



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

MAYARA DAS CHAGAS SOARES

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA**

CAJAZEIRAS – PB  
2020

MAYARA DAS CHAGAS SOARES

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica em Enfermagem - UAENF, do Centro de Formação de Professores - CFP, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Me. Symara Abrantes A. de Oliveira Cabral

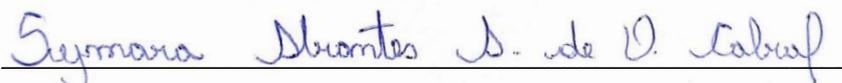
**MAYARA DAS CHAGAS SOARES**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica em Enfermagem - UAENF, do Centro de Formação de Professores - CFP, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 24 de novembro de 2020

**Banca examinadora:**



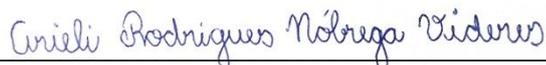
**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral**  
**(Orientadora)**

**Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/CFP/UAENF**



**Prof<sup>ª</sup>. Esp. Rozane Pereira de Sousa**  
**(Membro examinador)**

**Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/CFP/UAENF**



**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres**  
**(Membro examinador)**

**Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/CFP/UAENF**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764  
Cajazeiras - Paraíba

S676g Soares, Mayara das Chagas.  
Gravidez na adolescência: um desafio para a saúde pública / Mayara das Chagas  
Soares. - Cajazeiras, 2020.  
51f.: il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Symara Abrantes A. de Oliveira Cabral.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2020.

1. Gravidez na adolescência. 2. Atenção integral. 3. Complicações na gravidez. 4.  
Gestação. 5. Saúde pública. I. Cabral, Symara Abrantes A. de Oliveira. II.  
Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV.  
Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 618.2-053.6

SOARES, Mayara das Chagas. **Gravidez na adolescência: um desafio para saúde pública**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2020.

A adolescência é marcada por diversas mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais do indivíduo. Nesta fase há o início das relações afetivas que muitas vezes tem como consequência a gestação, sendo essa um problema de saúde pública desde a década de 1990 visto um aumento desse índice. Objetivou-se analisar a problemática da gravidez na adolescência no contexto brasileiro. Trata-se de um estudo do tipo ecológico, exploratório, descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa dos dados. O estudo foi realizado por meio dos dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos e Sistema de Informações Hospitalares, avaliando os partos de grupos de idade menor de 10 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos entre os anos 2008 a 2018. Em seguida foi criado gráficos e tabelas para a análise e apresentação dos dados sendo comparadas com a literatura disponível. O estudo utilizou dados secundários de acesso público, portanto os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que permite a coleta de informações nas bases de dados de domínio público foi respeitado. Observou-se que 18,5% das gravidezes nos anos analisados correspondem a mães adolescentes e há um predomínio de gestações nas idades de 15 a 19 anos, instrução de 8 a 11 anos, representando o ensino fundamental, meninas solteiras e de cor/raça parda. O perfil da gravídico-puerperal evidenciado foi uma gestação a termo, única, parto vaginal, com 7 ou mais consultas pré-natais e sem anomalias congênitas. O perfil do RN mostrado com apgar no primeiro e quinto minuto acima de 8 pontos e com peso acima de 3000g. Portanto, de acordo com os resultados percebe-se a necessidade de um olhar diferente para essa categoria, tanto pelos gestores quanto pelos profissionais, visto que há uma resistência por parte das meninas para a realização do pré-natal devido ao medo, vergonha, constrangimento e as vezes até insultos pelos profissionais.

**Palavras-chave:** Gravidez na Adolescência; Atenção Integral; Complicações na Gravidez.

Adolescence is marked by various physiological, psychological and social changes of the individual. In this phase there is the beginning of the affective relationships that often has as consequence the gestation, this is a public health problem since the 1990s seen an increase of this index. The aim was to analyze the problem of pregnancy in adolescence in the Brazilian context. This is an ecological, exploratory, descriptive, retrospective study with a quantitative approach to data. The study was carried out through data from the Information System for Live Births and Hospital Information System, evaluating the births of groups under 10 years, 10 to 14 years and 15 to 19 years between the years 2008 to 2018. Then it was created charts and tables for the analysis and presentation of the data being compared with the available literature. The study used secondary public access data, therefore the ethical precepts established by Resolution No. 510/2016 of the National Health Council that allows the collection of information in public domain databases was respected. It was observed that 18.5% of pregnancies in the years analyzed correspond to adolescent mothers and there is a predominance of pregnancies in the ages of 15 to 19 years, instruction from 8 to 11 years, representing the fundamental education, single girls and of color/parda race. The evidenced gravidico-puerperal profile was a single term pregnancy, vaginal delivery, with 7 or more prenatal consultations and no congenital abnormalities. The profile of the RN shown with apgar in the first and fifth minute above 8 points and weighing above 3000g. Therefore, according to the results one realizes the need for a different look at this category, both by managers and professionals, since there is a resistance on the part of girls to the realization of prenatal care due to fear, shame, embarrassment and sometimes even insults by professionals.

Keywords: Pregnancy in Adolescence; Integral attention; Complications in pregnancy.

*“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”.*

José de Alencar

Dedico este trabalho a minha mãe Cicera, a mulher mais guerreira e incrível desse mundo, sem ela não chegaria até aqui.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, pela força diária concebida a r desde o primeiro dia de aula. Sair de casa, conhecer uma nova cidade a princípio me pareceu algo empolgante, porém com o passar dos dias, a solidão e a saudade tomaram de conta do meu dia a dia e em diversas vezes quis desistir. Não foi fácil chegar até aqui, existiram muitos percalços tanto na faculdade quanto na minha vida pessoal que me desanimaram muitas vezes. Porém nunca estive sozinha, a minha mãe tenho toda gratidão possível, pessoa que fez o impossível para que eu chegasse até aqui, que me deu apoio e até mesmo sem saber trouxe paz para os dias mais difíceis. A minha segunda mãe, tia Elisa que me acolheu em sua casa, fez tudo que podia para que eu me sentisse a vontade, me deu mais que um lar, me deu um amor que eu não acreditava ser possível. A você meu amor toda a minha gratidão, sabes que estarei sempre aqui para o que precisar. A minha prima Isabelle, que abriu mão da sua privacidade para dividir seu quarto por um longo tempo. A Paulinho que fez muito por mim sem ter obrigação nenhuma de me dar esse apoio, seu coração é enorme, obrigada por tudo.

A minha turma XXIII, que cada um com seu jeitinho me acolheram e apoiaram nessa caminhada. Foram momentos, com certeza, inesquecíveis e que guardarei para sempre no coração cada um de vocês. Em especial a Maria Clara, Yasmin e Michelle, pessoas que dividi muitas angústias nos trabalhos de cada dia. A minha panelinha do grupo “é nois” Pedro, Beatriz, Paulo e Valéria muito obrigada por tudo. Por serem tão parceiros, pelos risos e por estarem do meu lado sempre, contem sempre comigo. Apesar da vida nos levar para outros lugares, outras experiências saibam sempre poderão me procurar para o que precisarem, aqui é para vida. E minha primeira amiga na universidade, Valéria preciso expressar o quanto orgulho eu tenho de você, ver a sua evolução como pessoa e como acadêmica me deixa muito feliz. As portas do meu coração e da minha casa sempre estarão abertas para você.

À Thalia, Beatriz Freitas, Luana e Williane, muito obrigada por me deixarem dividir o nosso “larzinho”, foram bons anos de muita risada, angústias e com certeza muito amor.

Aos meus professores, que tive a hora de conhecer e que contribuíram cada um à sua forma para a minha formação, em especial a Rafaela Oliveira, Marcelo Costa, Kennia Abrantes, Antônio Humberto, Arydyjany Gonçalves, Edineide Nunes, Gildemberton Rodrigues e Sávio Benvindo, vocês são incríveis. Muito obrigado!

A minha orientadora Symara Abrantes, serei eternamente grata pelos puxões de orelha, pela cobrança e pela dedicação a este trabalho, apesar de não termos tido contato em sala de aula, contribuiu demais para minha chegada até aqui. Obrigada por tudo!

A minha banca examinadora, professoras Rozane Pereira e Arieli Nobrega, obrigada por se dedicarem a avaliação desde trabalho, fiz com muito carinho e espero que gostem.

Agradeço a mim, por me descobrir uma grande mulher, cheia de sonhos, cheia de força para enfrentar o dia a dia, as bondades e as dificuldades de ser adulta, pela alegria sempre vim depois de uma noite de lágrimas. Queria poder descrever em palavras esse momento, mas escreveria páginas e não conseguiria expressar meus sentimentos. Deus sabe de tudo, sabe o momento de tudo e de forma alguma me arrependerei das escolhas que fiz até hoje, definitivamente tudo aconteceu como deveria, portanto, sou muito grata, hoje sei que posso enfrentar qualquer desafio e que serei sim, sempre vencedora.

A todos que não consegui citar, mas que fizeram parte dessa longa e incrivelmente curta jornada, obrigada por fazerem parte da minha vida, pelo apoio e por me fazerem mais feliz. Ninguém passa à toa pela nossa vida, sempre deixam um carinho, uma frase, um momento, um ensinamento que contribui para a pessoa que nos tornamos. A todos o meu muito obrigada!

## LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FSH	Hormônio Folículo-Estimulante
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IST'S	Infecções Sexualmente Transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LH	Hormônio Luteinizante
MS	Ministério da Saúde
RN	Recém-Nascido
PSE	Programa Saúde na Escola
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> – Distribuição (frequência relativa) das gravidezes por grupos de idades (2008-2018) .....	27
<b>FIGURA 2</b> – Distribuição nacional (frequência relativa) da gravidez na adolescência por grupos de idades (2008-2018). a) meninas menores de 10 anos; b) meninas com idade entre 10 e 14 anos; c) meninas com idade entre 15 e 19 anos.....	28
<b>FIGURA 3</b> – – Distribuição (frequência relativa) de gravidezes por ano de acordo com a idade da mãe.....	30
<b>FIGURA 4</b> – Relação de instrução da mãe entre os anos de 2008 a 2018.....	31
<b>FIGURA 5</b> – Distribuição (frequência relativa) do estado civil da mãe.....	32
<b>FIGURA 6</b> – Relação da duração da gestação de acordo com a idade da mãe..	33
<b>FIGURA 7</b> – Relação entre o tipo de gravidez com a idade da mãe.....	35
<b>FIGURA 8</b> – Relação entre o tipo de parto com a idade da mãe.....	36
<b>FIGURA 9</b> – Relação entre consultas pré-natal com a idade da mãe.....	37
<b>FIGURA 10</b> – Relação entre cor/raça e idade da mãe.....	38
<b>FIGURA 11</b> – Frequência relativa da presença de anomalia congênita relacionado a idade da mãe.....	39
<b>FIGURA 12</b> – Distribuição (frequência relativa) de mortalidade materna decorrente de gravidez entre os anos 2008 a 2018 de acordo com a idade da mãe .....	40
<b>FIGURA 13</b> – Distribuição (frequência relativa) de tempo de internação entre os anos 2008 a 2018 de acordo com a idade da mãe.....	42

## **LISTA DE TABELAS**

**TABELA 1** - Condições de nascimento de RNs de progenitoras adolescentes..... 43

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
2.1 GERAL .....	16
2.2 ESPECÍFICOS .....	16
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>17</b>
3.1 A ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO BIOPSISSOCIAL .....	17
<b>3.1.1 Sexualidade e adolescência</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1.2 Vulnerabilidades e o impacto para gravidez na adolescência</b> .....	<b>19</b>
3.2 OS IMPACTOS PROVOCADOS PELA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	20
<b>3.2.1. As interfaces legais, biológicas e sociais do aborto no Brasil</b> .....	<b>21</b>
3.3 PLANEJAMENTO FAMILIAR E EDUCAÇÃO SEXUAL NO BRASIL .....	22
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>24</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	24
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	25
4.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	25
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	25
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>25</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>44</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é marcada por diversas mudanças físicas, emocionais e sociais na vida da mulher, envolvendo processos de relações afetivas e psicológicas na sua vida. Durante a puberdade há alterações físicas no corpo, como crescimento dos pés e das mãos, altura, aparecimento do broto mamário, menarca, nascimento dos pelos na genitália e nas axilas. Além das mudanças de humor, sentimentos e do modo de ver o mundo (ALMEIDA *et al.* 2017).

Nessa fase os jovens estão se preparando para a fase adulta que envolve outros processos sociais e relacionais, dentre os quais a universidade, emprego, carreira e primeiros relacionamentos amorosos. Entretanto, segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2015, 18% dos nascidos vivos eram filhos de mães adolescentes, cerca de 400 mil casos/ano (BRASIL, 2017).

Segundo o mesmo autor a gravidez para uma adolescente muito jovem é considerada de alto risco. Nos casos de menores de 16 anos ou ocorrência da menarca com menos de dois anos pois, há uma competição biológica entre a mãe e o feto, devido a mãe estar em fase de crescimento com altura inferior a 1,5 m ou peso inferior a 45 kg, são comuns casos de pré-eclâmpsia, gravidez gemelar, complicações durante o parto, além da tentativa de aborto e uso de drogas que podem estar associadas (BRASIL, 2012).

De acordo com estudos de Rasmussen *et al.* (2011), existem diversas causas que levam à gravidez nos primeiros anos da vida reprodutiva: casualidade, inocência, submissão, violência, dificuldade de conseguir métodos contraceptivos, dificuldade em negociar o uso do preservativo, desejo pela maternidade, expectativas de mudança de status social e de obtenção de autonomia.

Embora as estratégias de prevenção à gravidez na adolescência tenham evoluído, ainda permanecem dúvidas e preconceitos mesmo entre profissionais de saúde. A timidez e o medo do julgamento do profissional são motivos frequentes para a não procura do preservativo ou anticoncepcional oral ou injetável (BRASIL, 2018). No entanto, o desenvolvimento sexual acontece durante a puberdade e adolescência, portanto é necessário a intervenção de profissionais de saúde, promovendo um cuidado integral, independentemente da idade do paciente ou de suas crenças pessoais.

