoce foi um fator de risco também para o abortamento, amniorrexe prematura e trabalho de parto prematuro, confirmando a necessidade de uma assistência de qualidade durante toda a gestação, parto e puerpério.

Tais complicações também repercutiram no perinato, apesar da maioria ter evoluído com uma boa recuperação, outra parte, ocorreu morte fetal, nasceram pequenos para idade gestacional e com baixo peso, a minoria teve malformação congênita. A síndrome hipertensiva específica da gestação causou uma maior ocorrência de síndrome do desconforto respiratório no pós-parto, sendo necessário que os recém-nascidos fossem encaminhados para a unidade de terapia intensiva neonatal.

É indispensável uma equipe multiprofissional qualificada para prestar assistência necessária, tanto na capital como nos municípios, favorecendo assim, uma boa evolução e redução da mortalidade materna e perinatal.

## REFERÊNCIAS

1. Leal, R C, Santos, C N C; Lima, M J V, Moura, S K S, Pedrosa, A O, Costa, A C M. Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. Rev. enferm. UFPE [on line]. 2017;11(4 Ed. Suplementar):1641-1649.
2. Azevedo RO, Ferreira HC, Silvino ZR, Christovam BP. Profile of high-risk pregnant women hospitalized in a maternity hospital: a descriptive study. Online braz j nurs [internet] 2017; 16 (2):218-225.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Marco Legal. Saúde, um direito de Adolescentes. Brasília: MS; 2007.
4. Bruno Z V, Feitosa F E L, Silveira K P, Moraes I Q, Bezerra M F. Reincidência de gravidez em adolescentes. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2009 Oct [cited 2019 July 31] ; 31( 10 ): 480-484.
5. Oliveira GS, Paixão GPN, FRAGA CDS, SANTOS MKR, Andrade MS. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico Rev. Cuid., Bucaramanga. 2017; 8(2):1561-1572.
6. Miranda, MHH, Fernandes, FECV, Campos, MEAL. Determinantes associados à mortalidade perinatal e fatores associados. Rev enferm UFPE [on line]. Recife. 2017; 11(3):1171-8.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. 5 ed. Brasília: MS, p. 302 , 2012.
8. Anjos J C S, Pereira R R, Ferreira P R C, Mesquita T B P, Picanço Júnior O M. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. Revista Paraense de Medicina. Pará. 2014; 28(2); 23-33.
9. Sesapi, Secretaria de Estado da Saúde. Portal do Governo do Estado do Piauí. Número de óbitos não fetais, Residentes Piauí, 2006 a 2017 [citado em 2018 jun 26]. 2017. Disponível em:<<http://www.saude.pi.gov.br/paginas/maternidade-evangelina-rosa>>.
10. Sesapi, Secretaria de Estado da Saúde. Portal do Governo do Estado do Piauí. Nascidos vivos e óbitos: N° de óbitos infantis ocorridos em estabelecimentos de saúde PI – 2006 a 2018 [citado em 2018 jun 18]. 2018. Disponível em:<<http://www.saude.pi.gov.br/sim>>.
11. Ribeiro JF, Passos AC, Lira JAC, Silva CC, Santos PO, Fontinele AVC. Complicações obstétricas em adolescentes atendidas em uma maternidade pública de referência. Rev enferm UFPE [on line]. Recife. 2017; 11(7):2728-35.
12. Maranhão, TA, Gomes, KRO, Barros, IC. Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. Rev. Bras Epidemiol. São Paulo. 2016;19(3):494-508.
13. Coley SL, Aronson, R. E. Exploring Birth Outcome Disparities and the Impact of Prenatal Care Utilization Among North Carolina Teen Mothers. Women's Health Issues, Washington, D.C. 2013; 23 (5):28 -294.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
15. Vieira CL, Coeli CM, Pinheiro RS, Brandão ER, Camargo KR Jr, Aguiar FP. Modifying Effect of Prenatal Care on the Association Between Young Maternal Age and Adverse Birth Outcomes. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* [S.I].2012; 25 (3):185-189.
16. Reis ZSN, Lage EM, Aguiar RALP, Gaspar JS, Vitral GLN, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2014; 36(2): 65-71.
17. Medeiros T M C, Visgueira A F, Moraes H M P L, Araujo K R S, Ribeiro J F, Crizóstomo C D. Perfil das pacientes admitidas na unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade pública. *Rev. Enferm. UFPE [On Line]. Recife.*2016; 10(10):3876-82.
18. Antunes, M B, Demitto, M O, Gravena, A A F, Padovani, C, Pelloso, S M. Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. Paraná. *REME – Rev. Min. Enferm. Minas Gerais.*2017; 21(e-1057): 1-6.
19. Teixeira G, Costa F, Mata M, Carvalho J, Sousa N, Silva R. Risk factors for neonatal mortality in the life of first week. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.* 2016; 8(1): 4036-4046.
20. Maciel SSSV, Lins LPM, Maciel WV, Sobral LV, Cavalcanti WJA. Baixo peso ao nascer de recém-nascidos de adolescentes das capitais do nordeste brasileiro. *Revista da AMRIGS. Porto Alegre.*2013; 57 (4): 278-284.
21. Kang G, Lim JY, Kale AS, Lee LY. Adverse effects of young maternal age on neonatal outcomes. *Singapore Med J.* 2015;56(3):157–163.
22. Costa, ALRR, Araujo Junior, E, LIMA, JWO, Costa, FS. Fatores de risco materno associados a necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2014;36(1):29-34.
23. Patriota AF, Guerra CVQL, Souza ASR. Ruptura prematura das membranas antes da 35ª semana: resultados perinatais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro.*2014; 36(7):296-302.