

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

CAMILA AMTHAUER

**ANÁLISE DOS FATORES GESTACIONAIS DE MÃES ADOLESCENTES
ASSOCIADOS AO NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO**

Porto Alegre/RS

2022

CAMILA AMTHAUER

**ANÁLISE DOS FATORES GESTACIONAIS DE MÃES ADOLESCENTES
ASSOCIADOS AO NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO**

Tese de Doutorado apresentado à banca de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Linha de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Luzia Chollopetz da Cunha.

Porto Alegre/RS

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Amthauer, Camila
Análise dos fatores gestacionais de mães
adolescentes associados ao nascimento de
recém-nascidos pré-termo / Camila Amthauer. -- 2022.
108 f.
Orientadora: Maria Luzia Chollopetz da Cunha.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2022.

1. Gravidez na adolescência. 2. Recém-nascido
prematuro. 3. Cuidado pré-natal. 4. Enfermagem
neonatal. 5. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.
I. Cunha, Maria Luzia Chollopetz da, orient. II.
Título.

CAMILA AMTHAUER

**ANÁLISE DOS FATORES GESTACIONAIS DE MÃES ADOLESCENTES ASSOCIADOS
AO NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor.

Aprovada em 09 de Fevereiro de 2022

Banca Examinadora

Profa Dra. Maria Luzia Chollopetz da Cunha

Presidente da Banca – Orientador(a)

PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Maria da Graça Corso da Motta

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Jéssica Teles Schlemmer

Membro da banca

Escola de Enfermagem/UFRGS

Profa. Dra. Juliana Machado ScharDOSim

Membro da banca

Universidade de Brasília (UnB)

Dedico este trabalho à minha filha, Luiza.
Luiza é luz, alegria, amor. Ela me inspira a querer ser melhor a
cada dia. Obrigada filha por ser exatamente como é, você faz
meus dias mais felizes!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela vida e pelas oportunidades. Por ter colocado a Enfermagem em meu caminho e permitir que eu me descobrisse nesta profissão que tenho tanto orgulho e admiração.

Aos meus pais, Helmuth e Clair, e minha vó, Verônica, por todo amor, valores e ensinamentos. Eu sei que, da mesma forma que a distância foi difícil para mim, foi para vocês e, mesmo querendo que eu ficasse, sempre me permitiram ir. Obrigada por nunca desistirem de mim, por acreditar e apoiar meus sonhos e minhas decisões. A pessoa que me tornei hoje, é graças a vocês.

Aos meus irmãos, Carlos e Paulo, pelo incentivo, por acreditarem que eu era capaz de alcançar meus objetivos de vida e por sempre estarem ao meu lado quando precisei. Sem vocês, nada disso seria possível.

Ao meu companheiro, Gustavo, pela paciência e cuidado, principalmente com nossa filha Luiza, nos momentos que me fiz ausente. A compreensão e o apoio de vocês foram fundamentais para esta conquista.

À minha orientadora, Maria Luzia, pela parceria de quase nove anos, me acompanhando desde que iniciei o mestrado até a conclusão do doutorado. Obrigada pela confiança e por todo conhecimento e experiência compartilhados.

À estatística Vânia Naomi Hirakata, pelo suporte que me foi dado durante a análise estatística da minha pesquisa. Sempre solícita e com muita paciência esclarecendo minhas dúvidas e ouvindo minhas angústias.

Por fim, a todas as pessoas que, de alguma forma, estiveram comigo e contribuíram para que este momento chegasse.

Muito obrigada!

RESUMO

AMTHAUER, Camila. **Análise dos fatores gestacionais de mães adolescentes associados ao nascimento de recém-nascidos pré-termo.** 2022. 112 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

Introdução: a gravidez na adolescência constitui um problema de Saúde Pública global, pela imaturidade biológica e social da mãe adolescente, baixa aderência ao pré-natal e por restringir oportunidades de desenvolvimento educacional e profissional, contribuindo ao aumento da pobreza e da violência sexual e doméstica. Além dos efeitos na gestante adolescente, seus recém-nascidos estão mais expostos a apresentar condições clínicas adversas, como a prematuridade, acarretando em prejuízos para sua saúde e desenvolvimento. **Objetivo:** analisar os fatores sociodemográficos e gestacionais de mães adolescentes associados à prematuridade. **Método:** estudo quantitativo transversal, retrospectivo e analítico, que incluiu todas as mães adolescentes e seus recém-nascidos, com nascimento entre o período de 01 de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2020 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizado no Sul do Brasil. Foram excluídos os binômios mãe-bebê que não apresentavam a variável idade gestacional no banco de dados e daqueles recém-nascidos que não nasceram no hospital e/ou vieram transferidos de outros hospitais. Calculou-se o tamanho da amostra considerando uma prevalência de 14% de prematuridade em mães adolescentes, com nível de confiança de 95% e poder de 80%. Os dados referentes as variáveis maternas e neonatais foram obtidos através de uma *query* dos prontuários dos pacientes, solicitada ao Serviço de Arquivamento Médico e Informação em Saúde do referido hospital. Os dados foram analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences*. Todas as variáveis foram categorizadas e expressas por frequência absoluta e relativa. Utilizou-se os testes qui-quadrado ou exato de Fisher para verificar associação entre os desfechos e as demais variáveis. Para controle dos fatores confundidores, as variáveis com valor $p < 0,20$ na análise bivariada, foram inseridas no modelo multivariado de Regressão de Poisson. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE nº 36972220.8.0000.5327. Respeitaram-se os princípios éticos em saúde, conforme Resolução nº 466/2012. **Resultados:** participaram do estudo 488 mães adolescentes e seus 489 recém-nascidos. Em sua maioria, as mães viviam sem companheiro, com escolaridade inadequada para idade, de acordo com a classificação do Ministério da Educação, mantinham ocupação com os estudos ou ao trabalho remunerado e não fizeram um acompanhamento pré-natal adequado para idade gestacional, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde. A prevalência de prematuridade foi verificada em 6,6% das mães adolescentes e esteve associada ao acompanhamento pré-natal adequado, parto vaginal e gravidez gemelar. A prevalência de reinternação hospitalar no período neonatal foi de 9,2% do total de recém-nascidos, principalmente por condições respiratórias. **Conclusão:** a prematuridade apresentou uma prevalência menor do que, comumente, é encontrada em mães adolescentes e esteve associada ao acompanhamento pré-natal adequado, trazendo o questionamento acerca da qualidade do cuidado pré-natal que está sendo ofertado às gestantes, em especial a abordagem às adolescentes. Percebe-se, ainda, que o acesso ao pré-natal pode estar imbricado às menores condições sociodemográficas e econômicas a que estas adolescentes estão expostas e que, muitas vezes, se sobrepõe à idade materna, contribuindo para a ocorrência de desfechos clínicos desfavoráveis, a exemplo da prematuridade.

Descritores: Gravidez na adolescência; Recém-nascido prematuro; Cuidado pré-natal; Enfermagem neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

Introduction: teenage pregnancy is a global Public Health problem, for the biological and social immaturity of the adolescent mother, low adherence to prenatal and for restricting opportunities for educational and professional development, contributing to the increase in poverty and sexual and domestic violence. Besides the effects on the pregnant adolescents, their newborns are more exposed to present adverse clinical conditions, such as prematurity, resulting in damages to their health and development. **Objective:** to analyze the sociodemographic and gestational factors of adolescent mothers associated with prematurity. **Method:** cross-sectional, retrospective and analytical study, which included all teenage mothers and their newborns, born between January 1, 2019 and December 31, 2020 at Hospital de Clínicas de Porto Alegre, located in southern Brazil. Mother-baby binomials that did not have the variable gestational age in the database and those newborns who were not born in the hospital and/or were transferred from other hospitals were excluded. The sample size was calculated considering a prevalence of 14% of prematurity in adolescent mothers, with a confidence level of 95% and a power of 80%. Data referring to maternal and neonatal variables were obtained through a query of the patients' charts, requested from the Medical Archiving and Health Information Service of the referred hospital. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences. All variables were categorized and expressed by absolute and relative frequency. The chi-square or Fisher's exact tests were used to verify the association between the outcomes and the other variables. To control confounding factors, variables with $p < 0.20$ in the bivariate analysis were inserted into the multivariate Poisson Regression model. The significance level adopted was 5% ($p \leq 0.05$). The research project was approved by the Research Ethics Committee, under CAAE number 36972220.8.0000.5327. Ethical principles in health were respected, according to Resolution No. 466/2012. **Results:** 488 adolescent mothers and their 489 newborns participated in the study. Most of the mothers lived without a partner, with inadequate schooling for their age, according to the classification of the Ministry of Education, were busy with studies or paid work and did not have adequate prenatal care for their gestational age, as recommended by the World Health Organization. The prevalence of prematurity was verified in 6.6% of adolescent mothers and was associated with adequate prenatal care, vaginal delivery and twin pregnancy. The prevalence of hospital readmissions in the neonatal period was 9.2% of the total number of newborns, mainly due to respiratory conditions. **Conclusion:** prematurity had a lower prevalence than it is commonly found in teenage mothers and was associated with adequate prenatal care, raising questions about the quality of prenatal care that is being offered to pregnant women, especially the approach to teenagers. It is also noticed that access to prenatal care may be intertwined with the lower sociodemographic and economic conditions to which these adolescents are exposed, which often overlaps with maternal age, contributing to the occurrence of unfavorable clinical outcomes, example of prematurity.

Descriptors: Pregnancy in adolescence; Infant, premature; Prenatal care; Neonatal nursing; Intensive Care Units, Neonatal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo geral.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
4.1 A magnitude da gravidez na adolescência.....	18
4.2 Morbimortalidade materna, neonatal e infantil.....	21
4.3 Fatores maternos causadores de desfechos clínicos no recém-nascido.....	30
5 MÉTODO.....	40
5.1 Delineamento do estudo.....	40
5.2 Campo de estudo.....	40
5.3 População do estudo.....	42
5.3.1 Critérios de inclusão.....	42
5.3.2 Critérios de exclusão.....	42
5.4 Variáveis do estudo.....	43
5.4.1 Fatores maternos.....	43
5.4.2 Fatores neonatais.....	44
5.5 Amostra.....	45
5.6 Método de coleta.....	45
5.7 Análise de dados.....	46
5.8 Aspectos éticos.....	47
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
7 CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICE A – Instrumento para coleta e organização dos dados.....	102
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....	106
ANEXO B – Declaração de conhecimento e cumprimento da LGPD.....	111

1 INTRODUÇÃO

No processo de crescimento e desenvolvimento humano, a adolescência, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o período que compreende dos 10 aos 19 anos de idade (WHO, 2017), é um momento de transição entre a infância e a vida adulta (BARRETO et al., 2019). É um estágio de desenvolvimento fortemente marcado por intensas transformações sociais, psicológicas, anatômicas e hormonais que, juntamente com as novas vivências, definem a construção da identidade do adolescente, contribuindo para seu padrão comportamental e valores pessoais que irão acompanhá-lo durante toda a vida (WHO, 2017; SOUSA et al., 2018).

Do ponto de vista psicológico, nesta fase o adolescente passa a vivenciar tudo com maior intensidade e tende a lidar com uma série de conflitos e incertezas relacionados à formação da identidade e da autoestima, às instabilidades individuais e familiares, ao (auto)conhecimento da imagem corporal e às novas relações que são vivenciadas e estabelecidas entre os adolescentes. É na adolescência que o indivíduo busca encontrar seu papel na sociedade e, com isso, surgem as responsabilidades, os relacionamentos e as curiosidades relativas ao exercício da sexualidade, se caracterizando como uma das etapas mais conturbadas do desenvolvimento humano, sendo que a ocorrência de uma gestação não planejada pode tornar tudo mais difícil, pois costuma desencadear diversos sentimentos, fragilidades e dúvidas nos diferentes contextos em que o adolescente se insere (SOUSA et al., 2018; BARRETO et al., 2019).

A gravidez na adolescência pode ser considerada como uma inserção precoce no mundo adulto, sendo compreendida como um processo que acaba por interromper o crescimento e o amadurecimento da adolescente, resultando em sérias implicações, como preocupações quanto aos projetos de vida, adiamento de sonhos e planos, abandono das atividades escolares, riscos durante a gestação, discriminação social, afastamento de grupos de convivência e conflitos pessoais e/ou familiares (MACEDO et al., 2018). Com relação às consequências sociais para

as gestantes adolescentes, estas incluem estigma, rejeição ou mesmo violência por parte de parceiros, pais e amigos. De acordo com a OMS, meninas que engravidam antes dos 18 anos de idade têm maior probabilidade de sofrer violência dentro de um casamento, além de apresentarem maior abandono escolar, o que irá comprometer suas oportunidades futuras de educação e emprego (WHO, 2020).

Várias justificativas têm sido utilizadas para discorrer sobre os principais fatores de risco causadores de uma gestação precoce, com destaque para algumas variáveis demográficas, como os fatores educacionais, relativos ao comportamento sexual e a importância do uso de contraceptivos; fatores psicossociais, relacionados ao ambiente e ao contexto cultural dos adolescentes; fatores biológicos e sociais, como sistema reprodutor imaturo, ganho de peso inadequado, início da atividade sexual precoce, aumento da frequência de relações sexuais e de parceiros, baixo nível social e envolvimento com a marginalidade, combinado ao uso de drogas e de bebidas alcoólicas (BARRETO et al., 2019).

Nesse sentido, têm-se constatado que a gravidez na adolescência perpassa os fatores clínicos, considerando que questões sociais, econômicas e culturais causam grandes impactos que podem ser positivos ou negativos para o estado de saúde materno e fetal (SANTOS et al., 2018), já que o crescimento materno impõe necessidades que se somam às necessidades da gestação (OLIVEIRA; SANTOS; MOURA, 2015).