Ainda há muitos tabus e medos envolvendo as adolescentes e a relação sexual, o que implica na limitação do conhecimento sobre a saúde sexual e de seus direitos. Principalmente quando não existe um diálogo com os pais, pelo contrário, há a imposição do medo nas meninas

para que não tenham relações, dificultando o acesso aos métodos contraceptivos. Fala-se muito na quebra de estigmas da sexualidade, de ser algo que precisa ser conversado desde o início da adolescência, porém na prática observa-se adultos, pais que não tem abertura ou coragem de conversar com os filhos sobre algo inerente ao crescimento e desenvolvimento do jovem (MARANHÃO *et al.*, 2017; FEBRASGO, 2017)

Arelados a tais fatores, ainda há aspectos culturais, crenças, baixa escolaridade, violência, ou até mesmo a vergonha de comprar ou buscar nas farmácias básicas o preservativo, que resulta facilmente na prática desprotegida e leiga. Mendes *et al.* (2018) apontam que a falta de educação sexual formal e estruturada pelas escolas implica negativamente na vida de jovens e adolescentes. De tal modo, estima-se que o sexo desprotegido é uma significativa causa para a elevação dos casos de jovens de 10 a 24 anos estarem expostas a gravidezes e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).

Importante se faz considerar que o conhecimento sobre os métodos contraceptivos e suas formas de utilização, no entanto, não resultam em práticas seguras. Estudos evidenciam que as informações sobre contracepção e os problemas envolvidos no exercício sexual são, com frequência, assunto entre os jovens em contextos diversos. Apesar da disponibilidade das informações ainda é insuficiente o conhecimento sobre os métodos contraceptivos, seu uso e efeitos colaterais (DELATORRE; DIAS, 2015).

A gravidez na adolescência traz à tona fatores como vulnerabilidade social, desconhecimento dos métodos contraceptivos e índices relevantes acerca de IST's, além de ser um fato crescente e preocupante relacionado a saúde pública do país, constituindo-se, pois, motivação para este trabalho. Nesta dessa perspectiva, este estudo tem como pergunta norteadora: qual o contexto epidemiológico que envolve a gravidez na adolescência no Brasil?

Acredita-se que a gravidez na adolescência seja uma crescente e uma preocupante realidade no Brasil. Acredita-se, ainda, que as condições de nascimentos sejam menos favoráveis em tais contextos. Outra hipótese diz respeito aos desfechos maternos, que podem vir a apresentar piores condições nas mães adolescentes.

Para confirmar ou refutar tais hipóteses, propõe-se uma pesquisa ecológica, exploratória, com base nos dados dos Sistemas de Informação do MS, conforme especificado na metodologia do presente estudo.

A partir dos resultados será possível melhor compreender a dinâmica da gravidez na adolescência no Brasil e, assim, possibilitar aos gestores e profissionais subsídios para o

planejamento estratégico adequado. É ainda relevante a possibilidade de explicitar dados que possam suscitar futuras pesquisas na área.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Analisar a problemática da gravidez na adolescência no contexto brasileiro.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Descrever o contexto da gravidez na adolescência no cenário nacional;
- Identificar os desfechos gestacionais e neonatais da gravidez na adolescência;
- Avaliar o acompanhamento pré-natal da grávida adolescente quanto ao número de consultas.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO BIOPSIKOSSOCIAL

A adolescência é a fase inicial para o processo de descobrimento do corpo, envolvendo, sobretudo, mudanças hormonais e físicas. É um período no qual o indivíduo conhece novos sentimentos, sensações e os prazeres do corpo, deixando a infância e construindo sua personalidade e identidade próprias. O início da prática da masturbação acontece no início da adolescência, introduzindo a prática sexual (FONTENELE; MIRANDA, 2017).

A puberdade é marcada por crescimento de pelos nas axilas, genitália, braços e pernas, aumento da produção de testosterona, incitando o desejo sexual, crescimento rápido, aumento da força e, conseqüentemente, o aparecimento de acne. Há uma variação de acordo com o sexo e a própria genética, mas no geral ocorre para todos. Para as meninas há o crescimento do busto, alargamento do quadril, acúmulo de gordura e a menarca. Já para os meninos há o crescimento do pênis e testículos, alargamento dos ombros, ereção e ejaculação, e a voz se torna mais grossa (BRASIL, 2018).

Ainda para as meninas, a primeira menstruação, ou seja, menarca, é o marco da maturidade reprodutiva. A idade que ocorre varia de mulher para mulher, levando em consideração diversos fatores como: genética, nutrição, estado geral de saúde física e mental. Ao alcançar a puberdade, cada ovário tem cerca de 400 mil folículos que serão maturados ao longo da vida reprodutiva. Alguns hormônios estão envolvidos no processo de ovulação e menstruação, o Hormônio Folículo-estimulante (FSH) e Hormônio Luteinizante (LH) são responsáveis pelo amadurecimento do óvulo e a liberação para a fecundação. Quando não ocorrida, os marcadores de FSH e LH baixam e estabilizam causando a menstruação. Importante salientar que a maturidade reprodutiva não ocorre juntamente com a maturidade psicossocial (GEMELLI; FARIAS; SPRITZER, 2020).

Obviamente cada ser humano passa por esse processo de forma diferenciada. Alguns mais intensos em todas as sensações e mudanças, outros agem de forma natural, de modo que nem chegam a se dar conta dessa transição em sua vida. Acontece que tudo a sua volta irá influenciar suas reações a cada novidade. Seu status social, sua família, amigos, convicções,

estrutura física e emocional, ou seja, é tudo único para cada ser (FONTENELE; MIRANDA, 2017).

Socialmente e culturalmente, a masculinidade e a feminilidade se construíram ao longo dos séculos de formas opostas. Enquanto o homem deveria garantir o sustento e o bem-estar de sua companheira, não lhe deixando faltar nada, provendo uma família próspera, a mulher, por sua vez, se tornaria a cuidadora do lar e dos filhos, educando-os conforme a vontade do pai. Nas últimas décadas é possível observar uma mudança gradual desse estilo de vida. O empoderamento feminino surge para desmistificar o papel da mulher na sociedade, visto que ela é tão capaz quanto o homem (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Fruto disso, as adolescentes do século XXI crescem, ao longo da sua vida escolar, pensando em profissões e carreiras, buscando independência e um lugar de destaque, seja em qualquer área que se proponha. Assim como as regras para a prática sexual, que antes deveria ser exclusivamente após o casamento e hoje a mulher tem autonomia para escolher com quem, quando e onde desejam realizá-la. Esse fato também influenciou para que o sexo viesse a acontecer cada vez mais precocemente na vida dos jovens, muitas vezes por impulsividade, levando a consequências desagradáveis (VASCONCELOS *et al.* 2016).

É crucial compreender que a sexualidade é intrínseca ao processo de amadurecimento físico e psicossocial do adolescente e vem mudando ao longo dos anos. De tal modo, sendo eles uma população vulnerável em suas relações sexuais e emocionais, se torna importante compreender essa relação para viabilizar estratégias que os levarão a boas práticas sexuais (HIGA *et al.*, 2015).

### **3.1.1 Sexualidade e adolescência**

Para Michel Foucault (1988), a sexualidade está sempre sob a ótica da repressão, exemplificando as crianças que são cientes que não podem falar e devem fechar olhos e ouvidos sobre o tema. Tal pensamento continua presente nos dias de hoje. Falar sobre sexo e sexualidade é muito difícil para muitas pessoas, causando, muitas vezes, um sentimento de vergonha e infâmia. Para ele a sexualidade é construída ao longo do tempo, e envolve um caráter social, ou seja, irá variar de acordo com a cultura, do contexto e das relações sociais do indivíduo

Já Freud (1905) afirma que a sexualidade deve ser trabalhada desde a infância, e não apenas na adolescência, estando interligada com as primeiras necessidades físicas e fisiológicas do indivíduo. Para ele a sexualidade está ligada a sensação de prazer, não apenas na região

genital, mas em toda ação que cause prazer, ocorrendo muitas vezes de forma involuntária. Esse pensamento foi bastante criticado ao longo do tempo, principalmente sob a ótica de conservadores e da igreja.

Importante considerar que existe uma confusão quando se fala em sexualidade, muitos atribuem erroneamente a relações sexuais. O primeiro está relacionado a buscar um amor, ter intimidade e contato com o outro, ou seja, interações sociais entre humanos e não o ato sexual em si. A construção da sexualidade se constrói através das relações sociais do indivíduo durante sua infância até a puberdade, se permeando ao longo da vida. O contexto ambiental e social nos quais o indivíduo cresce estão diretamente relacionados a como irá lidar com a sua intimidade. Ou seja, se alguém cresce em um ambiente harmonioso e afetivo, tenderá a ter uma sexualidade saudável e relações sexuais saudáveis. Assim como, se ela crescer cercada por negligência e violência tenderá a ter relações difíceis com outros e consigo mesmo (FEBRASGO, 2017).

Assim, durante a adolescência há o início da sexualidade, com destaque para o primeiro relacionamento amoroso, frequência da prática da masturbação, de modo que os adultos que o cercam não devem reprimir esses desejos, mas avaliar se essas mudanças são benéficas e se existem riscos patológicos, como masturbação excessiva, ou ainda exacerbação de medos levando a uma possível depressão. A orientação sexual também é definida nessa fase, podendo sendo ela homoafetivas ou heteroafetivas, sendo, portanto, importe o apoio emocional para que o adolescente possa se sentir bem consigo e exerça sua sexualidade de forma saudável (MARANHÃO *et al.*, 2017).

Portanto, a orientação e apoio emocional se tornam imprescindíveis para a qualidade de vida do adolescente, onde ele pode ter suas vivências sexuais em um contexto seguro, diminuindo a incidência de uma maternidade ou paternidade indesejada, desfrutando plenamente dessa fase com o mínimo de risco (FEBRASGO, 2017).

### **3.1.2 Vulnerabilidades e o impacto para gravidez na adolescência**

No Brasil relações sexuais com menores de 14 anos de idade são consideradas como crime sexual contra vulnerável, independentemente de a vítima afirmar que houve o consentimento do ato. A violência sexual é predominante contra meninas e mulheres, principalmente em decorrência das desigualdades de gênero. O estupro leva a consequências penais ainda maiores, além da possibilidade de resultar em IST, gravidez indesejada, lesões genitais e comprometer a saúde mental da criança e adolescente (SOUTO *et al.*, 2017).

Segundo o MS (BRASIL, 2018), entre os anos de 2011 a 2017 houveram 1.460.326 notificações de estupro, sendo 591,731 contra crianças e adolescentes. Mais de 55% eram de raça/cor negra. Houve predominância dos agressores do sexo masculino sendo amigos ou conhecidos da família da vítima, predominante do sexo feminino, e ocorriam dentro da própria residência. Mesmo que os números sejam altos, acredita-se que haja subnotificação de muitos casos, tornando a temática ainda mais preocupante.

De tal modo, crianças e adolescentes em situação de rua ou extrema pobreza se tornam mais propensas a gravidez indesejada e IST, isso se dá principalmente devido à falta de conhecimento sobre a sua saúde e seus direitos, além de ter uma renda e educação escolar limitadas as colocando em vulnerabilidade social, aumentando os riscos de morbidade e mortalidade materna (SOUSA; PINTO; FIORATI, 2019).

Segundo os mesmos autores a prostituição e o uso de drogas também são fatores presentes na vida de milhares de jovens em todo o mundo. Muitas delas recorrem a prostituição devido à dificuldade de outros empregos e de educação, tendo-a como única fonte de renda. Essa situação as expõe ainda a mais riscos para saúde e suas vidas.

Logo é de dever do governo, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), garantir a proteção integral e os direitos da criança e do adolescente, prezando por sua segurança, saúde, lazer, educação e preservando a sua dignidade, livrando-os de qualquer negligência, atendendo a todas as suas necessidades.

### 3.2 OS IMPACTOS PROVOCADOS PELA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Em seus estudos Barbosa e Coutinho (2012) entrevistaram 8 mulheres, com idades entre 20 e 60 anos, de classe média, as quais revelaram que ser mãe não seria mais prioridade em suas vidas. Ter uma carreira promissora, bons relacionamentos com amigos e companheiros e igualdade entre gêneros são objetivos primordiais quando relacionados à maternidade. Contudo, ocorre muitas vezes uma gravidez indesejada, seja por descuido ou falha no método contraceptivo.

Para uma adolescente o impacto é triplamente maior. Ainda no início da vida, sem muita maturidade, ao engravidar se vê com uma grande responsabilidade que é gerar e cuidar de uma vida. Além da pressão que a sociedade impõe sobre aquele indivíduo sendo, de certa forma, uma criança cuidando de outra. Segundo Silva *et al.* (2016) crianças e adolescentes que vivem nas ruas e/ou são desamparados pelos pais, de educação ou quaisquer cuidados básicos de

saúde, estão mais propensos a colocarem sua integridade em risco. A prática sexual precoce e insegura é uma delas, que eventualmente acarretará uma nova gravidez indesejada ou IST's.

De tal modo, IST's em adolescentes os deixam mais susceptíveis a adquirir de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), principalmente corrimentos vaginais devido a processos inflamatórios, ou Papiloma vírus humano (HPV). Portanto a atenção básica deve oferecer testes rápidos para Sífilis e HIV, intensificar a vacinação de meninos e meninas contra o HPV e viabilizar a comunicação, promovendo a educação sexual (BRASIL, 2018; SÃO PAULO, 2012).

Ademais, além dos riscos relacionados a doenças, a gravidez indesejada leva a milhares de abortos clandestinos realizados em todo o país anualmente, colocando a vida de jovens e mulheres adultas em risco, sobretudo de meninas com menos de 14 anos, quando ainda não tem maturidade física para manter a gestação, tornando-a de risco (BRASIL, 2018).

### **3.2.1. As interfaces legais, biológicas e sociais do aborto no Brasil**

No Brasil ainda há uma grande discussão acerca da legalização do aborto, no momento, é permitido em três situações: quando mãe foi vítima de estupro, a gestação cause risco a vida da mãe, ou feto seja anencéfalo. Para os demais casos, se torna ilegal essa prática. O aborto legal é pouco falado e poucas pessoas sabem quais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) realizam esse procedimento (MORAIS, 2008).

Um estudo realizado pelo Mapa Aborto Legal em 2017, envolvendo 176 hospitais do país, através de ligações, constatando que 86 deles são cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para realização do procedimento em caso de estupro, porém apenas 42 seguiam realizando o aborto legal, 20 deles deixaram de realizar, 64 não realizavam e 50 não responderam.

Infelizmente, mesmo ilegal, diariamente mulheres, adolescentes e crianças que tem uma gravidez indesejada recorrem ao aborto, com indivíduos não capacitados e em um ambiente inapropriado sem o mínimo de condições sanitárias. Neste contexto, a interrupção da gravidez pode levar a sérias complicações como: perfuração uterina, não retirada de toda a placenta que resulta em infecção, tétano, peritonite, assim como em alguns casos leva a esterilidade, se tornando mais grave conforme o avanço da gestação (MENEZES *et al.*, 2020; DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

Dados do MS (BRASIL, 2018), revelam que, após submeter-se ao aborto desassistido, 1 mulher a cada 2 dias vai a óbito, na maioria das vezes mulheres pobres que não podem pagar por serviços melhores. Cerca de 250 mil mulheres anualmente são hospitalizadas, sendo 15 mil delas por complicações e 5 mil em estado grave.

Um impasse recorrente nos estabelecimentos de saúde é que muitos profissionais se recusam a realizar o aborto legal. Essa recusa é chamada “Objeção de Consciência”, de modo que o profissional pode recusar a realizar o aborto por questões religiosas, crenças, morais ou éticas. Em tais condições, o mesmo deverá encaminhar sua paciente para outro médico que não tenha objeção, tornando possível também o direito da mulher em realizar o aborto dentro das condições legais (DINIZ, 2011).

Darze e Barroso Junior (2018) realizaram um estudo com 120 acadêmicos de medicina através de um questionário, lhes dando 3 possíveis situações que podem ocorrer frequentemente durante o exercício da profissão. As situações eram as seguintes: orientação contraceptiva a uma menina de 13 anos, recusa de um médico para realizar um aborto legal e prescrição da pílula do dia seguinte para uma jovem. Cerca de um terço dos estudantes se colocaram como objetor do abortamento, sendo a motivação religiosa o principal motivo. Outro ponto bem relevante da pesquisa foi que os maiores objetores eram do sexo masculino, mostrando empatia por parte das mulheres.

Levando em consideração os riscos envolvidos e a vulnerabilidade que a mulher é exposta ao praticar um aborto, a prevenção é o caminho mais seguro, evidenciando a importância da atenção básica trabalhando com o planejamento familiar e educação sexual (BRAZIL, 2018).

### 3.3 PLANEJAMENTO FAMILIAR E EDUCAÇÃO SEXUAL NO BRASIL

O ECA determina que toda criança e adolescente tenham direito a lazer, segurança, desenvolvimento saudável e acesso a saúde de qualidade na promoção e recuperação da sua integridade psicossocial. Assim como tem seus direitos sexuais e reprodutivos resguardados em todo o mundo como Direitos Humanos básicos e essenciais (BRASIL; 2018).

De tal modo, o conhecimento é a base para empoderamento e autonomia do adolescente para que ele seja protagonista na sua saúde, estando, assim, ciente das consequências das suas escolhas (BRASIL, 2018).

Diante dos pressupostos, o Programa Saúde na Escola (PSE) surge como uma estratégia válida para a autonomia, visto que muitas vezes os pais não conversam com os filhos sobre o tema ou não tem fácil acesso a um profissional da saúde. Contudo, ainda não é uma prática recorrente nas escolas, existe uma negativa dos pais e de alguns empasses políticos, o que deixa os jovens com recursos limitados. A internet é, de longe, o meio mais prático para sanar as dúvidas, porém não é suficiente e a quantidade de informações diferentes podem conturbar, ainda mais, as ideias (ANDRADE *et al.*, 2015). Devido aos tabus relacionados a prática sexual, bem como a deficiência no conhecimento sobre o tema, os questionamentos não respondidos podem causar déficits na qualidade de vida do jovem, promovendo uma prática insegura causando problemas que facilmente seriam evitados.

Segundo Brasil (2010) existem diversas síndromes e transtornos que circundam a prática sexual, como ejaculação precoce, vaginismo, possíveis traumas, dificuldades em se relacionar, aversão sexual, dispareunia, além das IST's e gravidez que podem afetar diretamente seu bem-estar.

Um estudo realizado por Silva *et al.* (2020), em Portugal, envolvendo 250 estudantes, com idades que variaram entre 12 e 19 anos, identificou que naturalmente a família dita os valores para que o indivíduo viva em sociedade, assim, quanto maior for a escolaridade dos pais mais conhecimentos sobre sexualidade os filhos têm e se, pelo menos, um dos pais forem da área da saúde esse conhecimento aumenta significativamente. O que demonstra a importância do conhecimento dos pais e a criação de um canal de diálogo entre com os filhos. Especialmente pelo fato de que o aumento das mídias sociais está diretamente relacionado com a precocidade das relações sexuais e a banalização dela. Assim, quando um jovem é incentivado por todos os lados a iniciar uma vida sexual, esse momento deixa de ser espontâneo podendo causar traumas e futuras dificuldades em se envolver novamente.

O planejamento familiar, previsto pelo SUS, envolve todo o suporte para que o indivíduo possa decidir quando quer ter filhos, sendo assim, estará disponível sempre preservativos e anticoncepcionais orais, assim como, durante a gestação terá todo o apoio para a saúde da gestante com pré-natal de qualidade e um parto e pós-parto seguro. Ações de saúde preventivas e educativas também fazem parte do planejamento familiar. A esterilização cirúrgica é ofertada, porém, existe um processo para tal procedimento para que não ocorra arrependimentos no futuro. Sendo esse direito estendido para os jovens que pretendem se prevenir ou venham a se tornar gestantes (BRASIL, 2010).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo do tipo ecológico, exploratório, descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa dos dados. No estudo ecológico há uma comparação da ocorrência de uma determinada condição de saúde entre indivíduos, analisando variáveis como população de regiões ou municípios, a fim de observar uma associação entre elas (COSTA; BARRETO, 2003).

A pesquisa exploratória permite uma maior ligação entre o pesquisador e o tema a ser abordado. O pesquisador irá sondar e aprimorar ideias, a fim de construir hipóteses. É uma pesquisa de cunho específico, que está sempre em consonância com outras literaturas e com experiências práticas do tema abordado (BARDIN, 1977).

O estudo descritivo tem como objetivo determinar a distribuição de morbidades ou condições relacionadas a saúde, correlacionando tempo, lugar e características dos indivíduos, utilizando de dados secundários (pré-existent) ou primários (coletados para o estudo). Um estudo retrospectivo é feito com base em dados coletados do passado até o presente, que devem ser dispostos em arquivos organizados e completos (GIL, 2002).

A pesquisa quantitativa é utilizada para quantificar dados numéricos, permitindo que possam ser transformados em dados estatísticos. Diferentemente da pesquisa qualitativa que pode se apresentar em diários, entrevistas ou questionários, de modo que seja possível entender opiniões ou pensamentos (SOUZA; KERBAUY, 2017).

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa em tela foi realizada no período de outubro de 2020, utilizando-se de dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Internações Hospitalares (SIH), do MS, disponíveis na forma online pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). De tal modo, foram buscados os dados de mulheres que foram mães em todo território nacional.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População se refere a um conjunto de objetos que coexiste uma determinada variável que pode ser dimensionada. E amostra é uma parte da população retirada para ser analisada (KARA-JUNIOR, 2014).

A população geral de mulheres que tiveram filhos no período analisado foi constituída por 32.124.447. A amostra foi construída pelas mães com idades menor de 10 anos (9), 10 a 14 anos (289.941) e 15 a 19 anos (5.666.321) que totalizaram 5.956.271.

Foram utilizadas as seguintes variáveis: nascidos por região, idade da mãe, instrução da mãe, estado civil da mãe, duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto, consulta pré-natal, cor/raça, apgar 1º minuto, apgar 5º minuto, peso ao nascer e anomalia congênita.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para o processamento e mapeamento dos dados foi realizado utilizando-se do *software* Microsoft Excel 2013®, no qual foram gerados gráficos e tabelas. Para a análise dos dados utilizou-se estatística descritiva simples, pela frequência absoluta e relativa que foram, posteriormente, comparados com os achados da literatura disponível.

#### 4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Uma vez que este estudo utilizou dados secundários, expostos em uma base de dados de acesso público, DATASUS, não houve a necessidade de envio do projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Apesar disso, os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que permite a coleta de informações nas bases de dados de domínio público, não identificando os participantes, foram respeitados.

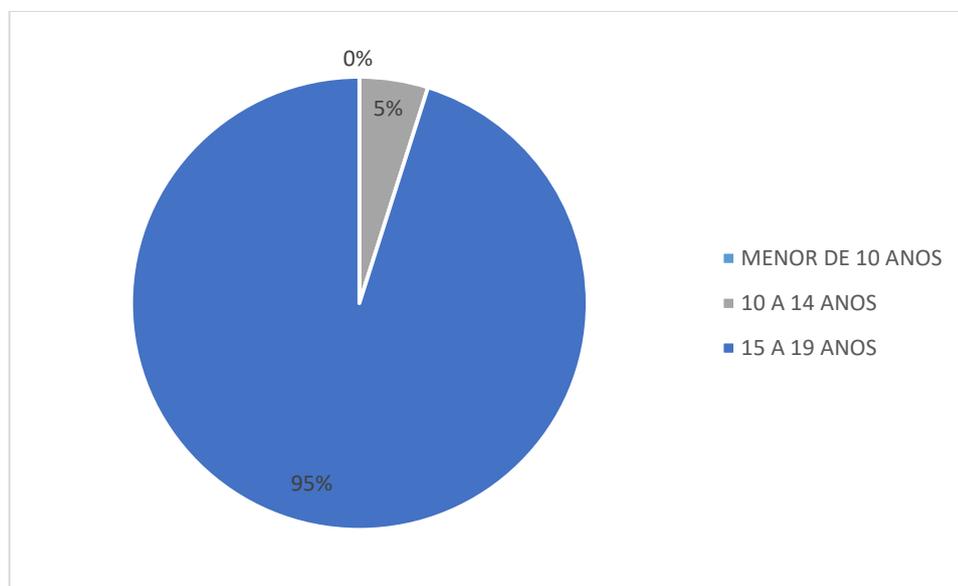
### 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com foco no objetivo traçado pelo estudo, analisou-se, através do SINASC, as gravidezes ocorridas no Brasil em mulheres com idades até os 19 anos, subdivididas no próprio sistema em menores de 10 anos, entre 10 e 14 anos e entre 15 e 19 anos, consideradas, portando, gravidezes ocorridas na adolescência.

Tomando por base que quanto menor as idades maiores os riscos de uma gravidez, sendo eles: maior risco de abortos espontâneos, ISTs, prematuridade, anemia, depressão pós-parto, pré-eclâmpsia e eclampsia, entre outros (CONASS, 2020) foi realizada a análise dos nascimentos de acordo as idades subdivididas pelo Ministério da Saúde.

Considerou-se o último ano com dados completos disponíveis, portanto, o ano de 2018, e a partir dele contabilizou-se a última década. Inicialmente considerou-se uma análise da frequência relativa de mães com idades menores de 19 anos, conforme ilustrado na figura 1.

**FIGURA 1** – Distribuição (frequência relativa) das gravidezes por grupos de idades (2008-2018).



Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SINASC, 2020

De fato, a gravidez na adolescência se tornou uma situação de saúde pública a partir da década de 90, quando houve um aumento considerável de mães com menos de 20 anos, com um aumento de aproximadamente 5% em 10 anos, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2002).

Entre os anos de 2008 a 2018 foram registrados 32.124.447 nascimentos, deles 18,5% correspondem a gestantes adolescentes, distribuídas conforme a figura 1. Do total, apesar de corresponder a 0,00003% dos nascimentos, foram registradas 9 ocorrências mães menores de 10 anos. Os nascimentos com mães de 10 a 14 anos representam 5% e as mães com idade de 15 a 19 anos representam 95%, sendo a maioria dos casos.

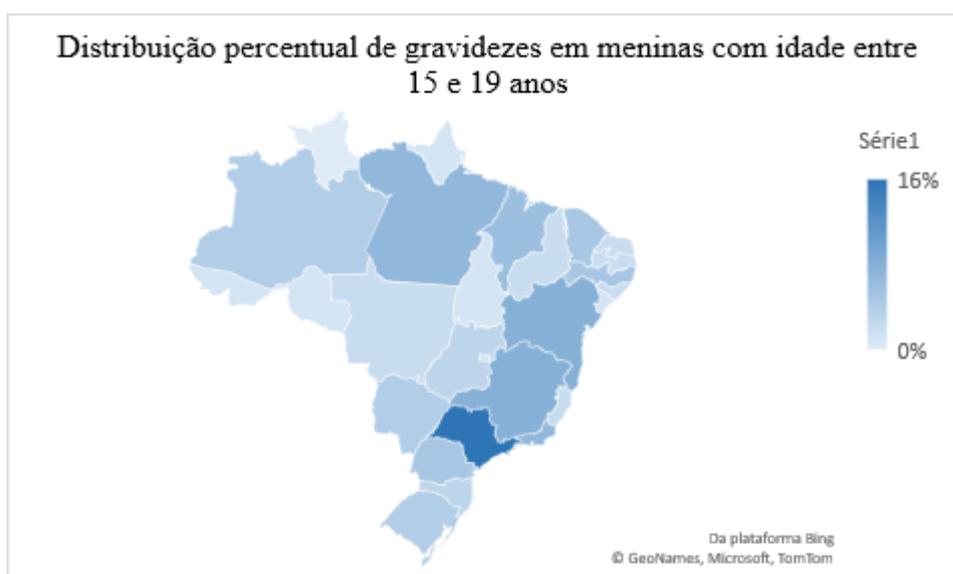
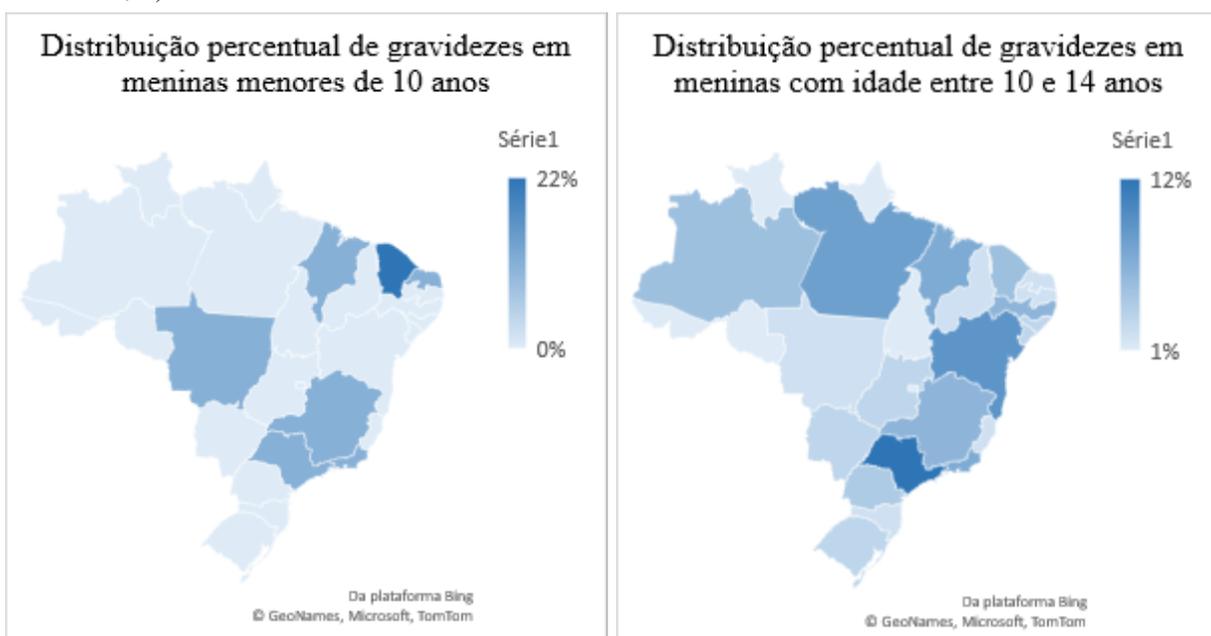
Considerando que o ato de relação sexual ou a prática de outro ato libidinoso com menor de 14 anos é crime, sob pena de reclusão de 8 a 15 anos, mães com menos de 14 anos são