Entretanto, a aceitação da maternidade na adolescência diverge nas diferentes culturas e contextos, o que constitui um fato de repercussão mundial, mas que, na maioria das vezes, não reflete as transformações reais que a chegada de um filho ocasiona na vida do adolescente (SILVA et al., 2019). Em muitas sociedades, as meninas estão sob pressão para casar e ter filhos em idade precoce. Nos países menos desenvolvidos, pelo menos 39% das meninas se casam antes dos 18 anos de idade e 12% antes dos 15 anos. Em muitos lugares, as adolescentes optam por engravidar porque têm poucas perspectivas educacionais e de emprego. Frequentemente,

nessas sociedades, a maternidade é valorizada e o casamento, a união e a gravidez podem ser as melhores opções disponíveis (WHO, 2020).

Neste contexto, nem toda gestação adolescente é indesejada. Ela pode resultar de planejamento prévio, decorrente de vida afetiva estável ou como forma de fugir ou solucionar seus problemas em seu próprio contexto familiar e social. Nesses casos, a maternidade aparece como uma ocupação, uma atividade que dá sentido à vida e que traz reconhecimento e pertencimento nos ambientes de convívio (FIEDLER; ARAÚJO; SOUZA, 2015).

Por outro lado, muitas meninas que desejam evitar a gravidez podem não ser capazes de fazê-lo devido ao conhecimento limitado e conceitos errôneos sobre onde obter métodos contraceptivos e a forma correta de usá-los. Muitas adolescentes enfrentam barreiras ao acesso à contracepção, incluindo leis e políticas restritivas sobre o fornecimento de contraceptivos com base em idade ou estado civil, preconceito dos profissionais de saúde e/ou pelo não reconhecimento das necessidades de saúde sexual dos adolescentes. Pelo menos 10 milhões de gestações indesejadas ocorrem a cada ano entre adolescentes de 15 a 19 anos nas regiões em desenvolvimento (WHO, 2020). Assim, baixas condições socioeconômicas, comportamentos de risco, baixa aderência ao pré-natal e imaturidade biológica são possíveis explicações para desfechos obstétricos e perinatais adversos neste grupo (SOUZA et al., 2017; WHO, 2020).

A gestação entre adolescentes tem grandes consequências para a saúde das jovens mães e seus bebês. Considera-se a gravidez na adolescência como um dos principais fatores de morbidade, mortalidade e pobreza materna e infantil, além de resultar numa maior proporção de prematuridade, associada a condições neonatais graves e altas taxas de mortalidade (ERGEN et al., 2017; SOUZA et al., 2017; LEE et al., 2018).

A prematuridade é definida como o nascimento que acontece anteriormente a 37 semanas completas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual, sendo considerados prematuros tardios aqueles nascidos entre 34 e 36 semanas e 6 dias e

prematturos extremos, nascidos antes de 28 semanas de gestação (WHO, 2018). O parto prematturo pode ocorrer como resultado da ruptura prematura de membranas, infecção do trato urinário, doença hipertensiva, diabetes gestacional e gemelaridade ou intervenções médicas, como indução do parto ou cesariana eletiva, iniciadas para reduzir maus resultados associados a condições maternas ou fetais específicas (LEAL et al., 2016; VANIN et al., 2020).

A taxa de prematuridade no Brasil é de 11,5%, quase duas vezes superior à taxa observada nos países europeus (LEAL et al., 2016). No mundo, estima-se que um a cada dez nascimentos são prematturos, somando cerca de 15 milhões de nascimentos prematturos todos os anos. Cerca de um milhão dessas crianças morrem por complicações da prematuridade a cada ano. A prematuridade tem sido a principal causa de morte neonatal, a segunda maior causa de morte por problemas respiratórios em crianças menores de cinco anos, além de se configurar como um dos principais motivos de morbidades e deficiências durante a infância (WHO, 2018; MIELE et al., 2018).

Cabe destacar, entretanto, que a prematuridade é considerada uma causa evitável por meio do acesso a serviços de saúde e acompanhamento adequado de pré-natal (LEE et al., 2018). A assistência pré-natal representa papel essencial para a prevenção e a detecção precoce de patologias que possam colocar em risco a saúde materna e fetal, possibilitando um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo possíveis riscos da gestante. Um acompanhamento pré-natal adequado inclui um conjunto de medidas, inclusive de promoção da saúde e prevenção de agravos, que permitem o parto de recém-nascidos saudáveis, sem impactos negativos à saúde materna, com abordagem integral dos aspectos psicossociais e das atividades educativas e preventivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, o início precoce do pré-natal é fundamental para uma assistência adequada, em que o número ideal de consultas deve ser igual ou superior a seis, sendo que estas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e

36 semanas e semanais no termo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Um acompanhamento pré-natal de qualidade pode revelar doenças infecciosas com potencial para transmissão vertical e uma diversidade de condições clínicas adversas que podem impactar na saúde tanto da mãe como do feto, como por exemplo a malária, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), rubéola, sífilis e hepatite. Para além disso, a aferição dos sinais vitais da mãe e do feto, bem como estimar riscos gestacionais, é uma tarefa simples e pode prevenir desfechos adversos que causam consequências importantes na vida do recém-nascido (SOUZA et al., 2017).

No âmbito da atenção pré-natal, o enfermeiro é um dos profissionais indispensáveis neste processo de cuidado, por ser qualificado para atuar em estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, além de conferir humanização à assistência prestada às gestantes (GOMES et al., 2019). Em conformidade com a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, é privativo do enfermeiro, entre outros, realizar a consulta e a prescrição de enfermagem; e, enquanto integrante da equipe de saúde, prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, assim como prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido (BRASIL, 1986).

A assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro envolve o comprometimento em planejar suas ações de cuidado em conjunto com a equipe de Enfermagem para que, juntos, possam executá-las de forma humanizada e integral às gestantes e suas famílias. O acolhimento e o vínculo entre profissional-usuário se apresentam como essenciais para aumentar a confiança entre as gestantes e promover a continuidade do cuidado ao binômio mãe-bebê (AMORIM et al., 2022), propondo-se a garantir qualidade na assistência à saúde materno-fetal e, conseqüentemente, reduzir os índices de morbimortalidade materna, neonatal e infantil (GOMES et al., 2019).

Dessa forma, é papel do enfermeiro ofertar um cuidado pré-natal efetivo ao bem-estar e à saúde materna e fetal, pois favorece o reconhecimento de condições clínicas desfavoráveis ao seguimento da gestação, sejam aquelas relacionadas ao próprio período gestacional ou às condições básicas de vida da futura mãe, possibilitando uma avaliação do risco gestacional de forma contínua e de intervenção precoce, o que favorece melhores resultados de saúde (GADELHA et al., 2020), além de ser eficaz para diminuir a morbimortalidade relacionada ao ciclo gravídico-puerperal para as mães e seus recém-nascidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Sabendo da associação dos fatores gestacionais de mães adolescentes para o aumento nas taxas de nascimentos de recém-nascidos prematuros, acredita-se que a análise da influência dos fatores maternos nos desfechos adversos de recém-nascidos de mães adolescentes possa contribuir para uma adequada assistência de Enfermagem e para um prognóstico positivo no período pós-natal, como a redução da morbimortalidade materna, neonatal e infantil. Para alcançar o objetivo proposto, partiu-se da seguinte questão de pesquisa: “Quais são os fatores gestacionais de mães adolescentes associados à prematuridade?”.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando as repercussões à saúde e os prejuízos sociais e econômicos para a dupla mãe-bebê, a gravidez na adolescência exige uma abordagem mais abrangente, incluindo a identificação precoce de gestações de risco e a oferta de cuidados pré-natal mais qualificados, que envolvam as necessidades e particularidades que a gestante adolescente demanda. Ainda, a grande maioria das mortes perinatais ocorre em mulheres que apresentam complicações médicas ou obstétricas durante a gestação, com destaque para as adolescentes mais jovens, além das altas taxas de abortos entre as adolescentes, que elevam ainda mais os números de mortes maternas nesta parcela da população.

Além das implicações sociais e de saúde da gestante adolescente, seus recém-nascidos também estão expostos a maiores chances de apresentar condições clínicas adversas, como é o caso da prematuridade, que acarretará em prejuízos para sua saúde e seu desenvolvimento, resultando em maiores taxas de reinternações hospitalares no período neonatal e que se estende à infância e à adolescência.

Dada a carga global de partos prematuros e sua contribuição para a morbimortalidade neonatal e infantil, expandir o conhecimento nesta área se faz pertinente para aprimorar as ações e as medidas de reconhecimento, prevenção e manejo do parto prematuro. Para o alcance deste objetivo, é necessário e urgente melhorar a qualidade da assistência destinada às gestantes adolescentes e seus recém-nascidos, em especial os prematuros, bem como facilitar o acesso aos serviços de saúde desde a (pré)concepção, visto que a prevenção de agravos e de complicações decorrentes da prematuridade iniciam com uma gravidez saudável.

O estudo dos fatores que se relacionam à prematuridade entre as mães adolescentes é de extrema importância, uma vez que este poderá contribuir para o avanço do conhecimento na temática da saúde perinatal e na detecção das necessidades sociais e de saúde de gestantes

adolescentes, a fim de subsidiar intervenções voltadas para a redução do risco de agravos maternos e neonatais. Ademais, conhecer os motivos pelos quais o recém-nascido sofre tal desfecho possibilita constituir um instrumento de obtenção de dados para a identificação precoce de condições de vulnerabilidade e direcionar profissionais e gestores de saúde ao fortalecimento das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, além de conduzir suas ações para proporcionar melhorias na qualidade da assistência destinada às gestantes adolescentes e à prevenção da morbimortalidade materna, neonatal e infantil.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os fatores sociodemográficos e gestacionais de mães adolescentes associados à prematuridade.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar associações entre os fatores maternos e a ocorrência de prematuridade;
- Identificar a incidência de fatores de risco gestacionais em mães adolescentes;
- Identificar a ocorrência de reinternação hospitalar em recém-nascidos de mães adolescentes, bem como o motivo da reinternação e o desfecho (alta/óbito).

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 A magnitude da gravidez na adolescência

Segundo a OMS, a gravidez na adolescência pode ser considerada um problema de Saúde Pública, uma vez que pode resultar em complicações obstétricas, com consequências neonatais adversas em recém-nascidos de mães adolescentes. Contudo, a preocupação recai não apenas para os resultados adversos ocasionados pela gravidez na adolescência, mas também pelo impacto negativo no futuro bem-estar da mãe e do bebê (WHO, 2020).

No mundo, aproximadamente 25% de mulheres têm seu primeiro filho antes dos 20 anos de idade (WHO, 2013). Todos os anos, estima-se que 21 milhões de adolescentes entre 15 e 19 anos e dois milhões de adolescentes menores de 15 anos engravidam em regiões em desenvolvimento. Aproximadamente, 16 milhões de meninas de 15 a 19 anos e 2,5 milhões de meninas com menos de 16 anos de idade dão à luz em regiões em desenvolvimento, com maioria absoluta (90%) nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, no qual as complicações da gravidez e do parto são uma das principais causas de morte entre meninas dessa idade (WHO, 2020). Ainda, mais da metade das mulheres na África e cerca de um terço na América Latina e Caribe dão à luz antes de 20 anos de idade (VAZ; MONTEIRO; RODRIGUES, 2016).

A taxa global estimada de fertilidade específica para adolescentes diminuiu 11,6% nos últimos 20 anos. Há, no entanto, grandes diferenças entre regiões nas taxas de fertilidade. No leste da Ásia, a taxa de fertilidade de adolescentes, por exemplo, é de 7,1 para cada 100 mil mulheres, enquanto a taxa correspondente na África Central é de 129,5 (WHO, 2020).

Nos países desenvolvidos, esses índices também apresentam variações. Na maioria dos países da Europa Ocidental, a taxa de fertilidade total e o número de nascimentos de mães

adolescentes vêm diminuindo e a idade do primeiro parto vem aumentando desde a década de 1970. No Reino Unido, entretanto, as taxas de gravidez e nascimento na adolescência foram elevadas em comparação com o resto da Europa e permaneceram relativamente estáticas até o final da década de 1990. A Inglaterra e o País de Gales apresentaram 21 gestações em cada 1.000 mulheres com idade entre 15 e 17 anos em 2015, seguidos da Escócia com 20,1 gestações para cada 1.000 mulheres abaixo dos 18 anos. Por outro lado, a Irlanda do Norte apresentou a menor taxa de natalidade no ano de 2014, com 10,3 nascimentos para cada 1.000 mulheres com menos de 20 anos. Dessa forma, a Inglaterra e o País de Gales têm a maior taxa de maternidade adolescente na Europa Ocidental (COOK; CAMERON, 2017).

Da mesma forma que as taxas de gravidez na adolescência variam significativamente entre diferentes países, os fatores sociais relativos à gravidez na adolescência também variam. Nos Países Baixos e Escandinavos da Europa Ocidental, as taxas comparativamente mais baixas de nascimentos de adolescentes têm sido atribuídas a altos níveis de uso de contraceptivos, educação sexual abrangente e uma cultura de abertura em relação à discussão de questões sexuais. Em outros países, como Espanha e Itália, as baixas taxas de gravidez na adolescência foram atribuídas a valores tradicionais socialmente conservadores que estigmatizam mães não casadas. No entanto, isso pode ser visto como uma visão bastante simplificada do motivo pelo qual os índices de gravidez na adolescência são baixos nesses países e há, provavelmente, vários fatores sociais envolvidos nessas estimativas (COOK; CAMERON, 2017).