consideradas vítimas de estupro. Apesar disso, para a realização do aborto legal é necessário que a gestação esteja com menos de 22 semanas e o feto pese menos de 500 gramas, além desse tempo já considerado uma antecipação de parto (BRASIL, 2009; BRASIL, 2018).

A maior dificuldade para a realização do aborto legal é o fato de a gestante procurar o serviço de saúde tardiamente, por medo da reação dos pais, vergonha dos profissionais e da sociedade, ou até mesmo por desconhecimento da gravidez, o que faz com que se torne inviável a realização do procedimento pelo tempo de gestação. No entanto, quando o motivo para o aborto é anencefalia ou oferece riscos para a vida da mãe pode ser realizado a qualquer momento, respeitando sempre o desejo da genitora (BRASIL, 2018).

Em seguida, considerou-se uma análise de distribuição espacial do contexto que envolve a problemática, conforme ilustrado na figura 2, a partir das frequências relativas de eventos no contexto populacional feminino de cada um dos estados.

**FIGURA 2** – Distribuição nacional (frequência relativa) da gravidez na adolescência por grupos de idades (2008-2018). a) meninas menores de 10 anos; b) meninas com idade entre 10 e 14 anos; c) meninas com idade entre 15 e 19 anos.



Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SINASC, 2020.

Nota-se na figura 2 uma maior frequência de partos em meninas menores de 10 anos no estado do Ceará (22% das ocorrências), seguido pelos estados do Rio Grande do Norte (11%), Maranhão (11%), Bahia (11%), Minas Gerais (11%), Rio de Janeiro (11%), Mato Grosso (11%) e São Paulo (11%). Os demais estados não notificaram nenhuma mãe com menos de 10 anos.

Apesar da ocorrência desses casos ser raras, a gravidez em uma criança de 10 anos pode desencadear diversos malefícios para sua qualidade de vida. Não há um amadurecimento total do seu corpo, o que pode ocasionar um aborto ou uma gestação complicada (BRANDÃO; HEILBORN, 2006).

Importante considerar que o registro de tais gravidezes foi considerado a partir de dados do SINASC, ou seja, são gravidezes que chegaram ao nascimento. Levando em conta que não é admissível e nem legalmente aceito o prolongamento de gravidezes em crianças com tal idade, tem-se uma clara fragilidade dos serviços de saúde de tais estados.

Em agosto de 2020, um caso de estupro pelo tio de uma criança de 10 anos, em São Mateus, no Espírito Santo, teve como consequência uma gestação indesejada. A família da criança abriu um processo no Ministério Público pedindo a realização do aborto legal, que causou um grande protesto em frente ao hospital que foi realizado o procedimento, por parte de religiosos e alguns extremistas (G1, 2020). É possível perceber o TABU que envolve o aborto no Brasil, apesar de milhares de mulheres serem internadas ou vir a óbito devido a erros do aborto clandestino, mesmo se tratando de uma criança vítima de estupro, um número considerável de pessoas se posicionarem contra o procedimento.

Em relação aos casos de meninas sendo mães no intervalo de idade entre 10 a 14 anos, houve uma frequência maior de casos em São Paulo (12%), seguido de Bahia (9%), Pará (8%), Maranhão e Rio de Janeiro (7%), Pernambuco e Minas Gerais (6%), Amazonas e Ceará (5%), Paraná (4%), Rio Grande do Sul, Goiás e Alagoas (3%), Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, Espírito Santo, Sergipe, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí (2%) e Rondônia, Acre, Roraima, Amapá, Tocantins e Distrito Federal (1%).

No tocante a meninas sendo mães com intervalo de idade entre 15 a 19 anos, houve uma frequência maior em São Paulo (16%), Bahia, Minas Gerais (8%), Pará e Rio de Janeiro (7%),

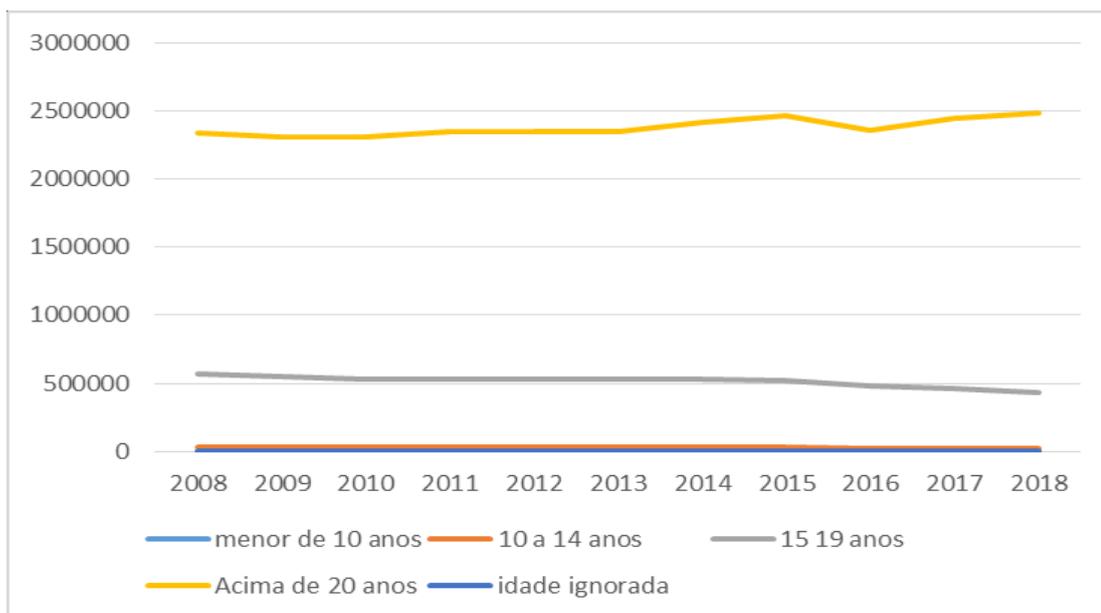
Maranhão (6%), Ceará, Pernambuco e Paraná (5%), Amazonas e Rio Grande do Sul (4%), Santa Catarina e Goiás (3%), Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso (2%), Rondônia, Acre, Amapá, Tocantins e Distrito Federal (1%) e Roraima (0%).

É possível observar que há uma predominância de gestações em mães com idades entre 15 a 19 anos o que corrobora com os estudos de Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005), realizado em Minas Gerais, e Nery *et al.* (2011), estudo realizado em Teresina-PI, no qual 98% e 88,5%, respectivamente, eram de mães após a puberdade. Essa predominância ocorre principalmente porque a maioria dos jovens não tem acesso a um planejamento familiar, pelo qual possa entender as implicações da gestação na adolescência, possa realizar a prática sexual de forma segura e que tenha liberdade e autonomia para escolher quais passos querem dar com discernimento e segurança (GURGEL, *et al.*, 2010).

O estado de São Paulo apresenta os maiores índices de gravidezes, dado esse apresentado em outros estudos como de Ribeiro *et al.* (2000) e Chalem *et al.* (2007), que elucidam os altos índices de vulnerabilidade juvenil no estado. Muitos jovens vivem em situação de rua e baixos níveis de escolaridade, situações que podem acarretar diversas doenças, especialmente por serem expostas a violência, bem como a gravidez.

Diante da problemática, que já é conhecida e enfrentada a partir de políticas públicas bem constituídas, dentre as quais o planejamento reprodutivo desenvolvido no tocante à Política Nacional da Atenção Básica, importante se faz compreender o problema a partir de uma análise histórica dos números de casos, conforme os dados apresentados na figura 3.

**FIGURA 3** – Distribuição (frequência relativa) de gravidezes por ano de acordo com a idade da mãe.



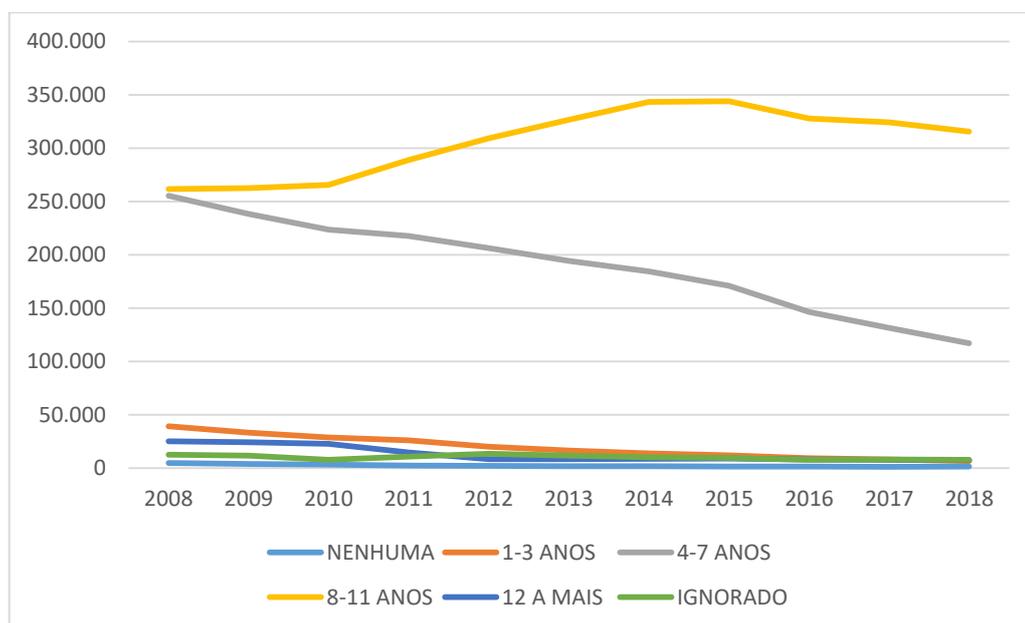
Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SINASC, 2020.

É possível observar que nos últimos 10 anos houve um decréscimo de nascimentos referente a mães adolescentes, em 2008 foram cerca de 570 mil casos com mães de idade entre 15 a 19 anos, já em 2018 foram cerca de 434 mil casos. Em relação a idade entre 10 a 14 anos, também houve uma diminuição, pois em 2008 foram registrados cerca de 28 mil casos e em 2018 cerca de 21 mil. Colacionando a mães acima de 20 anos houve decréscimos na maioria dos anos, principalmente em mães com menos de 29 anos.

Isso se dá principalmente devido a evolução social que vem ocorrendo ao longo dos anos, que envolve a mudança de perspectiva das mulheres da atualidade, deixando a maternidade em segundo ou terceiro plano, com objetivos relacionados a carreira, independência e ascensão pessoal e profissional. Em sua maioria, mulheres mais velhas vivem uma cultura diferente, de modo que ainda consideram a família e a maternidade como ponto principal de felicidade e realização pessoal. Até o ano de 2008 observa-se aumento nos registros de casos de gravidez na adolescência, seguido de queda nos anos posteriores, o que pode ser justificado pelo foco nas políticas públicas que influem significativamente para as práticas de vida saudável (TEXEIRA; SILVA; TEXEIRA, 2013).

Considerando que o nível de instrução materna tem sido considerado como fator determinante para a preeminência dos casos de gestação na adolescência, a baixa escolaridade torna o jovem leigo das formas de contracepção e o deixa mais exposto a riscos (NERY, *et al.*, 2011). De tal modo, os dados relativos ao nível de instrução da mãe estão expostos na figura 4.

**FIGURA 4** – Relação de instrução da mãe entre os anos de 2008 a 2018.



Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SINASC, 2020.

A predominância de anos de instrução da mãe está entre 8 a 11 anos e 4 a 7 anos, o que correspondem ao fundamental 1 e fundamental 2, respectivamente. A grande maioria das meninas tem algum estudo, porém, não chegam ao ensino médio, pré-requisito hoje para a maioria das vagas de emprego. Observa-se, ainda, um crescimento no nível de escolaridade, representado pela redução dos menores tempos de estudo e uma elevação nos maiores tempos, reflexo da conjuntura social do Brasil.