Já nos países com as taxas mais altas de gravidez na adolescência, elas podem estar associadas ao casamento de crianças e adolescentes. Nestes casos, a gravidez na adolescência é frequentemente uma norma socialmente aceita. Por exemplo, o Níger tem a maior taxa de gravidez na adolescência do mundo, com 201 nascimentos para cada 1.000 mulheres abaixo de 20 anos e também a taxa mais alta de casamento infantil, sendo que 87% das mulheres são casadas antes dos 18 anos e 50% delas têm filhos (COOK; CAMERON, 2017).

Em um nível global, a taxa de natalidade dos adolescentes diminuiu de 65 nascimentos por 1.000 mulheres em 1990 para 47 nascimentos por 1.000 mulheres em 2015. Apesar desse progresso geral, como a população global de adolescentes continua a crescer, as projeções indicam que o número de gestações na adolescência aumentará globalmente até 2030, com os maiores aumentos proporcionais no continente africano (WHO, 2020).

Além disso, as diferenças regionais revelam progressos desiguais: as taxas de natalidade dos adolescentes variam de 115 nascimentos por 1.000 mulheres na África Ocidental a 64 nascimentos por 1.000 mulheres na América Latina e no Caribe a 45 nascimentos por 1.000 mulheres no sudeste asiático. Há também até três vezes mais gestações adolescentes em populações rurais e indígenas do que em populações urbanas (WHO, 2020).

No Brasil, a proporção de nascidos de mães entre 10 e 19 anos é de 17,5%. Em números absolutos, no ano de 2016, foram registrados 500.626 nascimentos de mães adolescentes, sendo 24.083 nascidos de mães entre 10 e 14 anos e 476.543 nascimentos de mães entre 15 e 19 anos de idade. Com relação à região do Brasil com mais nascimentos de mães adolescentes, em primeiro lugar encontra-se a região Norte, com 24,8 %, seguido da região Nordeste, com 21,1%. A região Centro-Oeste aparece em terceiro lugar com um percentual de 16,9%, seguido da região Sul, com 14,4% e região Sudeste com 14,3% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Neste contexto, a gravidez na adolescência passa a se caracterizar como um dos principais problemas de Saúde Pública, tanto no Brasil como em muitos outros países ao redor do mundo (FERNANDES et al., 2018), sejam eles de alta, média ou baixa renda. Contudo, em todo o mundo, a gravidez na adolescência é mais provável de ocorrer em comunidades marginalizadas, geralmente impulsionadas pela pobreza e pela falta de oportunidades de educação e emprego. Para muitos adolescentes, a gravidez e o parto não são planejados nem desejados. Vinte e três milhões de meninas entre 15 e 19 anos em regiões em desenvolvimento têm uma necessidade não atendida de contracepção moderna. Como resultado, estima-se que

metade das gestações entre meninas de 15 a 19 anos em regiões em desenvolvimento não sejam intencionais (WHO, 2020).

4.2 Morbimortalidade materna, neonatal e infantil

Muitas mulheres tem o desejo de engravidar, inclusive as adolescentes. Entretanto, a gravidez na adolescência pode transformar esse momento em muitas crises e riscos para a adolescente, recém-nascido, família e sociedade, ocasionando o aumento de custos associados ao evento para o sistema de saúde e repercutindo na vida das futuras gerações, além de elevar as taxas de morbimortalidade (AZEVEDO et al., 2018).

Do ponto de vista biológico, uma gestação precoce representa aumento na incidência de intercorrências pré-natais, intraparto e pós-parto entre gestantes adolescentes (COOK; CAMERON, 2017). Além disso, cerca de 3,9 milhões de abortos inseguros entre meninas de 15 a 19 anos ocorrem a cada ano, contribuindo para a morbimortalidade materna e problemas de saúde futuros (WHO, 2020).

Globalmente, as complicações da gravidez e do parto são a segunda maior causa de morte entre as adolescentes (COOK; CAMERON, 2017). E, apesar do progresso significativo para a redução da morbimortalidade, ainda existem altos números de mortes maternas a nível global. A morte materna é definida como aquela que ocorre durante a gestação, parto ou dentro de um período de 42 dias após o parto, independente da duração ou da localização da gravidez. Ela pode ser decorrente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Em todo mundo, quase 75% de todas as mortes maternas estão relacionadas a complicações consideradas evitáveis, como hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); hemorragias graves, principalmente após o parto; infecções, geralmente após o parto; complicações no parto e abortos inseguros.

Outras causas estão associadas a doenças como malária ou infecção pelo HIV durante a gravidez (OPAS-BRASIL, 2018).

No mundo, entre 1990 e 2015, a mortalidade materna caiu em torno de 44%. Porém, cerca de 830 mulheres continuam morrendo todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto. No ano de 2015, estima-se que cerca de 303 mil mulheres morreram durante ou após a gravidez e o parto, principalmente entre mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres, ou seja, em ambientes com recursos reduzidos. A grande maioria das mortes maternas (99%) ocorrem em países em desenvolvimento. Mais da metade destas mortes ocorrem na África Subsaariana e quase um terço no sul da Ásia. No ano de 2015, a taxa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento foi de 239 por cada 100 mil nascidos vivos, enquanto que em países desenvolvidos foi de 12 por cada 100 mil nascidos vivos. Mais da metade das mortes maternas ocorrem em ambientes frágeis e em contextos de crises humanitárias, refletindo as desigualdades no acesso aos serviços de saúde (OPAS-BRASIL, 2018).

Nos países subsaarianos, a mortalidade materna tem reduzido pela metade desde 1990, com progressos ainda mais significativos em regiões como a Ásia e o Norte da África. A taxa de mortalidade materna global diminuiu apenas 2,3% ao ano entre 1990 e 2015. Contudo, tem se observado uma aceleração nessa redução a partir do ano de 2000. Em alguns países, as reduções anuais de mortalidade materna entre 2000 e 2010 foram superiores a 5,5%. Como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), entre 2016 e 2030, a meta é reduzir a mortalidade materna mundial para menos de 70 por cada 100 mil nascidos vivos (OPAS-BRASIL, 2018).

No Brasil, entre 1990 e 2015 houve uma redução nas taxas de mortalidade materna de 56%, passando de 143 para 62 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. A OMS reconheceu esta redução, ressaltando que houveram avanços nas políticas públicas de saúde

desde a década de 90. Em 2015, segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foram registrados 1.738 casos de mortes maternas. No ano de 2016, foram registrados 1.463 casos, representando uma redução de 16% comparado ao ano anterior. Como estratégias para a redução da mortalidade materna, o Ministério da Saúde tem implementado políticas para a melhoria da assistência às gestantes, como a atenção pré-natal, nascimento e pós-parto, além da criação de medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde que atuam nos três níveis de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Para a OMS, a saúde materna e infantil tem sido prioridade central do desenvolvimento humano, que requer esforços para a redução de mortes neonatais. Para tanto, no ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu a Cúpula do Milênio que estabeleceu oito grandes Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), entre os quais figuram a redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde das gestantes. A redução da mortalidade materna em 75% no período entre 1990 e 2015 foi uma das metas pactuadas pelos 191 países participantes da Cúpula do Milênio, dentre eles, o Brasil. A era dos ODM está sendo redimensionada e a agenda do setor saúde pós-2015 traz a visão da cobertura universal de saúde, com caráter de sistemas de saúde mais sólidos e equitativos (SETUMBA et al., 2018).

Todos os anos, no mundo, milhões de crianças menores de cinco anos de idade morrem, principalmente por causas evitáveis, como pneumonia, diarreia e malária. Em quase metade dos casos, a desnutrição desempenha um papel significativo, ao lado da falta de saneamento básico adequado. A meta para 2030 dos ODS para a mortalidade infantil é acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos em todos os países, com vistas a reduzir a mortalidade neonatal a pelo menos 12 mortes por 1.000 nascidos vivos (UNICEF, 2017). A menos que o progresso seja acelerado, a previsão é de que mais de 60 países não cumprirão os ODS de colocar fim às mortes evitáveis de recém-nascidos em 2030, e metade

deles não atingirão a meta de 12 mortes por 1.000 nascidos vivos até 2050 (SETUMBA et al., 2018).

A mortalidade de crianças reflete as condições de vida de uma população e configura um indicador chave para a saúde e bem-estar infantil e para o desenvolvimento social e econômico de uma sociedade, estando a gravidez na adolescência intimamente associada a maiores taxas de mortalidade infantil (SETUMBA et al., 2018). Esta pode ser dividida em três componentes: neonatal precoce (menor que sete dias), neonatal tardia (entre sete e 27 dias) e pós-neonatal (de 28 a 365 dias). O acompanhamento da Taxa de Mortalidade Infantil é fundamental para o desenvolvimento de políticas governamentais voltadas para a promoção da saúde das crianças e vem ao encontro do Artigo 24 da Convenção dos Direitos da Criança, que trata do compromisso assumido pelo Brasil, em 1990, de adotar as medidas apropriadas para reduzir a mortalidade infantil. Além disso, reitera a importância do cumprimento dos compromissos governamentais com os pactos nacionais e internacionais relacionados com a melhoria da saúde infantil e redução em 2/3 da mortalidade infantil entre 1990 e 2015, conforme a Meta 4 dos ODM (LANSKY et al., 2014).

No mundo, de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o número total de mortes em crianças menores de cinco anos caiu de 12,6 milhões em 1990 para 5,6 milhões em 2016, reduzindo para 15 mil mortes por dia em comparação às 35 mil mortes diárias em 1990. Globalmente, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos caiu de 56 mortes por mil nascidos vivos em 1990 para 41 mortes em 2016. A mortalidade no período neonatal representa 47% de todas as mortes em menores de cinco anos (WHO, 2019), sendo que o maior número de mortes de recém-nascidos ocorreu no sul da Ásia (39%), seguido pela África Subsaariana (38%). As doenças infecciosas e as complicações neonatais são responsáveis pela grande maioria dessas mortes (UNICEF, 2017).

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil em crianças menores de um ano apresentou uma queda expressiva nas últimas décadas. O número de óbitos passou de 47,1 a cada mil nascidos vivos em 1990 para 13,4 em 2017. Contudo, em 2016, pela primeira vez em 26 anos, as taxas de mortalidade na infância voltaram a crescer, principalmente as mortes por causas evitáveis, como as doenças diarreicas. Em 2017, elas diminuíram, mas ainda não voltaram aos parâmetros de 2015. Ressalta-se que crianças indígenas apresentam 2,5 vezes maior risco de morte antes de completar um ano do que as outras crianças brasileiras, tendo como uma das principais causas a desnutrição infantil (UNICEF, 2019).

A mortalidade neonatal tem diminuído a um ritmo mais lento do que as mortes em crianças menores de cinco anos. Entre os anos de 1990 e 2016, a taxa de mortalidade neonatal caiu 49%, de 37 para 19 mortes por 1.000 nascidos vivos, ao passo que as mortes de crianças menores de cinco anos reduziu 62% no mesmo período (UNICEF, 2017). No Brasil, a mortalidade neonatal tem sido responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Os primeiros 28 dias de vida são os mais vulneráveis para a sobrevivência de uma criança. Globalmente, todos os anos, cerca de 30 milhões de bebês nascem prematuros ou com baixo peso ou adoecem nos primeiros dias de vida. No ano de 2017, cerca de 2,5 milhões de recém-nascidos morreram nos primeiros 28 dias de vida, aproximadamente 7.000 mortes todos os dias, sendo que a maioria das quais ocorreu na primeira semana, com cerca de um milhão de mortes no primeiro dia de vida, a maioria por causas evitáveis. Cerca de 80% dessas crianças tinham BPN e 65% eram prematuras (ONU, 2018).

Importante ressaltar que no Brasil o principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal precoce (0-6 dias de vida) e grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas (25%), indicando estreita relação com a atenção ao parto e ao

nascimento. As principais causas de óbitos neste período são a prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intraparto, as infecções perinatais e os fatores maternos, com uma proporção considerável de mortes evitáveis por ação dos serviços de saúde (LANSKY et al., 2014).

Em estudo realizado com o objetivo de determinar a prevalência e os riscos de mortes fetais e mortes neonatais precoces em mulheres com complicações médicas e obstétricas, verificou-se que o grupo de mortalidade neonatal precoce apresentou maior prevalência em mães que tinham menos de 20 anos de idade, sem parceiros, com escolaridade menor que nove anos de estudo, com uma história de mais de um cesariana e parto por cesariana. As mortes neonatais precoces apresentaram maior prevalência de BPN e prematuridade e 72,9% dos recém-nascidos vivos que morreram foram internados em unidade de terapia intensiva neonatal (VOGEL et al., 2014).

A sobrevida perinatal está intimamente relacionada à eficácia dos cuidados maternos durante a gravidez, cuidados com recém-nascidos, cuidados no trabalho de parto e período pós-parto. Dentre os fatores de risco incluem baixo nível socioeconômico, menor escolaridade, cuidado pré-natal inadequado e/ou insuficiente, história prévia de natimorto, tabagismo, uso de álcool, gravidez múltipla, obesidade, hipertensão, diabetes, HIV, restrição do crescimento fetal e gravidez pós-termo (VOGEL et al., 2014).

De acordo com o relatório realizado em parceria com várias organizações, dentre elas, a UNICEF e a OMS, os recém-nascidos que apresentam maior risco de morte e deficiência, são aqueles com complicações referentes à prematuridade, lesão cerebral durante o parto, infecção bacteriana grave, icterícia e/ou condições congênitas. Ainda, o custo financeiro e psicológico para suas famílias pode ter efeitos prejudiciais sobre seu desenvolvimento cognitivo e emocional (ONU, 2018).