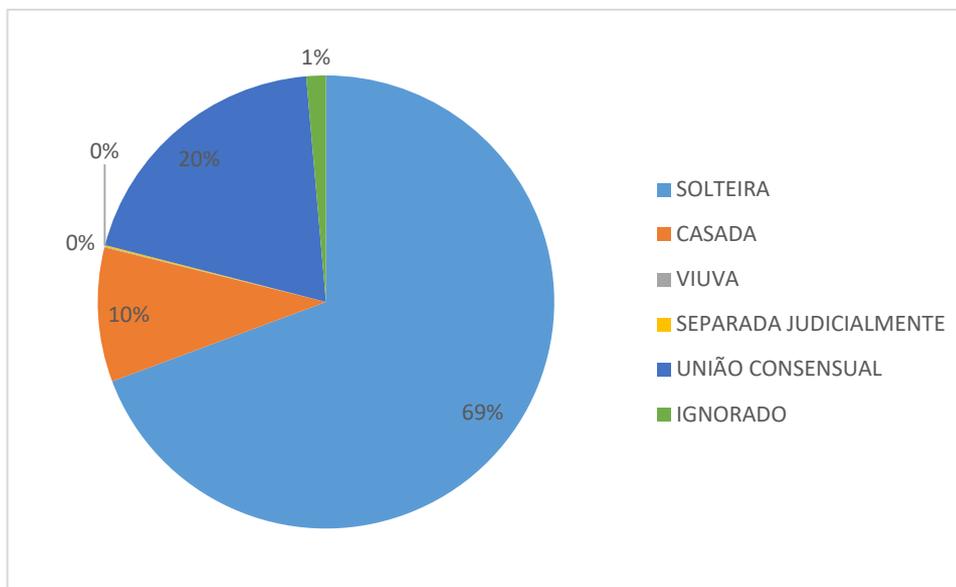
Alguns estudos desenvolvidos no país mostram que as adolescentes abandonam a escola devido a gestação. Muitas vezes isso ocorre devido ao constrangimento de ser uma adolescente grávida ou pela mudança de perspectiva de vida, sendo ela apenas trabalhar e exercer seu papel de mãe, fazendo com que ela tenha uma qualidade de vida precarizada (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Nas investigações de Nascimento, Lippi e Santos (2018), em estudo realizado em uma Unidade Básica em São Paulo, apenas 1 das 50 adolescentes grávidas entrevistadas tinham ingressado no ensino superior. Esse fato está diretamente relacionado com a condição socioeconômica inferior e da precariedade do ensino no Brasil, que leva milhares de pessoas a pobreza e desinformação.

Concomitante a tal contexto, estudos realizados por Sabroza *et al.* (2004) e Ximenes-Neto *et al.* (2007) mostraram que meninas que abandonam a escola têm mais chances de serem mães, ou seja, a evasão escolar precede a gestação.

Observando que há uma imaturidade presente no adolescente e a necessidade de ter uma maior responsabilidade com uma criança, considerou-se o estado civil das gestantes para analisar a parceria mãe-pai na figura 5.

**FIGURA 5** – Distribuição (frequência relativa) do estado civil da mãe.



Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SINASC, 2020.

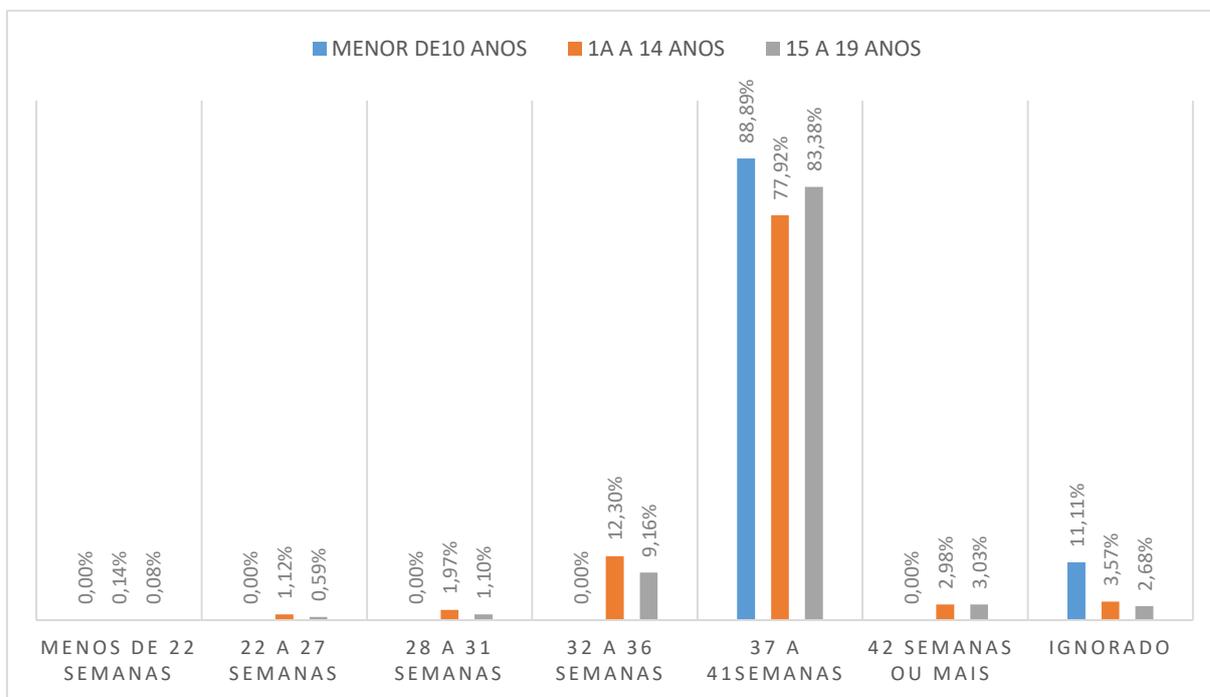
A maior parte da população estudada se encontrava solteira (69%), seguido por união consensual (20%), casada (10%) e não foi relatado (1%). Grande parte das gestações são advindas de relacionamentos curtos e com rapazes com a média de idade parecida, ou seja, uma fase na qual ainda predomina imaturidade por ambos os lados, contudo, a responsabilidade com a criança sempre é maior para a mãe, o que leva ao abandono dessas meninas pelos companheiros. A gestação precoce causa uma dependência financeira e emocional nos pais dos jovens que se torna ainda maior quando a mãe está sem apoio paternal.

Diferentemente desse estudo Ximenes-Neto *et al.* (2007) encontrou que 72% das suas entrevistadas habitam com seus parceiros e algumas delas relataram o casamento com o objetivo de sair da casa do pais, de modo que, nestes casos, não se configura o abandono da mãe-filho. Com isso, os jovens podem obter uma pseudo-independência, substituindo os laços do grupo familiar, pela dependência afetiva.

Passando a uma análise do processo gestacional específico, levando em consideração as possíveis implicações de uma gravidez durante a adolescência, importante considerar algumas variáveis, como a duração da gestação, conforme figura 6, considerando que os nascimentos

pré-termos acontecem até 36 semanas e 6 dias, a termo de 37 semanas a 41 semanas e 6 dias e pós-termo acima de 42 semanas (BRASIL, 2011).

**FIGURA 6** – Relação da duração da gestação de acordo com a idade da mãe.



Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SINASC, 2020.

Assim, em relação ao tempo de gestação 88,89% das mães com menos de 10 anos, 77,92% das mães com idade entre 10 a 14 anos e 83,38% das mães com idades entre 15 a 19 anos, tiveram seus filhos a termo, ou seja, a criança nasceu no tempo certo, ocorrendo um menor risco de imaturidade do sistema respiratório ou outros sistemas. Cerca de 11% das mães de 10 a 14 anos e 9% das mães de 15 a 19 anos tiveram sua gestação pré-termo, ou seja, as crianças nasceram com um nível de prematuridade.

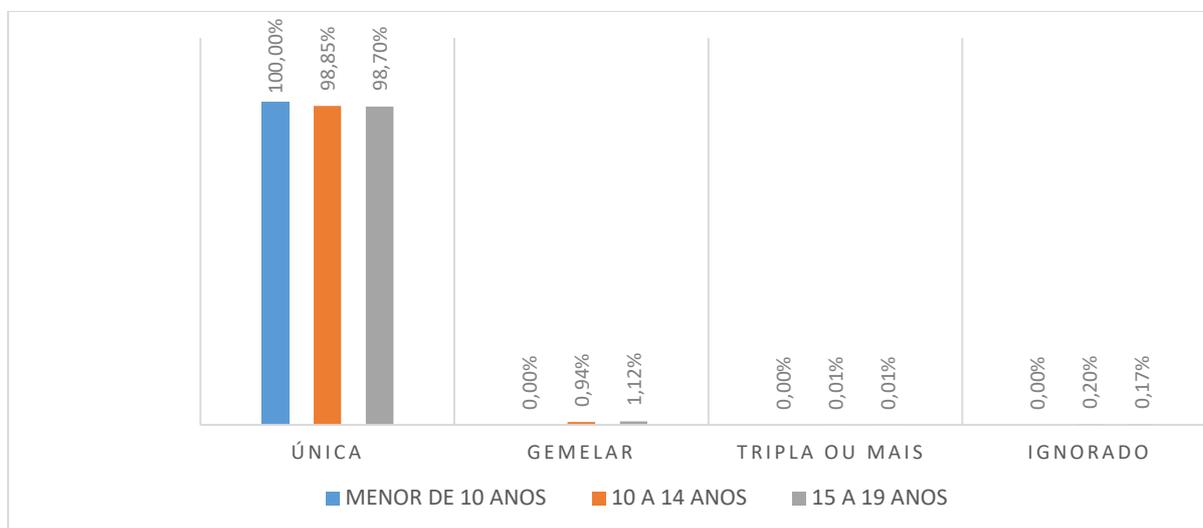
O parto pré-termo é um dos maiores motivos pelo óbito neonatal, juntamente com asfixia, toxemia gravídica, infecções agudas, malformações e problemas respiratórios. Martinez *et al.* (2015) observaram que apenas 27% das adolescentes por eles acompanhadas apresentaram alto risco durante o trabalho de parto e 55% baixo risco. Apenas em 6% dos casos houve nascimento com menos de 36 semanas, o que corrobora com este estudo, havendo uma pequena porcentagem de prematuridade.

Já Martins *et al.* (2011) em estudo desenvolvido no estado do Maranhão encontrou que 25,4% da amostra estudada realizaram menos consultas pré-natal, em decorrência do início tardio, e tendo por consequência o baixo peso no nascimento e a prematuridade.

Importante se faz considerar que de acordo com o CNES, dados de abril de 2018 revelam a existência de 8.766 leitos de Unidade de Terapia Intensiva neonatal no Brasil, que é um valor desproporcional para o país, sendo 2,9 leitos para cada mil nascidos-vivos. É importante salientar que uma parte desses leitos são de unidades privadas o que dificulta ainda mais o acesso, devido a ínfima porcentagem de pessoas que possuem um plano de saúde privado.

Considerando que uma gestação múltipla causa um maior risco para a gestação, agregando ainda mais aos riscos que já envolvem a gravidez na adolescente, foi avaliado o tipo de gravidez na figura 7.

**FIGURA 7** – Relação entre o tipo de gravidez com a idade da mãe.



Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SINASC, 2020.

As gravidezes únicas são predominantes com os seguintes dados, menor de 10 anos (100%), 10 a 14 anos (98,85%) e 15 a 19 anos (98,70%). A taxa de gemelares é cerca de 1 % nos últimos 10 anos. Embora seja uma taxa baixa em relação a gestação única, a gemelaridade não é um evento tão raro. Ademais, importante citar que os números de gravidezes múltiplas vêm aumentando devido a maior adesão da fertilização *in vitro*, que aumenta a probabilidade da gestação gemelar, principalmente de gêmeos monozigóticos, ou seja, idênticos (GERALDO; GARCIA; ROTH, 2008).

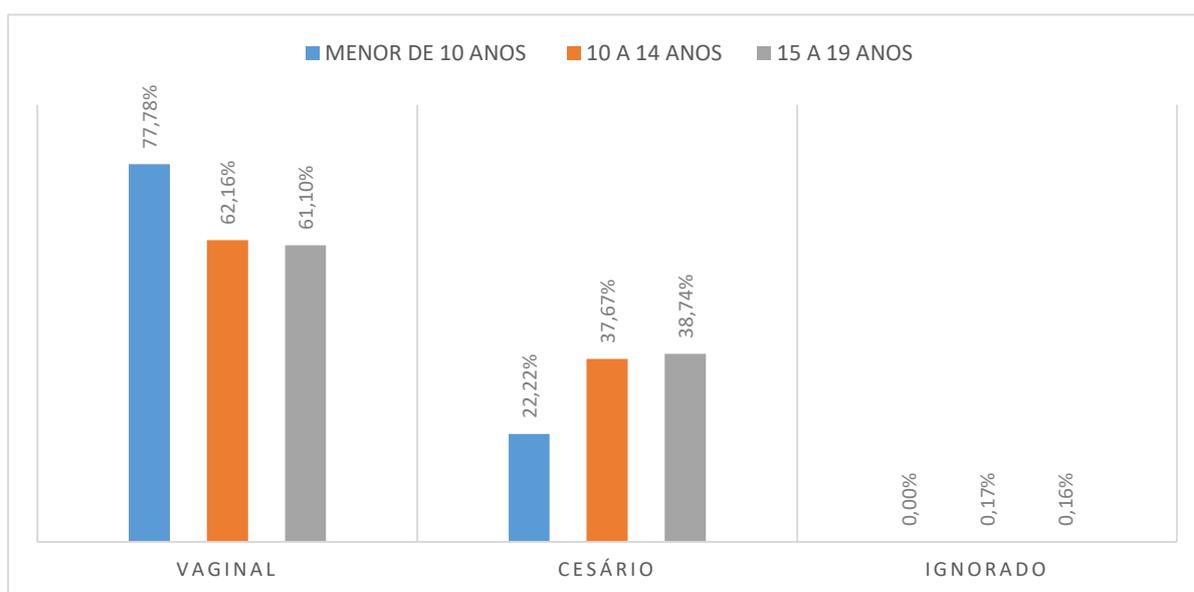
O Ministério da Saúde considera gestas múltiplas de alto risco, requerendo que a mulher tenha um acompanhamento diferenciado na rede de atenção, além do mais, ela se torna fator de risco para diversas complicações como descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, polihidrânio, mola hidatiforme, entre outros, além de aumentar os casos de partos prematuros, malformações fetais e morbiletalidade perinatal (BRASIL, 2012).

De acordo com Miura *et al.* (2019) os números de cesáreas são maiores correlacionando a gravidez gemelar e mães com idade até 19 anos com 75,4% das ocorrências em Alagoas. Evidenciando que o tipo de parto tem relação direta com o tipo de gravidez, visto que a dor e o sofrimento de parir gêmeos é maior, fazendo com que a mãe tenha preferência pelo parto cesáreo, além da necessidade de os bebês estarem em posição cefálica para facilitar o parto.

O parto vaginal é aquele que ocorre naturalmente, sendo considerado o parto normal. Neste, não deve ocorrer procedimentos desnecessários, considerados, em alguns casos, como violência obstétrica, sendo crucial durante o trabalho de parto ou pós-parto, manter sempre a segurança da mãe e do RN. Já o parto cesáreo ocorre através de intervenção cirúrgica, tendo a mãe que se submeter a anestesia parcial, envolvendo inúmeros riscos durante o procedimento, como qualquer outra cirurgia. A literatura indica que este tipo de parto ocorra apenas quando houver indicação médica, complicações ou parto emergencial, porém, esta prática vem sendo cada vez mais adotada pelos profissionais como primeira escolha das gestantes, visto que torna um parto rápido e incrementado pela anestesia (COREN, 2009; VICENTE; LIMA; LIMA, 2017).

Visto que os riscos são maiores em partos cesáreos, bem como pelo fato de que as condições de agravamento nas gestações de mulheres adolescentes podem fundamentar a opção pelo parto cesáreo, foi analisada a relação entre tais variáveis, conforme dados expostos na figura 8.

**FIGURA 8** – Relação entre o tipo de parto com a idade da mãe.



Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SINASC, 2020.

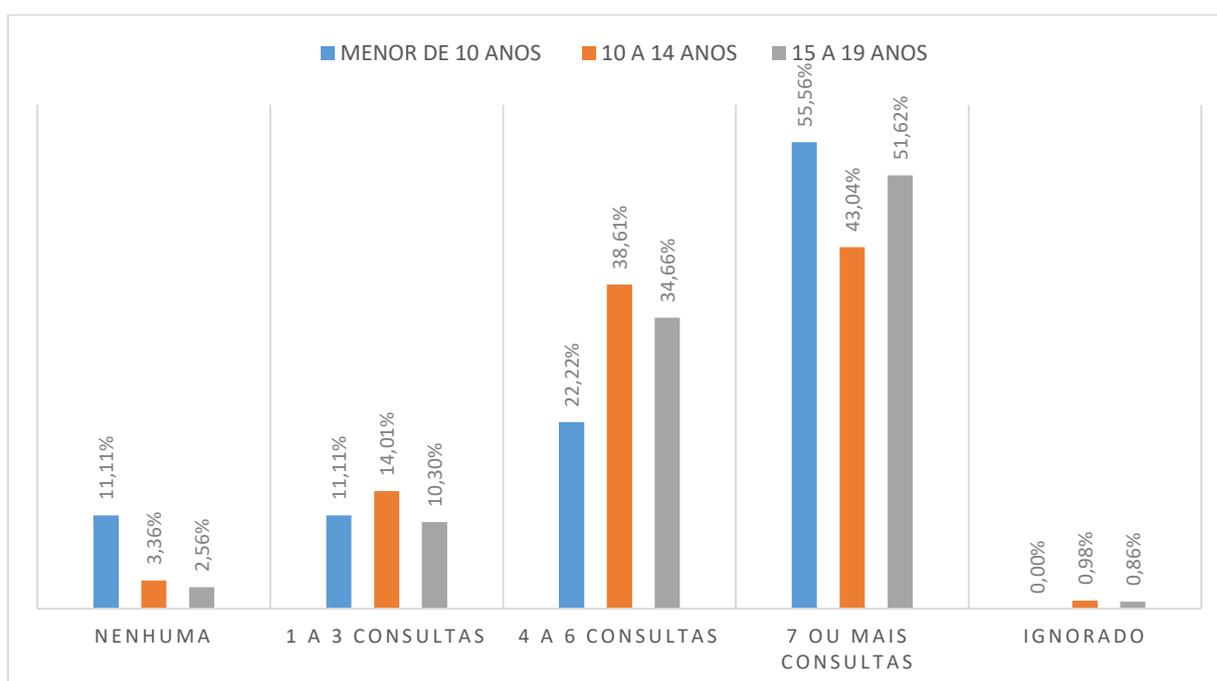
O parto natural ou vaginal ocorreu em 77,78% das parturientes com idade menor de 10 anos, 62,16% com idade 10 a 14 anos e 61,10% entre 15 a 19 anos. Já o cesáreo ocorreu em 22,22% entre as idades menor de 10 anos, 37,67% entre 10 a 14 anos e 38,74% entre 15 a 19 anos. Houve ainda cerca 0,40% que foi ignorado.

Foi observado um aumento dos números de partos vaginais, em 2008 este número era 1.510.879 em 2018 este número caiu para 1.295.541, enquanto os partos cesáreos tiveram um aumento proporcional a queda do primeiro tipo de parto, em 2008 ocorreram 1.418.745 e em 2018 1.647.505 partos.

Corroborando com este estudo Santos *et al.* (2014), em trabalho acerca dos fatores de risco para prematuridade, baixo peso e cesariana, encontraram que há uma prevalência nos partos vaginais, sendo que as cesarianas representaram 39,7% das gestações e estão associadas ao pré-natal insuficiente com menos de 6 consultas, baixo peso e prematuridade.

De tal modo, o não comparecimento as consultas pré-natais expõem ainda mais o binômio mãe-filho a riscos durante a gestação. Com isso foi necessário examinar as consultas pré-natais, conforme dados da figura 9.

**FIGURA 9** – Relação entre consultas pré-natal com a idade da mãe.



Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SINASC, 2020.

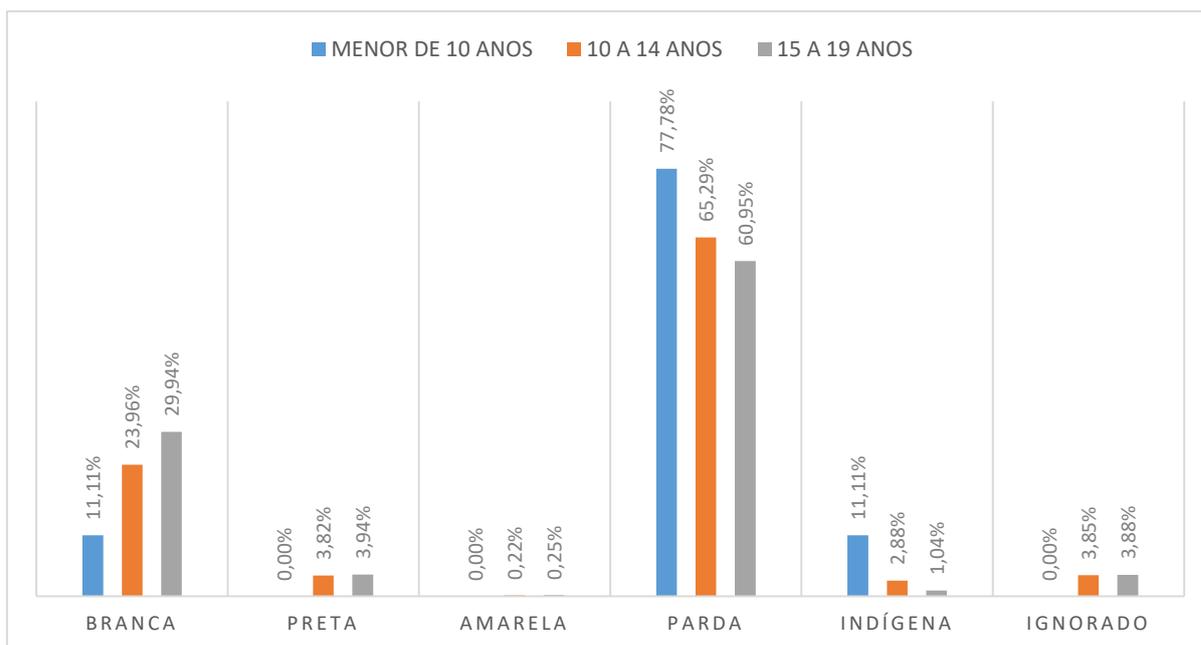
No que diz respeito ao número de consultas pré-natais, a maior parte das gestantes compareceram a mais de 7 consultas, menor de 10 anos em 55,56%, 10 a 14 anos em 43,04% e 15 a 19 anos em 51,62%. Sobre a realização de 4 a 6 consultas, menor de 10 anos 22,22%, 10 a 14 anos 38,61% e 15 a 19 anos 34,66%. De 1 a 3 consultas, menor de 10 anos 11,11%, 10 a 14 anos 14,01% e 15 a 19 anos 10,30%. Não realizaram nenhuma consulta menor de 10 anos 11,11%, 10 a 14 anos 3,36% e 15 a 19 anos 2,56. Ainda houve cerca 1% que não foi informado.

A realização do pré-natal é imprescindível para que se tenha uma gestação segura, sem anormalidades e caso haja alguma intercorrência seja identificada precocemente. O Ministério da Saúde preconiza que no pré-natal de baixo risco a mulher tenha no mínimo 6 consultas, sendo realizado mensalmente até 28ª semana, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª a 41ª semana, sempre intercalando uma consulta de enfermagem e uma médica (BRASIL, 2012).

Um estudo realizado no Piauí por Maranhão *et al.* (2018) mostrou que as adolescentes sofrem julgamentos pelos profissionais de saúde, o que dificulta a ida delas para as consultas. Já na pesquisa de Dias, Oliveira e Souza. (2020) as gestantes declararam ser acolhidas pelos profissionais, assim como algumas relataram que ouviram xingamentos do tipo que elas não iriam dar conta da responsabilidade de ser mãe. Acima de tudo é dever de todo profissional da saúde promover a devida acolhida e assistência integral as gestantes, independente das características sociais.

Considerando que o Brasil é um país predominantemente miscigenado, originado de diversas raças, viu-se a necessidade analisar a relação de cor/raça da mãe, conforme dados da figura 10.

**FIGURA 10** – Relação entre cor/raça e idade da mãe.



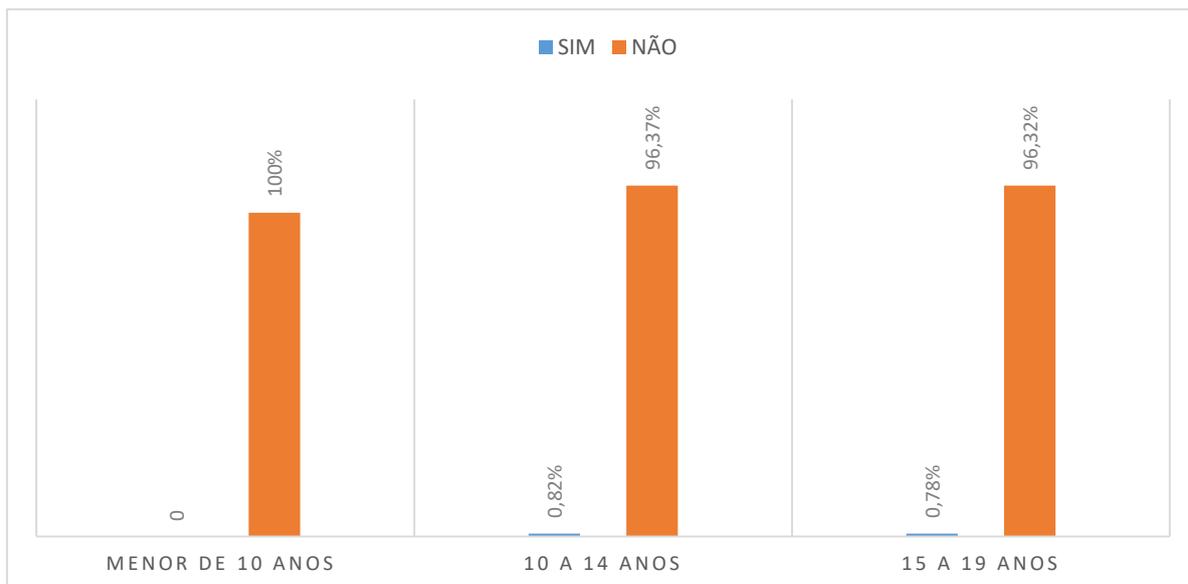
Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SINASC, 2020.

Observa-se que a maior parte da população estudada se autodeclara de cor/raça parda, independentemente da idade. Relacionado a idade menor de 10 anos 77,78% afirmam ser pardas, 11,11% brancas e 11,11% indígenas. Quanto a idade de 10 a 14 anos, 65,29% afirmam ser pardas, 23,96% brancas, 3,82% pretas, 2,88% indígena e 0,22% amarela. Na idade 15 a 19 anos, 60,95% afirmam ser pardas, 29,94% brancas, 3,94% pretas, indígenas 1,04% e amarelas 0,25%. Ainda há cerca de 7% que não foi informado.

Corroborando com os dados obtidos, Costa *et al.* (2018), em pesquisa realizada no Ceará, identificaram que 94% das entrevistadas se consideravam mulatas/pardas. Já Pinheiro, Pereira e Freitas (2019), no estudo realizado na Paraíba, também encontraram a prevalência de meninas pardas em mais de 70% dos casos. Visto que o Brasil é um país de grandes dimensões, onde existe uma miscigenação entre diversas raças, tais misturas configuram-se ramificações entre europeus, negros e indígenas que coabitaram no Brasil por muitos anos, criando assim raças como pardas e amarelas.

Visto que as anomalias congênitas afetam milhares de fetos em todo o mundo, tornou-se importante entender a relevância do mesmo em fetos de mães adolescentes como explanado na figura 11.

**FIGURA 11** – Frequência relativa da presença de anomalia congênita relacionado a idade da mãe.



Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SINASC, 2020.