Aproximadamente 85% das mortes neonatais podem ser atribuídas a complicações de parto prematuro, infecções e causas relacionadas ao intraparto (TUNÇALP et al., 2015). Nos

Estados Unidos, onde a maioria das infecções e outras causas de morte neonatal apresentaram uma redução expressiva, ainda assim a prematuridade tem se configurado como a principal causa de mortalidade neonatal, somando 25% dos bebês com óbito no primeiro dia de vida (GUL et al., 2018).

A prematuridade tem sido uma causa significativa para infecções respiratórias e readmissões hospitalares por tais problemas, além de muitas crianças acabar desenvolvendo complicações respiratórias crônicas a longo prazo (CIUFFINI; ROBERTSON; TINGAY, 2018). A situação se agrava no recém-nascido prematuro extremo (RNPE), nascido antes de 28 semanas de gestação, que têm um risco aumentado de mortalidade neonatal, hemorragia intraventricular, doença de membrana hialina e enterocolite necrosante (MORRIS et al., 2016). No entanto, o risco de intercorrências neonatais é inversamente proporcional à idade gestacional (IG), ou seja, a cada semana a mais que o feto permanece intraútero, há um aprimoramento do seu desenvolvimento e redução da frequência e da gravidade de complicações neonatais (VANIN et al., 2020).

As taxas de nascimentos prematuros aumentaram significativamente nas últimas décadas, em grande parte impulsionada pelo aumento nos nascimentos prematuros tardios, frequentemente associados a intervenções obstétricas projetadas para reduzir as complicações maternas e fetais (LEAL et al., 2016).

A prematuridade tardia compreende os recém-nascidos com IG entre 34 e 36 semanas e seis dias (PORCIUNCULA et al., 2017; BOUCHET et al., 2018), representando dois terços de todos os nascimentos prematuros (BOUCHET et al., 2018). No Brasil, 74% dos nascimentos prematuros são tardios (LEAL et al., 2016). Contudo, em relação aos recém-nascidos prematuros tardios (RNPT), ainda existem poucos dados nacionais publicados e estimativas para o país como um todo (MACHADO; MARMITT; CESAR, 2016; BUENDGENS et al., 2017). Em São Paulo, na região Sudeste, a prevalência de prematuridade tardia aumentou de

8% em 2004 para 10,6% em 2010 (MACHADO et al., 2014). Na cidade de Porto Alegre, na região Sul, foram registrados 3.890 nascimentos em um hospital público no ano de 2013, sendo 446 prematuros (11,46%) e, destes, 318 foram considerados RNPT, somando 71,3% dos nascimentos prematuros (BUENDGENS et al., 2017).

A preocupação em relação a prematuridade tardia se dá pois, frequentemente, estes RNPT são tratados, erroneamente, como os recém-nascidos a termo (RNT), porque muitos estão com peso adequado e com o mesmo tamanho que os RNT (BUENDGENS et al., 2017; BOUCHET et al., 2018; VANIN et al., 2020).

Os RNPT são imaturos em vários aspectos fisiológicos e metabólicos, representando risco aumentado de morbimortalidade em comparação com os RNT. A curto prazo as complicações da prematuridade tardia incluem síndrome do desconforto respiratório, apneia, hipoglicemia, hipotermia, icterícia, hiperbilirrubinemia, enterocolite necrotizante, hemorragia intraventricular, dificuldades alimentares, imaturidade do sistema nervoso central e infecções. O RNPT apresenta sete vezes maior risco de apresentar ao menos uma dessas complicações, quando comparado aos RNT, o que resulta em internações frequentes em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e maior tempo de internação com altos custos econômicos. A longo prazo, os RNPT têm risco aumentado para alterações no neurodesenvolvimento e dificuldades de aprendizado, com alterações neurocognitivas que podem persistir até a idade adulta (BOUCHET et al., 2018; VANIN et al., 2020). Além disso, o risco de morte dos RNPT no primeiro ano de vida é cerca de três vezes maior em relação aos RNT (MACHADO et al., 2014).

Em decorrência da imaturidade anatômica e fisiológica, a prematuridade aumenta os riscos do recém-nascido na sua adaptação à vida fora do útero, podendo acarretar em uma série de complicações após seu nascimento. Além disso, associado à prematuridade encontra-se o recém-nascido de baixo peso, evidenciando ainda mais os riscos de morbimortalidade infantil (SALGE et al., 2009).

Em estudo de coorte sobre a mortalidade neonatal na pesquisa “Nascer no Brasil”, foi realizada entrevista e avaliação de prontuários de 23.940 puérperas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. No estudo, os autores puderam constatar que a maioria dos óbitos aconteceram nas regiões Nordeste (38,3%) e Sudeste (30,5%), com predominância de recém-nascidos prematuros, com 81,7% e de baixo peso, com 82%. A prematuridade extrema apresentou 60,2% dos óbitos. Os recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer, ou seja, menores de 1.500g, apresentaram 59,6% de todos os óbitos. Os RNPE e aqueles com extremo baixo peso apresentaram cerca de 200 a 300 vezes mais chance de ir a óbito nos primeiros 28 dias de vida comparados aos RNT e com peso ao nascer igual ou superior a 2.500g. Entre os óbitos neonatais identificados, 21,2% das mães eram adolescentes, 33,5% não moravam com seus companheiros e um terço apresentava menos de oito anos de estudo (LANSKY et al., 2014).

Além da discussão sobre a influência da prematuridade como importante marcador para desfechos neonatais adversos, sua crescente incidência também preocupa e contribui para que seja considerado um dos principais problemas de Saúde Pública internacionalmente. A prematuridade resulta de um conjunto de fatores interrelacionados e suas repercussões clínicas resultam em implicações econômicas associadas a esse evento, uma vez que impacta significativamente na mortalidade infantil e na qualidade de vida dos que sobrevivem com sequelas (ASSUNÇÃO et al., 2012).

Frequentemente, a prematuridade vem acompanhada pelo BPN que, segundo a OMS, recém-nascido com BPN é aquele que nasce com peso inferior a 2.500 gramas, sendo uma consequência da prematuridade, da restrição do crescimento intrauterino, ou ambos (GUL et al., 2018). Por ano, aproximadamente um milhão de recém-nascidos com baixo peso e infecções sobrevivem ao início de suas vidas, mas com algum tipo de deficiência, incluindo paralisia cerebral e problemas cognitivos (ONU, 2018).

O BPN é um dos fatores determinantes da mortalidade neonatal, maior risco de infecções, maior propensão ao retardo de crescimento e déficit neuropsicológico pós-natal, podendo repercutir nas condições de saúde na vida adulta. A probabilidade de morte no período neonatal diminui à medida que aumenta o peso, sendo que o risco de óbito entre os recém-nascidos de muito baixo peso (menos de 1.500g) é 30 vezes maior em relação aos nascidos com 2.500g ou mais. No Brasil, cerca de 8% do total de nascidos vivos apresentam baixo peso, representando mais da metade dos óbitos neonatais, especialmente aqueles que nascem com extremo baixo peso (GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2014).

A partir deste e outros estudos encontrados na literatura, fica evidente a associação entre gravidez adolescente e resultados perinatais desfavoráveis, como prematuridade, BPN, mortalidade neonatal, pós-neonatal e no primeiro ano de vida, tendência mais proeminente entre as adolescentes mais jovens, com idade entre 10 e 14 anos (LANSKY et al., 2014).

4.3 Fatores maternos causadores de desfechos clínicos no recém-nascido

A gestação é um fenômeno fisiológico na vida da mulher, contudo, algumas condições podem representar maior probabilidade de resultados desfavoráveis para a mãe e o recém-nascido (GADELHA et al., 2020). Principalmente em gestantes adolescentes, inúmeros são os fatores que podem ser apontados para o aumento do risco de condições clínicas adversas na saúde materno-fetal, incluindo a inadequação pré-natal, baixa condição socioeconômica, ser solteira, baixo nível de escolaridade, estresse psicológico e uso de drogas. Somados a isso, pode-se destacar o ganho de peso inadequado da mãe durante a gestação, que podem levar à competição das necessidades corporais entre ela e o feto (ERGEN et al., 2017).

Destes, pode-se citar as condições sociodemográficas e obstétricas, devido a sua repercussão direta ou indireta no desenvolvimento intrauterino do feto, no seu peso ao nascer e

no tempo de duração da gestação, sendo que a melhor forma de as controlar é mediante detecção precoce e tratamento em uma assistência pré-natal adequada. Quando desfavorável, associam-se frequentemente à prematuridade e ao BPN (FIGUEIREDO et al., 2015).

São consideradas crianças de risco aquelas que apresentam pelo menos um destes critérios: peso ao nascer <2.500 gramas; IG menor de 37 semanas; asfixia grave, com Apgar <7 no quinto minuto de vida; hospitalização ou intercorrência na maternidade; mãe adolescente; baixa instrução materna, menos de 8 anos de estudo; residência em área de risco; histórico de morte de crianças menores de 5 anos na família. Entre todos estes critérios, o BPN e a prematuridade se apresentam como os mais relevantes (PESSOA et al., 2015).

Estudos têm demonstrado um aumento da incidência de desfechos maternos e perinatais adversos, como BPN, parto prematuro, morte perinatal, desproporção pélvica e morte materna. No entanto, houveram conflitos de estudos sobre se os resultados adversos da gravidez entre as mães adolescentes foram causados pela sua imaturidade biológica ou fatores socioeconômicos e ambientais inadequados (GANCHIMEG et al., 2014; ALTHABE et al., 2015).

A associação entre uma gestação precoce com a prematuridade e o BPN apresenta como mecanismos os fatores como a imaturidade biológica, possivelmente pela insuficiência uteroplacentária e comprometimento da transferência de nutrientes para o feto, além do ganho de peso inadequado durante a gestação, associados a condição socioeconômica deficiente, baixa instrução e acompanhamento pré-natal inadequado (SANTOS et al., 2014).

Quanto ao resultado gestacional, a literatura tem evidenciado uma maior incidência de recém-nascidos prematuros e de baixo peso entre as gestantes adolescentes, principalmente nos grupos de idade mais precoces, se comparadas com as adolescentes e adultas jovens com idade entre 17 e 24 anos, nas mesmas condições de vida, levando em conta a pluralidade dos aspectos clínicos, comportamentais e ambientais que fazem parte da evolução gestacional. Com frequência, o peso insuficiente ao nascer se mostra maior que os nascidos de baixo peso, sendo

que estes recém-nascidos são classificados como de risco para problemas clínicos, incluindo as doenças infecciosas, o atraso no crescimento e no desenvolvimento da infância, o que leva ao aumento das taxas de morbidades precoces e da mortalidade infantil (SANTOS et al., 2014).

Em estudo desenvolvido com o objetivo de investigar os resultados da gravidez na adolescência em 19 hospitais nos Estados Unidos, os autores verificaram que, quando comparadas às adultas jovens entre 20 e 24 anos, as adolescentes menores de 16 anos foram menos submetidas ao parto cesáreo, menor risco de corioamnionite e de laceração perineal maior. Em contrapartida, as adolescentes apresentaram maiores riscos para anemia materna, nascimentos prematuros, descolamento prematuro de placenta, hemorragia pós-parto, eclâmpsia e pré-eclâmpsia/síndrome de HELLP (KAWAKITA et al., 2016).

Estudo semelhante desenvolvido na Romênia, com o objetivo de comparar resultados da gravidez e parto entre adolescentes e mulheres adultas jovens, com idade entre 20 e 24 anos, pôde constatar que o grupo de adolescentes apresentou maior frequência de anemia, infecções do trato urinário, ruptura prematura de membrana, placenta prévia, prematuridade, BPN, restrição do crescimento fetal, episiotomia, desproporção cefalopélvica e hemorragia pós-parto. Os nascimentos de mães adolescentes também apresentaram índices de Apgar <7 no primeiro minuto, em comparação aos nascimentos de mães adultas jovens. Em contrapartida, comorbidades como diabetes e obesidade foram mais comuns em adultas jovens, assim como as Hepatites B e C. Com relação a corioamnionite não foi possível estabelecer uma correlação entre os grupos (SOCOLOV et al., 2017).

Na Turquia, um estudo realizado com o objetivo de comparar os resultados da gravidez entre adolescentes de diferentes faixas etárias, os autores encontraram maiores taxas de parto prematuro, ruptura prematura de membrana e internação neonatal em terapia intensiva em adolescentes na faixa etária de 11 a 13 anos, quando comparadas às adolescentes maiores de 14

anos. Além disso, complicações específicas da gestação, como a episiotomia e a endometrite puerperal, foram maiores em adolescentes precoces (ERGEN et al., 2017).

A gravidez precoce também afeta negativamente as oportunidades educacionais e econômicas. Mulheres com menor nível de escolaridade têm maiores riscos de resultados adversos durante a gravidez, bem como são menos experientes quanto às atividades de prevenção em saúde e planejamento familiar, estando seus filhos mais expostos ao risco de mortalidade. Vários fatores sociais e biológicos influenciam as chances de gravidez na adolescência, como exposição a condições adversas durante a infância e adolescência, história familiar de gravidez na adolescência, instabilidade familiar e baixos níveis educacionais. Considera-se também que mães adolescentes são menos propensas a frequentar as consultas de pré-natal, aumentando o risco de partos prematuros (ARAÚJO; NERY, 2018).