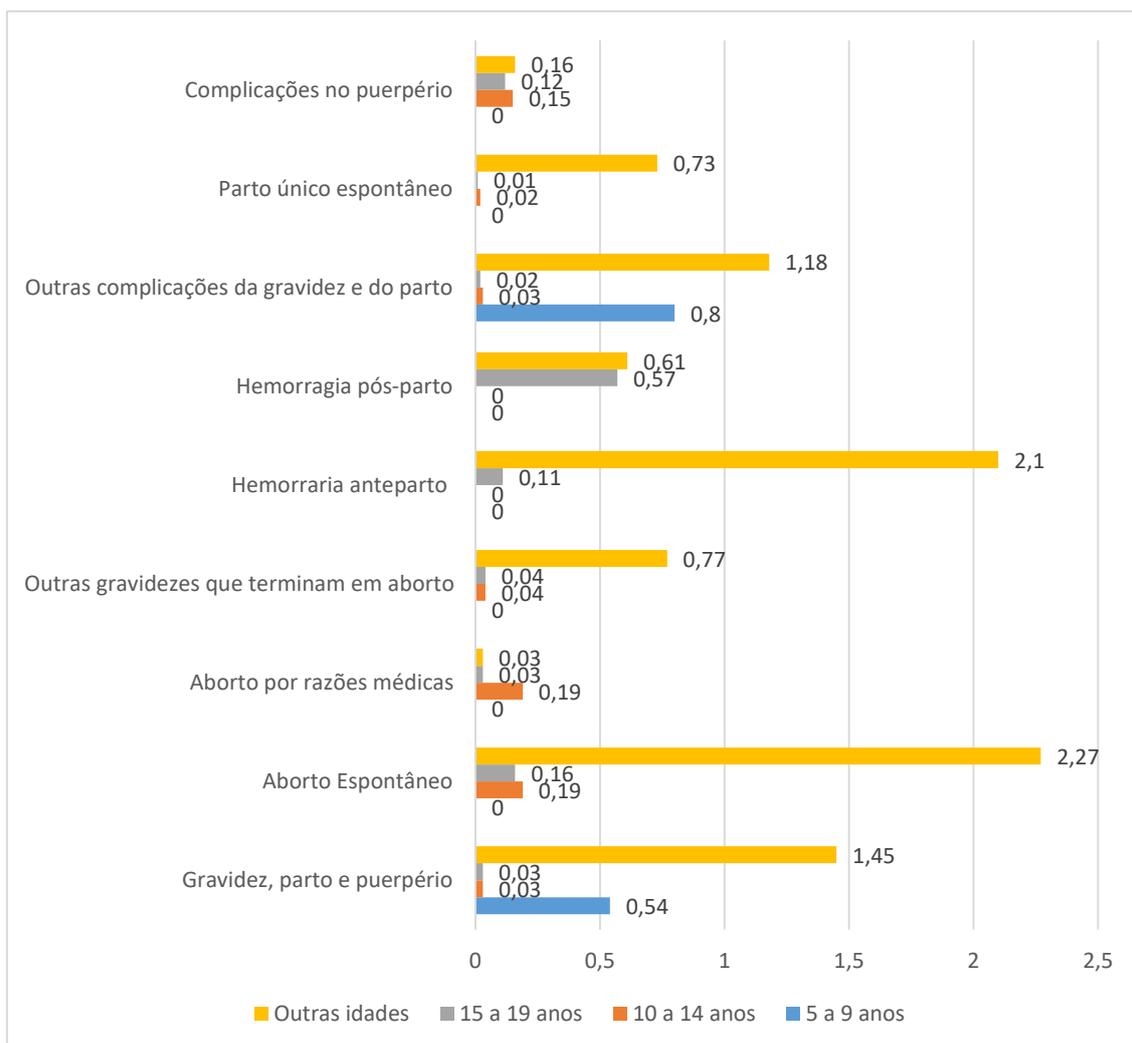
As anomalias congênitas são distúrbios possíveis de serem identificados ainda no pré-natal, que são causados por defeitos em um gene, herança multifatorial, transtornos cromossômicos, deficiência de micronutriente e teratógenos ambientais que afetam a função de órgãos e células (BRASIL, 2017).

Não houve nenhuma notificação de anomalias em fetos de mães menores de 10 anos. Já em mães com idades entre 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, houve anomalias em 0,82% e 0,78%, respectivamente. Entre as anomalias mais prevalentes com 33,04% dos casos estão as malformações e deformidades do sistema osteomuscular, em seguida as deformidades congênitas dos pés com 13,15%, malformações congênitas do sistema nervoso com 11,50%, malformações do aparelho geniturinário com 7,44%, fenda labial e fenda palatina com 6,32%, malformações do aparelho circulatório com 5,51%, malformações do aparelho digestivo com 4,41% e espinha bífida com 2,21% dos casos. 16,42% estão relacionados a outros tipos de anomalias.

Em um estudo realizado no Hospital Universitário de Londrina, Paraná, Polita *et al.* (2013), encontrou que a maioria das malformações eram nos órgãos genitais, seguido da fenda labial e palatina e aparelho circulatório, assemelhando-se com os achados deste estudo.

Diante de milhares de óbitos maternos notificados anualmente viu-se a necessidade de analisar a relação com a idade das mesmas como mostrado na figura 12.

**FIGURA 12** – Distribuição (frequência relativa) de mortalidade materna decorrente de gravidez entre os anos 2008 a 2018 de acordo com a idade da mãe.



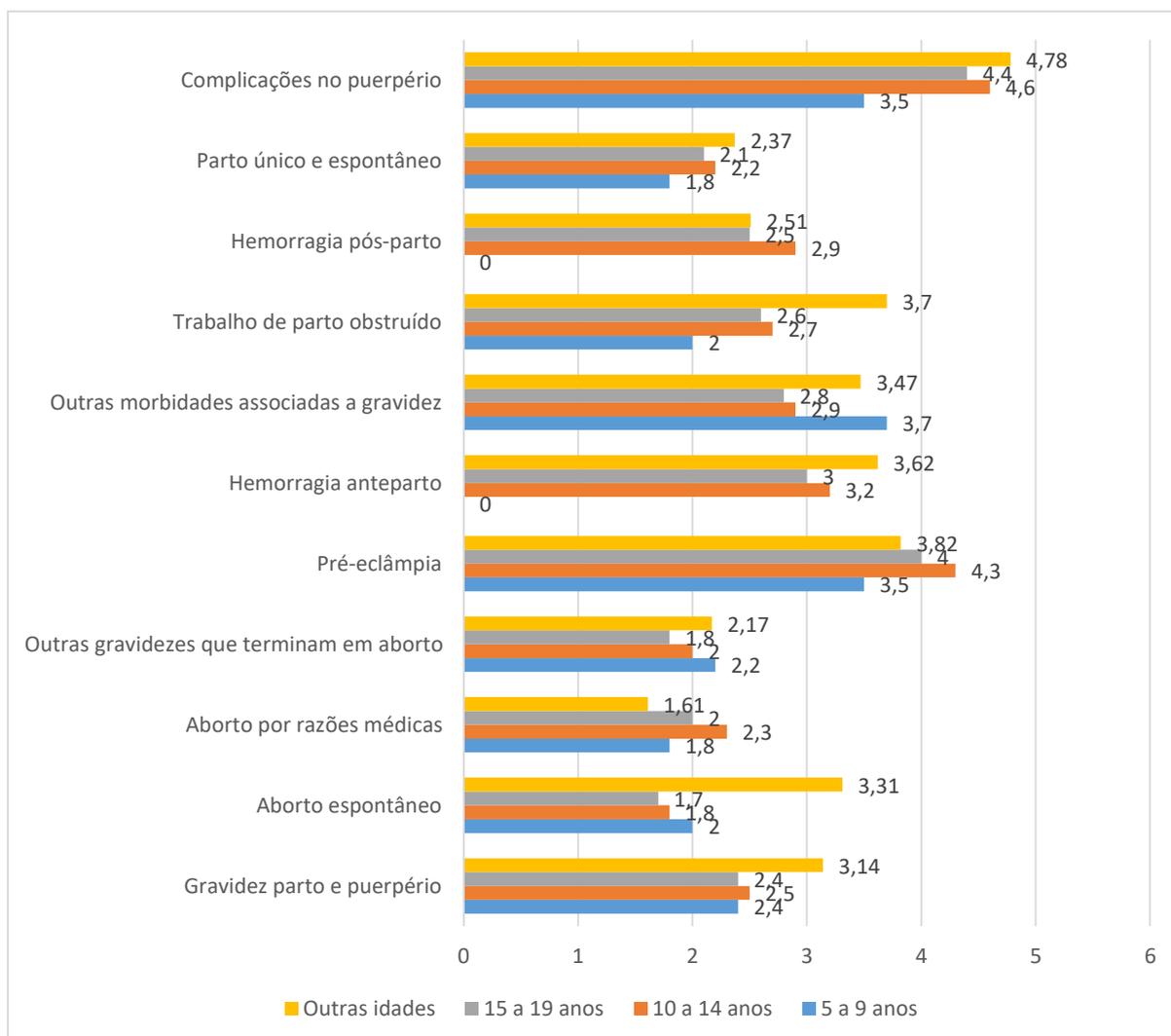
Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SIH, 2020.

Entre as idades de 5 a 9 anos as principais causas de mortalidade são outras complicações da gravidez e do parto e gravidez, parto e puerpério. Entre 10 a 14 anos houve prevalência de casos através do aborto espontâneo, aborto por razões médicas e complicações no puerpério. Entre 15 a 19 anos houve prevalência da hemorragia pós-parto, aborto espontâneo, complicações no puerpério e hemorragia anteparto.

Brasil (2020) afirma que a mortalidade materna está diretamente ligada a mulheres de classes sociais mais baixas e com menos acesso a saúde. No período de 1996 a 2018 houve 39 mil notificações no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) relacionados a óbitos maternos, contudo há muita subnotificação, visto que alguns casos são notificados pelas causas terminais das afecções ou lesões presentes que culminaram na morte, o que dificulta a identificação dos dados completos.

Importante ainda se faz analisar o tempo de internação em relação a idade, conforme observado na figura 13.

**FIGURA 13** – Distribuição (frequência relativa) de tempo de internação entre os anos 2008 a 2018 de acordo com a idade da mãe.



Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SIH, 2020.

O aumento do tempo de internação das puérperas contribui diretamente para o aumento dos custos hospitalares, além de questionar a qualidade do cuidado prestado e a eficiência hospitalar. Entre as menores de 10 anos houve prevalência de outras morbidades associadas a gravidez, complicações no puerpério, pré-eclâmpsia e gravidez parto e puerpério assim como o destaque que leva a mortalidade observada na figura 12.

Entre as idades 10 a 14 anos viu-se com mais frequência os casos de complicações no puerpério, trabalho de parto obstruído, hemorragia anteparto e pós-parto e pré-eclâmpsia. Entre 15 a 19 aos as frequências de complicações estão relacionadas a complicações no puerpério,

trabalho de parto obstruído, hemorragia anteparto e pós-parto, pré-eclâmpsia e parto único e espontâneo.

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), também conhecida como pré-eclâmpsia, é caracterizada por três diagnósticos, sendo eles o edema, proteinúria e hipertensão arterial. Está presente no final do 2º trimestre da gestação e foi observada com frequência em todas as idades neste estudo. Diversos são os fatores que podem acarretar na doença como gemelaridade, paridade, dificuldade de acesso a saúde, estado nutricional, entre outros fatores. Corroborando com este estudo Gonçalves, Fernandes e Sobral (2005) identificaram, em São Paulo, que 45,45% eram mães adolescentes e apresentaram DHEG, as demais tinham mais de 20 anos.

Outro destaque no aumento dos dias de internações são as complicações no puerpério, Maia *et al.* (2020) afirma que essas complicações estão relacionadas a infecção puerperal, hemorragia puerperal e mastite puerperal. O puerpério exige que a enfermagem tenha um olhar diferenciado, sendo esta equipe a linha de frente após o parto, a identificação precoce pode ser decisiva para a melhora ou piora da paciente.

Silva *et al.* (2019), em uma pesquisa avaliando o Brasil entre os anos 2012 a 2017, evidenciaram que, excetuando as condições que foram adquiridas no hospital, a cesariana com complicações ou comorbidades já presentes na admissão são responsáveis pelo aumento de 3,8 dias na média de internação. Doenças puerperais e pós-abortos também se destacaram na média de internação.

Para uma análise mais aprofundada acerca dos desfechos gestacionais associados aos partos de gestantes adolescentes, faz-se necessário a análise das condições de nascimento dos recém-nascidos, conforme apresentado na tabela 01.

**TABELA 1** - Condições de nascimento de RNs de progenitoras adolescentes.

Variáveis	Menores de 10 anos		10 a 14 anos		15 a 19 anos		Mulheres adultas	
	<i>Fa</i>	<i>Fr %</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr %</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr %</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr %</i>

<b>Apgar 1'</b>								
0 a 2	0	0	3.901	1,35	52.644	0,93	204.268	0,78
3 a 5	0	0	11.818	4,08	181.762	3,21	698.462	2,67
6 a 7	1	11,11	35.300	12,17	608.975	10,75	2.367.514	9,05
8 a 10	<b>7</b>	<b>77,78</b>	<b>226.058</b>	<b>77,97</b>	<b>4.608.285</b>	<b>81,33</b>	<b>22.142.076</b>	<b>84,61</b>
Ignorado	1	11,11	12.864	4,44	214.655	3,79	755.856	2,89
<b>Apgar 5'</b>								
0 a 2	0	0	1.445	0,50	19.030	0,34	72.705	0,28
3 a 5	0	0	2.373	0,82	30.097	0,53	106.918	0,41
6 a 7	0	0	7.824	2,70	113.747	2,01	414.447	1,58
8 a 10	<b>8</b>	<b>88,89</b>	<b>265.160</b>	<b>91,45</b>	<b>5.284.885</b>	<b>93,27</b>	<b>24.810.472</b>	<b>94,81</b>
Ignorado	1	11,11	13.139	4,53	218.562	3,86	763.634	2,92
<b>Peso ao nascer</b>								
Menos de 500g	0	0	535	0,18	7.346	0,13	31.032	0,12
500 a 900g	0	0	2.864	0,99	29.503	0,52	119.569	0,46
1000 a 1499g	0	0	3.918	1,35	43.555	0,77	189.789	0,73
1500 a 2499g	1	11,11	31.083	10,72	447.871	7,90	1.805.367	6,90
2500 a 2999g	2	22,22	86.329	29,77	1.482.325	26,16	5.793.702	22,14
3000 a 3999g	<b>6</b>	<b>66,67</b>	<b>158.896</b>	<b>54,80</b>	<b>3.463.650</b>	<b>61,13</b>	<b>16.759.404</b>	<b>64,04</b>
4000g e mais	0	0	5.989	2,07	186.775	3,30	1.445.000	5,52
Ignorado	0	0	3.27	0,11	5.296	0,09	24.313	0,09

Fonte: elaborada pela autora através dos dados do SINASC, 2020.