A escolarização se traduz como uma das consequências sociais da gravidez na adolescência que mais têm sido debatidas na literatura, visto que é considerada um fator protetor da inclusão social que promove e porque a permanência dos jovens na escola reduz o risco da maternidade precoce, o que leva a associar a gestação adolescente à evasão escolar. No ano de 2014, cerca de um terço das adolescentes que abandonaram a escola entre 15 a 17 anos já eram mães e, daquelas que estudavam, apenas 2% tinham filho. Contudo, essa realidade não se configura apenas no Brasil, mas também na América Latina, considerando que no ano de 2016 as mulheres latinas representaram dois terços das adolescentes entre 15 a 17 anos que não estudavam nem trabalhavam, sendo a gravidez na adolescência indicada como um dos principais fatores para a evasão escolar (SOUSA et al., 2018).

Um estudo multicêntrico foi desenvolvido com o objetivo de investigar o risco de resultados adversos da gravidez entre adolescentes em 29 países da América Latina, África, Ásia e Oriente Médio. No estudo, foram coletados os dados de 314.623 mulheres. Destas, 32.179 (10,3%) partos ocorreram entre adolescentes com idade entre 10 e 19 anos, com média

de idade de 17,7 anos. Comparadas com as mães entre 20 e 24 anos, as mães adolescentes eram mais propensas a serem solteiras, menos instruídas e nulíparas. Ainda, os autores puderam constatar que o risco de desfechos maternos graves foi maior entre as mães adolescentes do que em mães não adolescentes; contudo, as diferenças não foram significativas. Entretanto, a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia, a endometrite puerperal e as infecções sistêmicas foram significativamente maior entre mães adolescentes (GANCHIMEG et al., 2014).

Desta forma, a gestação na adolescência é classificada como de risco, pois representa uma situação de risco biológico para as mães e seus recém-nascidos, além de existir evidências de que este fenômeno reflete de maneira negativa nos índices de evasão escolar, tanto anterior como posterior à gestação, o que impacta no nível de escolaridade da mãe e reduz suas oportunidades futuras (OMS, 2020).

Em estudo sobre a intenção de gestantes em amamentar, verificou-se que as gestantes com idade entre 20 e 34 anos apresentaram chance 3,05 vezes maior de intenção em amamentar por um período igual ou maior a 24 meses, quando comparadas àquelas com idade inferior a 20 anos. Além disso, a baixa escolaridade está associada à menor duração do aleitamento materno. Entre as gestantes fumantes, verificou-se chance 7,79 vezes maior de intenção em amamentar por tempo inferior a 6 meses, quando comparadas àquelas não fumantes (FERNANDES; HÖFELMANN, 2017).

Em relação a cesariana, sabe-se dos riscos maternos e neonatais de morbimortalidade decorrentes desta via de parto quando comparados aos do parto normal, mesmo nos casos em que a cesariana é eletiva. Dentre as complicações, destaca-se a placentação anômala e a morbimortalidade neonatal, sendo que a possibilidade de risco aumenta na medida em que aumenta o número de cesarianas anteriores. Em se tratando das adolescentes, o primeiro parto por via abdominal pode ocasionar maiores agravos, considerando que há a preferência de se priorizar a via de parto anterior nos partos subsequentes, além de existir uma exposição maior

por conta do longo período de vida reprodutiva e aumento nos casos de parturição das mulheres que vivenciam a maternidade precocemente (GAMA et al., 2014).

Estudo realizado mostra que o índice de cesariana foi maior entre as mães adolescentes mais jovens, com menos de 15 anos (27,9%) do que em mães adultas (23,5%). Além disso, pode ser observado o risco aumentado de desfechos perinatais adversos conforme a idade materna diminuía. O risco de internação neonatal precoce intra-hospitalar também se apresentou significativamente maior entre as mães adolescentes em comparação com mães adultas. Outro resultado importante que pôde ser encontrado no estudo se refere a associação da gravidez na adolescência com os riscos aumentados de BPN, parto prematuro, condições neonatais graves e um risco aumentado de morte neonatal precoce intra-hospitalar, parcialmente explicado pelo parto pré-termo entre bebês nascidos de mães adolescentes (GANCHIMEG et al., 2014).

Contudo, vale ressaltar que a literatura é controversa quanto a prevalência de cesariana entre gestantes adolescentes. Entre as décadas de 80 e 90, estudos sugeriam uma taxa aumentada de cesariana entre as adolescentes, principalmente para as idades mais precoces, possivelmente relacionada a imaturidade ginecológica e complicações anatômicas relacionadas aos mecanismos do parto, designando maior ocorrência de desproporção cefalopélvica. Por outro lado, estudo mais recente parece discordar de tais achados, onde os autores constataram uma prevalência reduzida de cesarianas entre mães adolescentes, alegando esses resultados devido ao aumento na taxa de recém-nascidos com baixo peso (SANTOS et al., 2014).

Estudo de Dias, Antoni e Vargas (2020), cujo objetivo era descrever o perfil clínico e epidemiológico da gestação na adolescência buscando possíveis diferenças em relação à gestação em mulheres adultas houve maior prevalência do parto vaginal nas mães adolescentes quando comparadas às mães adultas. O fato de ter até 19 anos aumentou a probabilidade em 2,2 para a ocorrência de parto normal. Pode-se justificar tais resultados pelo fortalecimento

político do Sistema Único de Saúde (SUS) voltado para a diminuição de partos cesáreos, a fim de minimizar e otimizar a recuperação das mães. Em contrapartida, pode-se associar este achado devido as adolescentes apresentarem menores motivações pessoais para realizar o parto operatório por conta da sua imaturidade psicossocial. Desta forma, a cesariana em mães adolescentes estaria mais relacionado a indicações obstétricas, diferente das mães adultas (DIAS; ANTONI; VARGAS, 2020).

Outro aspecto determinante a ser considerado na gravidez na adolescência e que influencia e aumenta os riscos de desfechos adversos no recém-nascido é o uso de substâncias nocivas à saúde, como o tabaco e o álcool. No Brasil, o álcool e o tabaco são as duas drogas mais consumidas entre os jovens, possivelmente pela facilidade para a obtenção dos produtos, o baixo custo, a curiosidade estimulada pela imitação do comportamento do adulto, a falta de informações, a influência de amigos e o forte *marketing* destes produtos (SOARES et al., 2019).

O abuso de substâncias tem sido motivo de preocupação mundial com relação à saúde do binômio mãe-filho. Sabe-se que tem havido um aumento progressivo e alarmante no consumo de álcool, tabaco e outras drogas no sexo feminino, principalmente na população adolescente. Quando se realiza o uso ou abuso de álcool e/ou drogas, essas substâncias podem atravessar a placenta, assim como acontece com o oxigênio, o gás carbônico e a água. O uso do álcool na gravidez, ainda que em nível moderado, pode acarretar consequências que afetam negativamente o desenvolvimento do feto, como o nascimento com baixo peso (MOTTA; LINHARES, 2015), a restrição do crescimento uterino, deficiências cognitivas, aumento da morbimortalidade e outros distúrbios, como a Síndrome Alcoólica Fetal (CÂNDIDO et al., 2019).

Em estudo realizado com o objetivo de identificar o consumo de bebida alcoólica entre as adolescentes gestantes, pode-se constatar que 54% das adolescentes relataram ter feito uso de bebida alcoólica nos últimos 12 meses e, destas, 18,5% estavam vivenciando a experiência

de uma segunda gestação, sendo importante mencionar que 80% dessas adolescentes relataram o consumo de bebidas alcoólicas também na gestação anterior (CÂNDIDO et al., 2019).

O uso e abuso de drogas durante a gestação está diretamente relacionado ao aumento no risco de intercorrências materno-fetais, além de outros efeitos adversos de curto e longo prazo, como a restrição do crescimento fetal, identificada quando o feto não atinge o tamanho esperado ou determinado pelo seu potencial genético. O uso de drogas também tende à redução da ingestão de alimentos pela gestante, ocasionando um ganho de peso insuficiente durante a gestação (CARVALHO et al., 2020).

Em estudo de Carvalho et al. (2020), sobre a relação entre o uso de álcool e outras drogas durante a gestação à restrição do crescimento fetal, pôde-se verificar que 17,14% das puérperas referiram consumir álcool e 15,71% relataram uso de cigarro de forma isolada ou associada a outras drogas durante a gestação. O fumo durante a gestação foi fortemente associado ao uso de álcool, sendo que 54,50% das gestantes fumantes fizeram uso de cigarro e álcool concomitantemente. O uso de álcool e cigarro na gestação se configuram como fatores de risco para recém-nascido pequeno para a idade gestacional, prematuro e BPN, além de aumentar as taxas de abortamento (CARVALHO et al., 2020).

Outro ponto a se destacar e gera preocupação por parte dos serviços de saúde se trata das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). A precocidade no início das relações sexuais junto com a falta de proteção no momento da relação é considerada fator determinante na elevação dos índices de gravidez não planejada, abortos e do número de adolescentes com IST e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (SOARES et al., 2019), com destaque para sua contaminação em gestantes pela problemática ocasionada por conta da transmissão vertical, quando passa da mãe para o bebê durante a gestação e/ou parto (BARBOSA et al., 2016).

Um estudo voltado para o conhecimento de adolescentes sobre a transmissão, prevenção e comportamentos de risco à infecção do HIV e outras ISTs, apontou índices significativos de

desconhecimento de transmissão, prevenção e tratamento da AIDS, além da existência de alguns comportamentos de risco que tornam os adolescentes mais vulneráveis a IST/AIDS (SILVA et al., 2016).

Nos últimos anos, a série temporal da proporção de casos de AIDS, no Brasil, mostra que na faixa etária entre 13 e 19 anos tem se apresentado uma frequência aumentada de AIDS entre mulheres, mostrando um crescimento da infecção do HIV entre os jovens. Entre as mulheres, 86,8% dos casos notificados são ocasionados por relações heterossexuais, o que denota um importante risco de transmissão vertical por ocasião da gestação e do parto. A Hepatite B também se torna uma preocupação, sabido que a doença pode ser transmitida verticalmente da gestante para o filho em 70 a 90% dos casos, sendo que o risco de ocorrência de problemas hepáticos é de 200 vezes maior que na população em geral. Para a Hepatite C, a transmissão vertical ocorre em 5 a 6% dos nascimentos de gestantes infectadas, se tornando mais frequente em gestantes também portadoras do HIV (BARBOSA et al., 2016).

Em estudo com o objetivo de descrever as condições do estilo de vida e riscos à saúde de um grupo de adolescentes e jovens, as autoras encontraram que apesar de 62% participantes informar que tinham conhecimento sobre o que era uma IST, 46% dos adolescentes que já tiveram atividade sexual relataram que não fizeram uso de preservativo masculino, feminino ou de contraceptivo oral. Entretanto, todos consideraram importante o uso do preservativo durante o ato sexual devido ao risco de adquirir alguma IST ou de acontecer uma gravidez não planejada (SOARES et al., 2019).

Conforme estudos encontrados na literatura, o número de consultas pré-natais é outro aspecto relevante ao se tratar da gravidez na adolescência. Em estudo desenvolvido com o objetivo de analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e privados no Brasil, pode constatar que mães adolescentes apresentaram menor adesão ao início precoce do acompanhamento pré-natal, além de menor número de consultas

realizadas (VIELLAS et al., 2014). Resultado semelhante pode ser observado no estudo Tomasi et al. (2017), em que a proporção de mulheres que realizaram seis ou mais consultas durante a gestação foi maior entre as de mais idade, de cor branca, com maior grau de escolaridade e maior renda.

A falta de assistência pré-natal em gestantes adolescentes aumenta significativamente o risco de prematuridade e BPN, independentemente do risco associado à idade. Os adolescentes têm menor probabilidade de procurar pré-natal por uma variedade de razões, incluindo medo de repercussões, presença de gravidez indesejada ou falta de acesso a recursos adequados (LEE et al., 2018).

Para tanto, um acompanhamento pré-natal de qualidade se faz essencial para prevenir a morbimortalidade materna e neonatal, com vistas a contribuir para desfechos mais positivos por meio do cumprimento de procedimentos simples e triviais, como a realização de exames clínicos e laboratoriais e o acompanhamento gestacional a partir de consultas periódicas, possibilitando a detecção e o tratamento de fatores que se constituem como riscos para a saúde da mãe e do bebê (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015; TOMASI et al., 2017).

5 MÉTODO

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo transversal, retrospectivo e analítico.

Em delineamentos de pesquisa transversais, os dados são coletados em um único momento, ou seja, os dados sobre as variáveis e o resultado são coletados ao mesmo tempo (POLIT; BECK, 2019).

5.2 Campo de estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Trata-se de uma instituição pública e universitária, atuante desde 1971 e que integra a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, estando vinculada, academicamente, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (HCPA, 2019a).

O hospital conta com o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, o qual presta assistência às diversas áreas da saúde da mulher, além de realizar atendimento às emergências ginecológicas e obstétricas e fazer acompanhamento do trabalho de parto com equipe especializada em gestação de alto risco. Por conta disso, o serviço é referência nacional e internacional, caracterizando-se pelo atendimento de casos de alta complexidade, tanto do SUS (96,39%) quanto da Saúde Suplementar (3,61%) (HCPA, 2019b).

Atualmente, o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia é dividido por equipes e unidades, de acordo com a área de atuação. Dentre elas, se encontra a Unidade de Centro Obstétrico, local de atendimento de partos e gestações de alta e baixa complexidade; a Equipe de Emergência Ginecológica, que fica junto ao Serviço de Emergência do hospital, com equipe para

atendimento de violência contra a mulher; as Equipes de Gestação de Alto Risco, responsáveis pelas gestantes que apresentam hipertensão e nefropatias, infecções pré-natais, prematuridade, diabetes e endocrinopatias, além de atuarem na área de medicina fetal; a Unidade e Equipes Ginecológicas; e, Reprodução Assistida (HCPA, 2019b).

O hospital também possui o Serviço de Neonatologia, com atendimento aos nascimentos em sala de parto e acompanhamento dos recém-nascidos até a alta hospitalar, sejam eles saudáveis ou doentes na UTIN ou durante sua internação. Os nascimentos de alto risco para morbidades são acompanhados na Unidade de Ambulatório da Neonatologia, pelo menos até os dois anos de idade. Os recém-nascidos prematuros de muito baixo peso são acompanhados até os cinco anos de idade (HCPA, 2019c).

O Serviço de Neonatologia possui UTIN de nível III, em que atende pacientes de alta complexidade; atendimento à sala de parto, com dedicação especial às gestantes de alto risco e àquelas atendidas pela Medicina Fetal; Alojamento Conjunto, com 38 leitos ocupados pelas mães e seus bebês; Internação, com 20 leitos exclusivos na UTIN, 20 leitos de cuidados convencionais e 10 leitos canguru de recém-nascidos normais. O Serviço também conta com um Ambulatório, no qual é realizado o seguimento dos recém-nascidos de maior risco, especialmente os pré-termos de muito baixo peso (inferior a 1.500 gramas) e pós-hipotermia terapêutica para encefelopatia hipóxico-isquêmico (HCPA, 2019c).

A assistência ao recém-nascido é ofertada por uma equipe multiprofissional, qualificada para atendimento ao recém-nascido internado de baixo, médio e alto risco. Ainda, existem programas de atenção à saúde para a díade mãe-bebê, como o Método Canguru, no qual todos os recém-nascidos com peso abaixo de dois quilos são incluídos nesse programa pela equipe de Enfermagem; Aleitamento, que conta com um grupo formado por enfermeiras, nutricionista e consultoras em aleitamento materno que atendem as duplas mãe-bebê na internação pós-parto, no alojamento conjunto, no Banco de Leite Humano e na Neonatologia, bem como após a alta

hospitalar; além de reuniões com os pais de bebês internados na UTIN, com o objetivo de que os pais dividam suas vivências e recebem orientações dirigidas às necessidades apresentadas (HCPA, 2019c).

5.3 População do estudo

A população do estudo foi composta pelas 488 mães adolescentes e 489 recém-nascidos, nascidos no período de dois anos consecutivos, que compreende de 01 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2020.

5.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas todas as mães adolescentes com faixa etária entre 10 e 19 anos e seus recém-nascidos.

5.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os binômios mãe-bebê que não apresentavam a variável idade gestacional no banco de dados, bem como daqueles recém-nascidos que não nasceram no HCPA e/ou vieram transferidos de outros hospitais.

5.4 Variáveis do estudo

Constituíram-se como variáveis de desfecho a prematuridade e a reinternação hospitalar no período neonatal. As variáveis preditoras se referem aos fatores maternos e neonatais, os quais foram categorizadas para fins de análise (APÊNDICE A).

Foram considerados recém-nascidos prematuros aqueles com IG inferior a 37 semanas completas de gestação, em conformidade com a definição da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018).

Para a construção das variáveis, baseou-se no Caderno de Atenção Básica número 32, que se refere a Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

5.4.1 Fatores maternos

I) Dados sociodemográficos:

a) idade materna (em anos); b) raça/cor; c) município de procedência; d) escolaridade; e) situação conjugal (independente do registro civil); f) ocupação (relacionada ao trabalho ou aos estudos).

Para a categorização da variável escolaridade utilizou-se a classificação do Ministério da Educação como referência, na qual o ensino fundamental deve ser realizado entre 7 e 14 anos, o ensino médio entre 15 e 17 anos e o ensino superior entre 18 e 24 anos de idade (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2011).

II) Dados gestacionais:

a) número de gestações anteriores; b) número de partos vaginais e/ou cesarianas anteriores; c) histórico de aborto; d) data do parto atual; b) idade gestacional no momento do parto (em semanas); e) número de consultas pré-natal; f) tipo de parto; g) tipo de gestação (única ou múltipla); h) ruptura prematura de membranas; i) pré-eclâmpsia; j) eclâmpsia; k) fatores de risco; l) intercorrências no momento do parto.

Para a categorização da variável acompanhamento pré-natal, baseou-se no número mínimo de consultas pré-natal para a IG, recomendado pela OMS e Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Para tanto, foi classificado como pré-natal adequado para IG a mãe que apresentasse: duas consultas até 26 semanas de gestação, três consultas até 32 semanas, quatro consultas até 37 semanas, cinco consultas com 38 semanas e seis consultas ou mais quando 39 semanas ou mais de gestação. A categorização se baseou no número total de consultas pré-natal, sendo ignorada a IG quando a mãe iniciou o pré-natal, pelo fato desta informação não estar disponível.

Para a categorização da variável fatores de risco foi considerada a presença de pelo menos uma condição adversa apresentada pela mãe ou o feto, sendo passível de causar desfechos clínicos adversos nos recém-nascidos.

5.4.2 Fatores neonatais

a) idade gestacional; b) sexo; c) prematuridade; d) peso ao nascer; e) adequação peso/ idade gestacional; f) índice de Apgar no primeiro minuto; g) índice de Apgar no quinto minuto; h) óbito neonatal; i) reinternação hospitalar dentro de 28 dias; j) CID da reinternação hospitalar; k) desfecho da reinternação hospitalar (alta/óbito).

5.5 Amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado considerando uma prevalência de 14% de prematuridade em mães adolescentes (OLIVEIRA et al., 2016), para que fosse possível detectar uma diferença cujo risco relativo seja de, pelo menos, 2 ($RR \geq 2$), nível de confiança de 95% e poder de 80%, totalizando, no mínimo, 292 binômios mães adolescentes/recém-nascidos. Prevendo possíveis perdas de informação, foi acrescido 10%, totalizando 320 binômios mães adolescentes/recém-nascidos.

Para a amostra foi solicitada uma *query* dos prontuários de todas as mães adolescentes e seus recém-nascidos, que nasceram entre 01 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2020 no HCPA.

Na *query* disponibilizada constavam os dados de 517 mães adolescentes que atendiam aos critérios de inclusão. Destas, excluíram-se 29 mães por falta de registro da idade gestacional no banco de dados. De tal forma, conseguiu-se atingir um total de 488 mães adolescentes e 489 recém-nascidos que atenderam aos critérios de seleção.

5.6 Método de coleta

Foi solicitada uma *query* ao banco de dados do Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde (SAMIS), onde consta o serviço informatizado de dados dos prontuários dos pacientes atendidos no hospital campo de estudo. A *query* é uma maneira de investigar prontuários informatizados na Instituição e é solicitada por meio do preenchimento e solicitação de um formulário *online* de pesquisa.

Cabe destacar que se tratava de uma *query* desidentificada, ou seja, totalmente anonimizada, a qual não foram necessários os nomes ou números de prontuários dos participantes.

A *query* foi disponibilizada por arquivo no *Microsoft Excel* (planilha eletrônica), formato *xls*, no qual constavam as variáveis de interesse do estudo.

5.7 Análise de dados

Os dados da pesquisa foram organizados em *Microsoft Excel* e, posteriormente, codificados e analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0.

O erro considerado foi de, no máximo, 5% e seu respectivo coeficiente de confiança de 95%. O nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$. Foi realizada análise descritiva dos dados. Todas as variáveis foram categorizadas e expressas por frequência absoluta e frequência relativa.

Para verificar associação entre as variáveis de desfecho e as variáveis independentes, utilizou-se os testes qui-quadrado ou exato de Fisher. Para o controle de possíveis fatores confundidores, as variáveis que apresentaram valor $p < 0,20$ na análise bivariada, foram inseridas no modelo multivariado de Regressão de Poisson com variâncias robustas, onde pôde ser verificada a associação de múltiplas variáveis ao mesmo tempo. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

5.8 Aspectos éticos

Após avaliação e aprovação do projeto pela banca de qualificação, o estudo foi encaminhado para análise pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS, tendo obtido sua aprovação. Posteriormente, o projeto de pesquisa foi encaminhado para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA, obtendo aprovação sob Parecer nº 4.812.039 e CAEE nº 36972220.8.0000.5327, registrado na Plataforma Brasil (ANEXO A).

Os pesquisadores se comprometeram a atender a Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais (LGPD) e assinaram a declaração de conhecimento e cumprimento da LGPD para pesquisas avaliadas pelo CEP/HCPA (ANEXO B).

Foram respeitados os demais preceitos éticos, em obediência à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que rege a pesquisa com seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em dois artigos, de acordo com os desfechos clínicos dos recém-nascidos de mães adolescentes encontrados com o desenvolvimento deste estudo.

O artigo 1 corresponde ao objetivo e ao desfecho principal do estudo, que se trata da prematuridade em recém-nascidos de mães adolescentes, intitulado **Fatores sociodemográficos e gestacionais de mães adolescentes associados à prematuridade**, aceito para publicação na Revista RENE.

O artigo 2 corresponde ao desfecho da reinternação neonatal e sua associação com os fatores maternos e neonatais, intitulado **Fatores maternos e neonatais associados à reinternação hospitalar de recém-nascidos de mães adolescentes**, submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem - RGE.

ARTIGO 1

ARTIGO 2

7 CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível analisar os fatores sociodemográficos e gestacionais de mães adolescentes associados ao nascimento prematuro. A prematuridade apresentou uma prevalência de 6,6%, menor do que, comumente, é encontrada em mães adolescentes e esteve associada ao acompanhamento pré-natal, tipo de gravidez e ao tipo de parto, sendo que mães com acompanhamento pré-natal adequado, gravidez gemelar e com parto vaginal na gestação atual tiveram mais recém-nascidos pré-termo.

Constatou-se que as mães adolescentes eram, em sua maioria, residentes em Porto Alegre, viviam sem companheiro, com escolaridade inadequada para idade e mantinham uma ocupação com os estudos ou ao trabalho remunerado. Chama atenção a alta prevalência de adolescentes que não realizaram um cuidado pré-natal adequado para idade gestacional, o que, comprovadamente, contribui para desfechos clínicos adversos para a mãe e ao recém-nascido.

Em contraponto, no presente estudo, a prematuridade esteve associada ao acompanhamento pré-natal adequado, ou seja, mesmo as mães que realizaram o número de consultas adequado, conforme o preconizado pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, tiveram mais nascimentos prematuros.

Este resultado pode-se relacionar, em parte, de que as mães com uma gravidez de risco tiveram mais consultas de pré-natal e se preocuparam mais em realizar um acompanhamento pré-natal adequado. Entretanto, embora tenha se observado uma melhora no acesso e na cobertura do acompanhamento pré-natal no Brasil, este achado também traz o questionamento acerca da qualidade do cuidado pré-natal que está sendo ofertado às gestantes, em especial a abordagem às adolescentes.

Desta forma, há que se considerar que as repercussões da gravidez na adolescência se sobrepõem à faixa etária da mãe, dado que a problemática também está associada ao contexto

sociodemográfico e econômico mais desfavoráveis os quais as adolescentes estão inseridas, conforme pode ser verificado neste e em outros estudos disponíveis na literatura nacional e internacional.

Outra variável de desfecho estudada foi a reinternação hospitalar no período neonatal, que obteve uma prevalência de 9,2% do total de RNs de mães adolescentes que tiveram seus partos no hospital em estudo. Houve maior proporção de reinternação em RNs do sexo masculino, com BPN, prematuros, principalmente os tardios, Apgar no 1º minuto <7 e no 5º minuto >7 . Quanto aos fatores neonatais, verificou-se associação da prematuridade e do Apgar no 1º minuto de vida <7 com a ocorrência do desfecho. No que condiz aos fatores maternos, conforme modelo de regressão multivariado, apenas a variável procedência obteve associação estatística com a reinternação neonatal, evidenciando que RNs de mães procedentes de Porto Alegre apresentaram maior prevalência de reinternação no período neonatal.

Abordar os fatores contribuintes para a ocorrência de reinternação hospitalar de RNs de mães adolescentes, bem como identificar as possíveis causas que levaram estes RNs a tal desfecho poderá auxiliar no reconhecimento de grupos vulneráveis a maiores riscos de resultados clínicos adversos e colaborar com o direcionamento de ações que possam reduzir a morbimortalidade neonatal. Para além disso, os esforços despendidos para identificar a associação dos fatores maternos e neonatais à ocorrência da reinternação hospitalar no período neonatal se fazem necessários para monitorar e desenvolver políticas públicas e intervenções seguras e eficazes à melhoria na oferta e no acesso aos serviços de saúde materno-infantil, com foco na sobrevivência perinatal, desde a gestação até o parto, o nascimento e o período pós-natal.

A compreensão abrangente dos fatores maternos e gestacionais auxilia a impulsionar o conhecimento acerca das vulnerabilidades as quais as adolescentes estão expostas e que trazem implicações importantes na saúde materno-infantil. Implementar diretrizes clínicas e desenvolver políticas públicas e sociais direcionadas à saúde da mulher, criança e adolescente

se constituem como alternativas para melhorar os resultados e a eficiência dos cuidados de saúde. Para além disso, a compilação destes fatores poderá ajudar no planeamento de modelos de previsão de risco, com vistas a identificação de recém-nascidos de alto risco, como é o caso dos prematuros.

Por fim, o estudo traz contribuições para o avanço do conhecimento científico ao considerar e evidenciar o contexto e as repercussões da gravidez na adolescência para a saúde materno-infantil. Acredita-se que a análise da influência dos fatores maternos e gestacionais de mães adolescentes e sua associação com a prematuridade constitui um instrumento para a obtenção de dados que possam fornecer subsídios aos profissionais e gestores da saúde na identificação precoce de condições de vulnerabilidade, além de auxiliar no planeamento de suas ações para proporcionar melhorias na qualidade da assistência destinada às gestantes adolescentes e à redução da morbimortalidade materna, neonatal e infantil relacionada ao nascimento prematuro.