A escala do apgar é utilizada para avaliar o bebê nos primeiros 5 minutos de vida. Deve ser aplicada no primeiro e quinto minuto de vida, analisando a frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele, no qual, deve ser atribuída de 0 a 2 pontos, totalizando 10 pontos. Quanto menor essa pontuação mais crítica pode ser a condição do RN, identificando assim os procedimentos e intervenções cabíveis (BRASIL, 2011).

É possível identificar que a maior parte dos RN tem apgar acima de 6 pontos, tanto no primeiro quanto no 5 minuto. Observa-se também que há um aumento da frequência relativa entre o primeiro e quinto minuto, que propõe que muitos RNs nascem com estado geral relativamente ruim, mas há uma melhora nos minutos seguintes.

A prematuridade é um dos fatores mais relevantes quando se fala em mortalidade neonatal, este está intrinsecamente relacionado ao baixo peso, visto que um RN prematuro extremo não consegue alcançar o peso ideal, pois ele ganha mais peso no final da gestação (BRASIL, 2011).

O baixo peso é uma das causas mais predominantes quando se fala em mortalidade e internação em UTI neonatal. O neonato com baixo peso tem menos de 2500g, muito baixo peso menos de 1500g e o extremo baixo peso menos de 1000g (BRASIL, 2011).

Analisando os dados obtidos, foi observado que a maior parte dos RN nasceram com o peso ideal. Em relação a 1500g a 2499g menor de 10 anos com 11,11%, 10 a 14 anos com 10,72% e 15 a 19 anos com 7,90%. A prevalência foi dos pesos 2500g a 2999g e 3000g a 3999g com, respectivamente, menor de 10 anos 22,22% e 66,67%, 10 a 14 anos com 29,77% e 54,80% e 15 a 19 anos 22,14% e 64,04%. Pesos acima de 4000g são mais prevalentes em mães com diabetes gestacional, quando o bebê recebe grandes quantidades de glicose.

Foi possível perceber que o baixo peso está mais prevalente em mães com menos de 19 anos quando comparadas a outras idades o que corrobora com os estudos de Dias, Antony e Vargas (2020) e Martins *et al.* (2011) que afirmam que o baixo peso é motivo de preocupação entre as mães adolescentes.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No contexto brasileiro há um predomínio de gravidezes na adolescência entre meninas de idade entre 15 a 19 anos, entretanto não deixa de ser preocupante os números de gravidezes em meninas mais novas, visto que, quanto mais novas, maiores são os riscos para a mãe e bebê. É importante evidenciar que esses índices tornam este um problema de saúde pública que denota a fragilidade da atenção básica do planejamento familiar e na educação promovida pelas escolas, que não instruem esses jovens acerca dos modos de prevenção e das práticas de sexo seguro.

De modo geral o perfil epidemiológico encontrado envolveu um grau de instrução de 8 a 11 anos, ou seja, apenas o fundamental, solteira e de cor/raça parda. O perfil da gravídico-puerperal evidenciado foi uma gestação a termo, única, parto vaginal, com 7 ou mais consultas pré-natais e sem anomalias congênitas. O perfil do RN mostrado com apgar no primeiro e quinto minuto acima de 8 pontos e com peso acima de 3000g.

A relação entre a mortalidade materna e o aumento do tempo de internação teve como principais motivos complicação no puerpério, complicações da gravidez e do parto e abortos o que sugerem que há uma deficiência na atenção pós-parto e do pré-natal.

Foi encontrado que muitas gestantes deixam de realizar o pré-natal, devido a vergonha e medo do julgamento dos profissionais, evidenciando a necessidade do olhar de gestores e gerentes da saúde, afim de capacitar esses profissionais para atender as demandas sociais. Além de incentivar que a equipe multidisciplinar seja mais imparcial no atendimento a essa categoria, visto que independentemente de qualquer coisa, o profissional deve realizar uma assistência integral aos seus pacientes.

A gestação na adolescência é um problema de saúde pública, portanto somente uma atenção diferenciada aos jovens pode diminuir esses índices que evidenciam cada vez mais a importância do conhecimento para os mesmos.

## **7 REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, R. A. A. S. Conhecimento de adolescentes relacionados as doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Luiz, v. 70, n. 5, p. 1087-1094, 2017.

ANDRADE, P. R. *et al.* Enfrentando uma experiência difícil mesmo com apoio: a adolescente menor vivenciando a maternagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. São Paulo, v. 36, p. 111-118, 2015.

ARTIGO 19. **Mapa aborto legal**. Brasil, 2018. Disponível em: <<https://mapaabortolegal.org/>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

BARBOSA, P. Z.; COUTINHO, M. L. R. Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. **Psicologia & Sociedade**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 577-587, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edição 70, 1977.

BRANDÃO, R. E.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1421-1430, jul. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico 27**. V. 49, n. 27, jun., 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno da atenção básica: pré-natal de baixo risco**. Editora do ministério da saúde, Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno da atenção básica: saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidando de adolescentes: orientações Básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva**. 2ª ed. Brasília, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil, 2017**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>>. Acesso em: 24/06/2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual técnico de gestão de alto risco**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual técnico: gestação de alto risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 2009. Dispõe sobre: estupro de vulnerável. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. JUSBRASIL. Brasília-DF, 1990. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91764/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-lei-8069-90>>. Acesso em: 02 jun. 2020.

BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido** – volume 1. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

BRASIL. Direitos reprodutivos: “Aborto legal”. **Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**, São Paulo, 2018.

BRASIL. O desenvolvimento do adolescente. **Sociedade Brasileira de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro**. Novembro, 2019.

CHALEM, E. *et al.* Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23 n. 1, p. 177-186, jan., 2007.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde alerta para riscos da gravidez na adolescência**. 10 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/saudealerta-para-riscos-dagravideznaadolescencia/#:~:text=Segundo%20a%20coordenadora%20do%20N%C3%BAcleo,%20entre%20outros%20outros%E2%80%9D%20completa>>. Acesso em: 10 de novembro de 2020.

COREN – SP. Parto natural e parto normal: quais as diferenças? **Revista Enfermagem**. Ano 10. nº 81, Julho, 2009. São Paulo – SP. Disponível em: <[http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista\\_enfermagem\\_julho\\_2009\\_0.pdf](http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf)>. Acesso em: 15/11/2020.

COSTA, G. F. *et al.* Fatores psicossociais enfrentados por grávidas na fase final da adolescência. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-8, abr./jun., 2018.

COSTA, M. L. F.; BARRETO, F. M. Tipos de estudo epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Belo Horizonte, v.12, n. 4, p. 19-201, 2003.

DARZE, O. I. S. P.; BARROSO-JUNIOR, U. Uma Proposta Educativa para Abordar Objeção de Consciência em Saúde Reprodutiva durante o Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Bahia, v. 42, n. 4, p. 155-164, 2018.

DELATORRE, Z. M.; DIAS, A. C. G. Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários. **Revista da SPAGESP**. Rio Grande do Sul, v.16, n. 1, p. 60-73, 2015.

DIAS, E. G.; OLIVEIRA, C. K.N.; SOUZA, E. L.S. Barreiras encontradas por mães adolescentes para adesão precoce ao pré-natal. **Journal Health NPEPS**. Minas Gerais, v. 5, n.1, p.160-173, jan-jun, 2020.

DINIZ, D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Revista de Saúde Pública**. Brasília, v. 45, n. 5, p. 981-985, 2011.

DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. de Enfermagem**. V. 14, n. 1, p. 177-81, jan.-mar. 2010.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Sexualidade na adolescente**. São Paulo, v. 2, n. 3, 2017.

FONTENELE, L. Q.; MIRANDA, L. L. Adolescência (s): Produções e Atravessamentos Discursivos em Análise. **Trends in Psychology**. Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 969-982, set. 2017.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Edições Graal. Rio de Janeiro, 1988.

FREUD, S. **Trois essais sur la théorie de la sexualité**. Paris, Gallimard, 1905.

G1. **Menina de 10 anos estuprada pelo tio no ES tem gravidez interrompida**. Pernambuco, 2020. Disponível em: < <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/08/17/menina-de-10-anos-estuprada-pelo-tio-no-es-tem-gravidez-interrompida.ghtml> > Acesso em: 11 de novembro de 2020.

GEMELLI, I. F. B.; FARIAS, E. S.; SPRITZER, P. M. Associação da composição corporal e idade da menarca em meninas e adolescentes na Amazônia Brasileira. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 96, n. 2. p. 240-246, 2020.

GERALDO, C. F.; GARCIAS, G. L.; ROTH, M. G. M. Prevalência de nascimentos gemelares em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**. Recife, v.8 n.4, Oct.-Dez. 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. P.; R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro, v.21 n. 4, jul.-ago. 2005.

GONÇALVES, R.; FERNANDES, R. A. Q.; SOBRAL, D. H. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 58, n. 1, jan.-fev. 2005.

GURGEL, M. G. I., *et al.* Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v.31, n. 4, dez. 2010.

HIGA, E. F. B., *et al.* A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Interface (Botucatu)**. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 879-891, 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2002). *Estatística do Registro Civil* (vol. 29). Rio de Janeiro: IBGE.

KARA-JUNIOR, N. Definição da população e randomização da amostra em estudos clínicos. **Revista brasileira de oftalmologia**. Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, mar-abril, 2014.

MAIA, C. J. F. S. *et al.* Principais complicações do puerpério. **Revista das Ciências da Saúde e Ciências aplicadas do Oeste Baiano-Higia**. Bahia, v. 5 n. 1, p. 347-358, 2020.

MARANHÃO, T. A. *et al.* Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Piauí, v. 22, n. 12, p. 4083-4094, 2017.

MARANHÃO, T.A. *et al.* Atitudes e Reações Familiares e Sociais Diante da Gravidez na Adolescência. **Rev enferm UFPE on line** 1. Piauí, v. 2, n.4, p. 840-848, 2018.

MARTINEZ, H. T. Perfil obstétrico de adolescentes grávidas em um hospital público: risco no início do trabalho de parto, parto, pós-parto e puerpério. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 23, n.5, Set./Out., 2015.

MARTINS, M. G. *et al.* Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Maranhão, v. 33, n. 11,p. 354-360, 2011.

MENDES, M. S. F. *et al.* Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Belo Horizonte, v. 21, n. 1, 2018.

MENEZES, G. M. S. *et al.* Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2020.

MIURA, P. O. Gravidez na adolescência e a vivência do parto. **GEPNEWS**, Maceió, a.3, v.2, n.2, p.320-324, abr./jun. 2019.

MORAIS, L. R. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher. **Senatus**. Brasília, v. 6, n. 1, p. 50-58, maio, 2008.

NASCIMENTO, M. S.; LIPPI, U. G.; SANTOS, A.S. Vulnerabilidade social e individual e a gravidez na adolescência. **Rev. enferm. atenção saúde**. São Paulo, v. 7, n. 1, p. 15-29, Jan-Jul., 2018.

NERY, I. S., *et al.* Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev. Bras. enferm.** Brasília, v. 64 n. 1, Jan.-Fev., 2011.

PINHEIRO, Y. T.; PEREIRA, N. H.; FREITAS, G. D. M. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. **Cad. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Oct.-Dez., 2019.

POLITA, N. B. *et al.* Anomalias Congênitas: internações em unidade pediátrica. **Rev Paul Pediatra**. Londrina, v. 31, n. 2, p. 205-210, 2013.

RASMUSSEM, V. S. Conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais em gestantes adolescentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Santa Catarina, v.40, n. 4, 2011.

RIBEIRO *et al.* A gravidez na adolescência e os métodos contraceptivos: a gestação e o impacto do conhecimento. **Revista Nursing**. V. 22, n. 253, p. 2990-2994, 2019.

RIBEIRO, E.R. *et al.* Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**. V. 34, p. 136-42, 2000.

SABROZA, A. R. *et al.* Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999-2001). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 130-137, 2004.

SANTOS, N. L. A. C. *et al.* Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciênc. saúde coletiva**. Bahia, v. 19, n. 3, mar., 2014.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. **Manual técnico**: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde. 4ª ed. São Paulo: Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, 2012.

SILVA, L. N. *et al.* Experiência de gravidez e aborto em crianças, adolescentes e jovens em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio Grande do Sul, v. 23, n. 4, p. 1055-1066, 2018.

SILVA, S. M. D. T. *et al.* Diagnóstico do conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade. **Acta Paul Enferm**. Portugal, v. 33, p. 1-7, 2020.

SILVA, T. P. R. Condições hospitalares adquiridas e tempo de permanência no ciclo gravídico-puerperal. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 53, 2019.

SOUTO, R. M. C. V. *et al.* Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. **Ciencia & Saúde Coletiva**. Goiás, v. 22, n. 9, p. 2909-2918, 2017.

SOUZA, K. R.; KERBAUY, M. T. M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **Educação e filosofia**. V. 31, n. 61, p.21-44, 2017.

SOUZA, L. B.; PINTO, M. P. P.; FIORATI, R. C. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cad. Bras. Ter. Ocup**. São Carlos, v. 27, n. 2, p. 251-269, 2019.

TEIXEIRA, S. C. R.; SILVA, L. W. S.; TEIXEIRA, M. A.; Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 37-44, jan.-mar., 2013.

VASCONCELOS, A. C. S. *et al.* Eu virei homem!: a construção das masculinidades para adolescentes participantes de um projeto de promoção de saúde sexual e reprodutiva. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 186-197, 2016.

XIMENES-NETO, F. R. G. *et al.* Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 6, n. 3, p. 279-85, maio-jun. 2007.

VICENTE, A. C.; LIMA, A. K. B. S.; LIMA, C. B. Parto cesáreo e parto normal: uma abordagem acerca dos riscos e benefícios. **Temas em Saúde**. João Pessoa, v. 17, n. 4, 2017.