REFERÊNCIAS

- ALTHABE, F. et al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. **Reproductive Health**, v. 12, Suppl. 2, S8, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26063350/>. Acesso em: 19 Jan.2019.
- AMORIM, T. S. et al. Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, e20210300, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HGs3P75mn7qwvnB8WCH6rVL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 Mar. 2022.
- ARAÚJO, A. K. L. A.; NERY, I. S. Conhecimento sobre contracepção e fatores associados ao planejamento de gravidez na adolescência. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 23, n. 2, e55841, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/55841/pdf>. Acesso em: 13 Set.2018.
- ASSUNÇÃO, P. L. et al. Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controle. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1078-1090, jun.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n6/07.pdf>. Acesso em: 12 Out.2018.
- AZEVEDO, A. E. B. I. et al. Prevenção da gravidez na adolescência. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 86-94, dez.2018. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/adolescenciaesaude.com/pdf/v15s1a11.pdf>. Acesso em: 16 Maio.2020.
- BARBOSA, A. J. C. et al. Perfil comportamental de gestantes atendidas no centro de testagem e aconselhamento em município de fronteira. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 01-08, jan./jul.2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42957>. Acesso em: 30 Out.2018.
- BARRETO, A. S. P. et al. Gravidez na adolescência e a atuação de excelência do profissional de enfermagem. **ReBIS – Rev Bras Interdisc Saude**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 13-18, 2019. Disponível em: <http://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/135/59>. Acesso em: 28 Abr.2020.
- BOUCHET, N. et al. Avoiding late preterm deliveries to reduce neonatal complications: an 11-year cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth**, 18:17, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5759878/>. Acesso em: 04 Jun.2020.
- BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**, regulamentada pelo Decreto no. 94.406, de 8 de junho de 1987, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 25 de junho de 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em 14 Mar.2022.
- BUENDGENS, B. B. et al. Características maternas na ocorrência da prematuridade tardia. **Rev Enferm UFPE online**, Recife, 11, Supl. 7, p. 2897-2906, jul.2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/166313>. Acesso em 10 Jan.2019.

CÂNDIDO, T. C. R. et al. O uso de bebida alcoólica entre gestantes adolescentes. **Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 1-8, 2019. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/smad/article/view/163954/157468>. Acesso em: 29 Abr.2020.

CARVALHO, E. N. et al. A restrição do crescimento fetal como consequência do consumo de álcool e outras drogas na gestação: um estudo transversal. **Rev Interdisciplinar Ciências Médicas**, Belo Horizonte, v. 4, n. 1, p. 44-49, 2020. Disponível em: <http://internato.feluma.org.br/ojs/index.php/ricm/article/view/302/89#>. Acesso em: 19 Maio.2020.

CIUFFINI, F.; ROBERTSON, C. F.; TINGAY, D. G. How best to capture the respiratory consequences of prematurity? **Eur Respir Rev.**, United Kingdom, v. 27, p. 1-14, 2018. Disponível em: <https://err.ersjournals.com/content/errev/27/147/170108.full.pdf>. Acesso em: 28 Maio.2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 19 Out.2017.

COOK, S. M. C.; CAMERON, S. T. Social issues of teenage pregnancy. **Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine**, v. 27, n. 11, p. 327–332, 2017. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1016/j.ogrm.2017.08.005>. Acesso em: 27 Jun.2019.

DIAS, B. F.; ANTONI, M. N.; VARGAS, D. Perfil clínico e epidemiológico da gravidez na adolescência: um estudo ecológico. **Arq Catarin Med.**, Florianópolis, v. 49, n. 1, p. 10-22, jan./mar.2020. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/596/394>. Acesso em: 28 Abr.2020.

ERGEN, E. B. et al. Maternal-fetal outcome associated with adolescent pregnancy in a tertiary referral center: a cross-sectional study. **Ginekologia Polska**, v. 88, n. 12, p. 674–678, 2017. Disponível em: https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/GP.a2017.0120/42665. Acesso em: 28 Maio.2020.

FERNANDES, R. C.; HÖFELMANN, D. A. Intenção de amamentar entre gestantes: associação com trabalho, fumo e experiência prévia de amamentação. **Ciênc Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 1061-1072, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n3/1061-1072/pt>. Acesso em: 19 Maio.2020.

FERNANDES, R. F. M. et al. Intercorrências obstétricas que ocorrem durante a gravidez na adolescência. **Cienc Cuid Saude**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-7, jan./mar.2018. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/39057/751375137962>. Acesso em: 22 Out.2018.

FIEDLER, M. W.; ARAÚJO, A.; SOUZA, M. C. C. A prevenção da gravidez na adolescência na visão de adolescentes. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 30-37, jan./mar.2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00030.pdf. Acesso em: 13 Set.2018.

FIGUEIREDO, A. C. M. G. et al. Fatores de risco do baixo peso ao nascer nos municípios de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE). **Rev Ciênc Méd Biol.**, Salvador, v. 14, n. 1, p. 22-29, jan./abr.2015. Disponível em: <https://rigs.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/12549/9789>. Acesso em: 18 Set.2018.

GADELHA, I. P. et al. Determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 21, e42198, 2020. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/49983/1/2020_art_ipgadelha.pdf. Acesso em: 16 Maio.2020.

GAIVA, M. A. M.; FUJIMORI, E.; SATO, A. P. S. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Rev Esc Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 778-786, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103072>. Acesso em: 12 Out.2018.

GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup:S117-S127, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0117.pdf>. Acesso em: 18 Set.2018.

GANCHIMEG, T. et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. **BJOG**, v. 121, Suppl. 1, p. 40-48, 2014. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.12630>. Acesso em: 13 Set.2018.

GOMES, C. B. A. et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, e20170544, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3pLDtXNvjLGJWdFFHM3FQbv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 14 Mar.2022.

GUL, R. et al. Factors determining the consequences of prematurity in a teaching hospital. **JKCD**, v. 8, n. 2, p. 17-22, Jun. 2018. Disponível em: [http://www.jkcd.kcd.edu.pk/issues/June-2018-8-2/JKCD-V8-No2-\(4\).pdf](http://www.jkcd.kcd.edu.pk/issues/June-2018-8-2/JKCD-V8-No2-(4).pdf). Acesso em: 28 Maio.2020.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Características**. Porto Alegre, 2019a. Disponível em: <https://www.hcpa.ufrgs.br/institucional/institucional-apresentacao/institucional-apresentacao-caracteristicas>. Acesso em 01 Jul.2019.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Ginecologia e Obstetrícia**. Porto Alegre, 2019b. Disponível em: <https://www.hcpa.ufrgs.br/assistencia-servicos-medicos-ginecologia-e-obstetricia>. Acesso em 01 Jul.2019.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Neonatologia**. Porto Alegre, 2019c. Disponível em: <https://www.hcpa.ufrgs.br/assistencia-servicos-medicos-neonatologia>. Acesso em 01 Jul.2019.

KAWAKITA, T. et al. Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 29, n. 2, p. 130-136, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886236/>. Acesso em: 24 Maio.2020.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Suppl. S19-S207, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S192-S207>. Acesso em: 02 Dez.2018.

LEAL, M. C. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reprod Health**, v. 13, Suppl 3:127, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073982/>. Acesso em: 04 Jun.2020.

LEE, S. et al. Social Support among Pregnant Adolescent and Young Adults during Prenatal Ultrasound Study in A Single Tertiary Level Hospital. **J Women's Health Care**, v. 7, n. 1, p. 1-5, 2018. Disponível em: <https://www.longdom.org/open-access/social-support-among-pregnant-adolescent-and-young-adults-duringprenatal-ultrasound-study-in-a-single-tertiary-level-hospital-2167-0420-1000411.pdf>. Acesso em 24 Maio.2020.

MACEDO, C. M. et al. Estratégias de enfrentamento da violência doméstica contra adolescentes grávidas: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 71, Supl. 1, p. 741-747, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0693.pdf. Acesso em: 02 Set.2018.

MACHADO, J. L. C. et al. Neonatal outcomes of late preterm and early term birth. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.**, v. 179, p. 204-208, Ago.2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211514002681>. Acesso em 10 Jan.2019.

MACHADO, A. K. F.; MARMITT, L. P.; CESAR, J. A. Prematuridade tardia no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, Recife, v. 16, n. 2, p. 121-128, abr./jun.2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Adriana_Machado6/publication/305747850_Late_preterm_birth_in_the_far_south_of_Brazil_A_population_based_study/links/58a236f645851598bae7a/Late-preterm-birth-in-the-far-south-of-Brazil-A-population-based-study.pdf. Acesso em 10 Jan.2019.

MELO, E. C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Rev Esc Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 540-549, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf. Acesso em: 28 Jan.2019.

MIELE, M. J. O. et al. “Babies born early?” - silences about prematurity and their consequences. **Reproductive Health**, v. 15, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6136169/>. Acesso em 24 Maio.2020.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BR). Secretaria de Educação Básica. **Jovens de 15 a 17 anos no ensino fundamental**: caderno de reflexões. Diretoria de Concepções e Orientações Curriculares para a Educação Básica. Coordenação Geral de Ensino Fundamental. Brasília (DF); 2011. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8301-coef2011-caderno-reflexoes&Itemid=30192. Acesso em: 02 Ago.2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos da Atenção Básica, nº 32. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 24 Abr.2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/06/atencao_saude_recem_nascido_v11.pdf. Acesso em: 29 Abr.2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Informações sobre gravidez na adolescência**. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 10 Jan. 2019.

MORRIS, J. M. et al. Immediate delivery compared with expectant management after preterm pre-labour rupture of the membranes close to term (PPROMT trial): a randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 444-452, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615007242>. Acesso em 04 Jun.2020.

MOTTA, K. M. C.; LINHARES, M. B. M. Perfil das gestantes usuárias de álcool/drogas e os efeitos na saúde e desenvolvimento dos filhos. **Interação Psicol.**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 133-144, jan./abr.2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/35877/29077>. Acesso em: 02 Dez.2018.

OLIVEIRA, A. C. M.; SANTOS, A. A.; MOURA, F. A. Baixo peso, ganho ponderal insuficiente e fatores associados à gravidez na adolescência em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas. **Rev Bras Nutr Clin.**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 159-163, 2015. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/11/13-Baixo-peso-ganho-ponderal.pdf>. Acesso em: 18 Jan.2019.

OLIVEIRA, L. L. et al. Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 382-389, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0382.pdf. Acesso em: 11 Ago.2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. **OMS: cerca de 30 milhões de bebês nascem prematuros por ano no mundo.** Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-cerca-de-30-milhoes-de-bebes-nascem-prematuros-por-ano-no-mundo/>. Acesso em: 28 Maio.2020.

OPAS-BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha Informativa - Mortalidade Materna.** Brasília-DF, Brasil. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 28 Mar.2020.

PESSOA, T. A. O. et al. O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. **Av Enferm.**, Colômbia, v. 33, n. 3, p. 401-411, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a08.pdf>. Acesso em: 13 Set.2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck; revisão técnica: Karin Viegas, Priscila Schmidt Lora, Sandra Maria Cezar Leal; tradução: Maria da Graça Figueiró da Silva Toledo. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 769p.

PORCIUNCULA, M. B. et al. Contexto da atenção pré-natal na prematuridade tardia. **Rev Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, e18040, p. 1-6, 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/170605>. Acesso em: 09 Jan.2019.

SALGE, A. K. M. et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev Eletr Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 642-646, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a23.pdf>. Acesso em: 28 Jan.2019.

SANTOS, N. L. A. C. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciênc Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, mar.2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n3/719-726/pt>. Acesso em 09 Jan.2019.

SANTOS, L. A. V. et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev.2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n2/617-625/>. Acesso em: 28 Jan.2019.

SETUMBA, M. J. et al. Mortalidade em recém-nascidos de baixo peso ao nascer: limites e desafios para o acesso universal. **Portuguese Journal of Public Health**, Lisboa, Portugal, v. 36, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/493959#ref3>. Acesso em 28 Maio.2020.

SILVA, R. A. R. et al. Conhecimento de estudantes adolescentes sobre transmissão, prevenção e comportamentos de risco em relação as DST/HIV/AIDS. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 5054-5061, out./dez. 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3634/pdf>. Acesso em: 09 Jan.2019.

SILVA, M. J. P. et al. Planejamento da gravidez na adolescência. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 24, e59960, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59960>. Acesso em: 28 Abr.2020.

SOARES, L. S. et al. Estilo de vida e riscos à saúde de adolescentes e jovens. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1025-1030, jul./set. 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6860/pdf>. Acesso em: 28 Abr.2020.

SOCOLOV, D. G. et al. Pregnancy during Adolescence and Associated Risks: An 8-Year Hospital-Based Cohort Study (2007–2014) in Romania, the Country with the Highest Rate of Teenage Pregnancy in Europe. **BioMed Research International**, 1-8, 2017. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/9205016/abs/>. Acesso em: 28 Jun.2019.

SOUSA, C. R. O. et al. Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. **Cad Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 160-169, Jun.2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n2/1414-462X-cadsc-26-2-160.pdf>. Acesso em: 28 Jan.2019.

SOUZA, M. L. et al. Fertility rates and perinatal outcomes of adolescent pregnancies: a retrospective population-based study. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 25, e2876, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2876.pdf. Acesso em: 28 Mar.2020

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>. Acesso em 13 Mar.2019.

TUNÇALP, Ö. et al. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. **BJOG**, v. 122, p. 1045–1049, 2015. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.13451>. Acesso em: 13 Mar.2019.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Níveis e tendências em mortalidade infantil**: estimativas desenvolvidas pelo grupo interinstitucional da ONU para estimativa da mortalidade infantil. UNICEF, 2017. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_relatorios/child_mortality_report_unicef_2017.pdf. Acesso em: 28 Maio.2020.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Saúde**: situação no Brasil. UNICEF, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/saude>. Acesso em: 28 Maio.2020.

VANIN, L. K. Fatores de risco materno-fetais associados à prematuridade tardia. **Rev Paul Pediatr.**, São Paulo, v. 38, p. 1-8, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rpp/v38/pt_1984-0462-rpp-38-e2018136.pdf. Acesso em 28 Maio.2020.

VAZ, R. F.; MONTEIRO, D. L. M.; RODRIGUES, N. C. P. Trends of teenage pregnancy in Brazil, 2000-2011. **Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v. 62, n. 04, P. 330-335, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v62n4/0104-4230-ramb-62-4-0330.pdf>. Acesso em: 30 Abr.2020.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup. S85-S100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>. Acesso em: Acesso em 15 Mar.2019.

VOGEL, J. P. et al. Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. **BJOG**, v. 121, Suppl. 1, p. 76–88, 2014. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.12633>. Acesso em: 15 Mar.2019.

WHO. World Health Organization. **World Health Statistics**. Geneva, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/82058/WHO_HIS_HSI_13.1_eng.pdf;jsessionid=9E77799DA3DC52C50AF71E3447433EF3?sequence=1. Acesso em: 12 Out.2018.

WHO. World Health Organization. **Adolescent health**. Geneva, 2017. Disponível em: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/. Acesso em: 09 Out.2018.

WHO. World Health Organization. **Preterm birth**. Geneva, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em 01 Nov.2021.

WHO. World Health Organization. **Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn**. Geneva, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515887>. Acesso em 10 Nov.2021.

WHO. World Health Organization. **Adolescent pregnancy**. Geneva, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Acesso em: 18 Maio.2020.

APÊNDICE A - Instrumento para coleta e organização dos dados

TÍTULO DA PESQUISA: Análise dos fatores gestacionais de mães adolescentes associados ao nascimento de recém-nascidos pré-termo

FATORES MATERNS

I) FATORES RELACIONADOS AOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Idade materna:

- () 13 a 16 anos
() 17 a 19 anos

Raça/cor:

1. Branca
2. Não branca

Município de procedência:

1. Residente no município de Porto Alegre (RS)
2. Residente em outros municípios

Qual: _____.

Escolaridade:

1. Adequada para a idade
2. Inadequada para a idade

- Nesta categorização utilizou-se a classificação do Ministério da Educação como referência, na qual o ensino fundamental deve ser realizado entre 7 e 14 anos, o ensino médio entre 15 e 17 anos e o ensino superior entre 18 e 24 anos de idade (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2011).

Situação Conjugal (independente do registro civil):

1. Com companheiro
2. Sem companheiro

Ocupação:

1. Com ocupação
2. Sem ocupação

- Para esta categorização foi considerada a atividade exercida pela adolescente até o momento do parto, seja com relação aos estudos ou ao trabalho remunerado.

II) FATORES RELACIONADOS A HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR:**Gestações anteriores:**

1. Primigesta
2. Multigesta

Paridade:

1. Primípara
2. Multípara

Parto vaginal anterior:

1. Sim
2. Não

Parto cesáreo anterior:

1. Sim
2. Não

História prévia de aborto:

1. Sim
2. Não

III) FATORES RELACIONADOS A GESTAÇÃO ATUAL:

Data do parto: ____/____/____.

Idade gestacional no momento do parto: _____ semanas e _____ dias.

1. Até 28 semanas
2. 28 a 33 semanas e 6 dias
3. 34 a 36 semanas e 6 dias
4. 37 a 41 semanas e 6 dias
5. 42 semanas e mais

Número de consultas pré-natal: _____ consultas.

Acompanhamento pré-natal:

1. Adequado para idade gestacional.
2. Inadequado para idade gestacional.

- Para a categorização da variável *acompanhamento pré-natal*, baseou-se no número mínimo de consultas pré-natal para a IG, recomendado pela OMS e Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Para tanto, foi classificado como pré-natal adequado para IG a mãe que apresentasse: duas consultas até 26 semanas de gestação, três consultas até 32 semanas, quatro consultas até 37 semanas, cinco consultas com 38 semanas e seis

consultas ou mais quando 39 semanas ou mais de gestação. A categorização se baseou no número total de consultas pré-natal, sendo ignorada a IG quando a mãe iniciou o pré-natal, pelo fato desta informação não estar disponível.

Tipo de parto:

1. Vaginal
2. Cesáreo

Tipo de gravidez:

1. Única
2. Múltipla

Fatores de risco:

1. Sim
2. Não

- Os fatores de risco se referem a uma condição materna ou fetal identificada durante a gestação e que são passíveis de causar desfechos adversos no recém-nascido. Os fatores de risco podem ser uma comorbidade ou condição clínica apresentada pela mãe, como pré-eclâmpsia, eclâmpsia, ruptura prematura de membranas, perda de líquido e/ou sangramento, diabetes mellitus gestacional, infecções sexualmente transmissíveis, dentre outras. Também foi considerado fator de risco qualquer condição clínica identificada no feto durante a gestação.

Intercorrências no momento do parto:

1. Sim
2. Não

Qual(is): _____.

FATORES NEONATAIS

Idade gestacional: _____ semanas.

Prematuridade:

1. Sim
2. Não

Sexo:

1. Feminino
2. Masculino

Peso ao nascer: _____ g.

1. < 2.500g
2. ≥ 2.500 g

Adequação peso/idade gestacional:

1. Pequeno para idade gestacional
2. Adequado para idade gestacional
3. Grande para idade gestacional

Índice de Apgar 1º minuto:

1. < 7
2. ≥ 7

Índice de Apgar 5º minuto:

1. < 7
2. ≥ 7

Reinternação hospitalar dentro de 28 dias:

1. Sim
2. Não

CID da reinternação hospitalar: _____.

Desfecho da reinternação hospitalar:

1. Alta hospitalar
2. Óbito

ANEXO A

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS FATORES GESTACIONAIS DE MÃES ADOLESCENTES ASSOCIADOS AO NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

Pesquisador: Maria Luzia Chollopetz da Cunha

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 36972220.8.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.812.039

Apresentação do Projeto:

A gravidez na adolescência perpassa fatores clínicos, considerando que questões sociais, econômicas e culturais causam grandes impactos que podem ser positivos ou negativos para o estado de saúde materno e fetal, já que o crescimento materno impõe necessidades que se somam às necessidades da gestação. Considera-se a gravidez na adolescência como um dos principais fatores de morbidade, mortalidade e pobreza materna e infantil, além de resultar numa maior proporção de recém-nascidos de baixo peso, prematuros e com condições neonatais graves, associadas a altas taxas de mortalidade. Sabendo da associação dos fatores gestacionais de mães adolescentes para o aumento nas taxas de nascimentos de recém-nascidos prematuros, acredita-se que a análise da influência dos fatores de risco maternos nos desfechos adversos de recém-nascidos de mães adolescentes possa contribuir para uma adequada assistência de Enfermagem e para um prognóstico positivo no período pós-natal, como a redução da morbimortalidade materna, neonatal e infantil. O objetivo geral do estudo é analisar os fatores de risco gestacionais de mães adolescentes associados ao nascimento de recém-nascidos pré-termo. Método: Trata-se de um estudo quantitativo transversal, que será desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A população da pesquisa será composta pelas mães adolescentes e seus recém-nascidos pré-termo, nascidos no período de dois anos consecutivos, que compreende de 01 de agosto de

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.812.039

2018 a 31 de julho de 2020. Para a amostra será solicitada uma query dos prontuários de todas as mães adolescentes e seus recém-nascidos. Considerando um nível de confiança de 95% e um erro de 5%, estimou-se uma amostra de 196 binômios de mães adolescentes e filhos pré-termos (software Winpepi, versão 11.65). Para a coleta de dados, será solicitada uma query ao banco de dados do Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde. Além disso, será realizada uma coleta de dados nos prontuários das mães e de seus recém-nascidos, por meio de um formulário de coleta de dados, a fim de coletar outras variáveis pertinentes ao estudo e que não há como disponibilizá-las através da query. As variáveis do estudo referem-se aos fatores maternos e neonatais. Os dados serão analisados por meio do software Statistical Package for the Social Sciences, versão 22.0. Será realizada análise descritiva dos dados. As variáveis categóricas serão expressas em frequência absoluta e frequência relativa. Para análise dos dados será aplicado o Teste de Normalidade. Em caso de distribuição normal, serão aplicados os testes paramétricos Teste F - ANOVA ou Teste "t" de student. Caso o Teste de Normalidade resulte em distribuição não normal, serão aplicados os testes não paramétricos Qui-Quadrado e Wilcoxon. O estudo terá um Termo de Compromisso para uso de dados institucionais e serão respeitados os demais preceitos éticos, em obediência à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os fatores de risco gestacionais de mães adolescentes associados ao nascimento de recém nascidos pré-termo.

Objetivo Secundário:

Determinar associações entre fatores maternos e a ocorrência de nascimento de recém-nascidos pré-termo;

Verificar a incidência de fatores de risco gestacionais presentes nas mães adolescentes;

Identificar os principais desfechos clínicos nos recém-nascidos de mães adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não são conhecidos riscos ou desconfortos pela participação na pesquisa, pois a coleta de dados será realizada a partir de consulta aos prontuários dos participantes.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.812.039

Benefícios:

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa não serão benefícios diretos, porém, poderá contribuir para o conhecimento da temática da saúde perinatal e na detecção das necessidades de saúde de gestantes adolescentes, a fim de subsidiar intervenções voltadas para a redução do risco de agravos maternos e neonatais, além de direcionar os gestores de saúde ao fortalecimento das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos nessa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda 1 com a seguinte justificativa:

Submetemos uma emenda ao projeto de pesquisa intitulado "Análise dos fatores gestacionais de mães adolescentes associados ao nascimento de recém-nascidos pré-termo", da aluna de doutorado do PPG Enfermagem Camila Amthauer, sob orientação da Profa. Dra. Maria Luzia Chollopetz da Cunha. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no dia 07 de Outubro de 2020, com parecer de aprovação número do CAAE 36972220.8.0000.5327. Entretanto não iniciou devido ser um estudo retrospectivo em prontuários. Esta emenda foi criada para atender a Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais (LGPD). Portanto, o método de coleta de dados foi alterado para uma query desidentificada, ou seja, totalmente anonimizada, sem nomes dos participantes e sem números de prontuários. As pesquisadoras estão assinando a declaração de conhecimento e cumprimento da LGPD para pesquisas avaliadas pelo CEP/HCPA. As alterações realizadas no projeto de pesquisa são de cunho metodológico, as quais estão sinalizadas em amarelo na nova versão do projeto. Solicitamos a query desidentificada dos participantes nos anos de 2019 e 2020.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras informam que a emenda prevê coleta de dados por meio de query desidentificada, ou seja, totalmente anonimizada, a qual não serão necessários os nomes ou números de prontuários dos participantes incluídos no estudo. Apresentam Declaração de Conhecimento e Cumprimento da LGPD assinada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda está em condições de aprovação.

Variáveis que serão solicitadas por meio de query desidentificada:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.812.039

a) Dados sociodemográficos maternos: idade materna, raça/cor, município de procedência, escolaridade, estado civil, profissão; b) Fatores maternos relacionados a história reprodutiva anterior: número de gestações anteriores, malformação, número de partos vaginais e/ou cesarianas anteriores; c) Fatores maternos relacionados a gestação atual: data do parto, idade gestacional, tipo de parto, tipo de gestação (única ou múltipla), número de consultas pré-natais, ganho ponderal inadequado, ruptura prematura de membranas, polidrâmnio ou oligodrâmnio, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, condição nutricional (desnutrição, baixo peso, peso adequado, sobrepeso ou obesidade); d) Fatores neonatais: idade gestacional, sexo, prematuridade, peso ao nascer, índice de Apgar no primeiro minuto, índice de Apgar no quinto minuto, malformação congênita (qual), CID internação ao nascimento, óbito neonatal, reinternação hospitalar dentro de 28 dias, CID da reinternação hospitalar, CID da reinternação hospitalar (alta/óbito).

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1782857_E1.pdf	27/06/2021 10:19:10		Aceito
Outros	Declaracao_LGPD_Hcpa.pdf	27/06/2021 10:16:35	Camila Amthauer	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_NOVA_EMENDA.pdf	27/06/2021 10:15:43	Camila Amthauer	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAGHUSEPESQUISA.pdf	27/06/2021 10:14:10	Camila Amthauer	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/09/2020 17:26:27	Camila Amthauer	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_assinada.pdf	25/08/2020 20:28:37	Camila Amthauer	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.812.039

PORTO ALEGRE, 28 de Junho de 2021

Assinado por:
Têmis Maria Félix
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

ANEXO B



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HCPA

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO E CUMPRIMENTO DA LEI GERAL DE
PROTEÇÃO DE DADOS PARA PESQUISAS AVALIADAS PELO CEP HCPA

Título do projeto: Análise dos fatores gestacionais de mães adolescentes associados ao nascimento de recém-nascidos pré-termo.

Os pesquisadores declaram conhecer e cumprir os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) quanto ao tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis que serão utilizados para a execução do presente projeto de pesquisa.

Declaram estar cientes que o acesso e o tratamento dos dados deverão ocorrer de acordo com o descrito na versão do projeto aprovada pelo CEP HCPA.

Nome

Assinatura

Maria Luzia Chollopetz da Cunha

Camila Amthauer

Data 25/06/2021