

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - CAMPUS PINHEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, NATURAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

YAGO GALVÃO VIANA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS NO MUNICÍPIO DE PINHEIRO DE 2006 A 2016**

Pinheiro

2019

YAGO GALVÃO VIANA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS NO MUNICÍPIO DE PINHEIRO DE 2006 A 2016**

Artigo científico apresentado à Coordenação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Pinheiro, como requisito parcial à obtenção do grau de Médico.

Orientadora: Prof.^a Esp. Andréa de Neiva Granja.

Pinheiro

2019

VIANA, YAGO GALVÃO.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS NO MUNICÍPIO DE PINHEIRO DE 2006 A 2016 / YAGO GALVÃO VIANA. - 2019.

24 f.

Orientador(a): ANDRÉA DE NEIVA GRANJA.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Pinheiro, 2019.

1. Coeficiente de natalidade. 2. Gravidez na adolescência. 3. Recém nascido de baixo peso. 4. Recém nascido prematuro. I. GRANJA, ANDRÉA DE NEIVA. II. Título.

YAGO GALVÃO VIANA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS NO MUNICÍPIO DE PINHEIRO DE 2006 A 2016**

Artigo científico apresentado à Coordenação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Pinheiro, como requisito parcial à obtenção do grau de Médico.

Orientadora: Prof.^a Esp. Andréa de Neiva Granja

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Andréa de Neiva Granja (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Esp. Carla Maria Lisboa Fernandes
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Consuelo Penha Castro Marques
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Me. Teresa Cristina Alves Ferreira
Universidade Federal do Maranhão

RESUMO

Objetivo: Definir o perfil epidemiológico das gestantes adolescentes de 10 a 19 anos, além de avaliar variáveis perinatais e taxa de fecundidade referentes a essa população, no município de Pinheiro-MA de 2006 a 2016. **Métodos:** Estudo transversal, ecológico, realizado com dados obtidos do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC). As variáveis do estudo foram faixa etária materna, escolaridade, estado civil, número de consultas pré-natal, tipo de parto, número de semanas, peso ao nascer. Foi realizado cálculo das taxas de fecundidade para as faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. Através do método de regressão linear foi avaliado a tendência da taxa de fecundidade para adolescentes e estimar valores para os próximos anos. **Resultados:** 27,39% dos nascidos vivos do estudo eram de mulheres de 10 a 19 anos. A média total de nascidos vivos foi 18,82 para adolescentes de 10 a 14 anos e 399 para as de 15 a 19 anos. De 10 a 14 anos, 67,6% apresentaram 4 a 7 anos de estudo, enquanto no grupo de 15 a 19 anos, 52,9% tinham de 8 a 11 anos de escolaridade. O estado civil solteiro, tipo de parto normal e a realização de 4 a 6 consultas pré-natal foram tiveram maiores proporções nas duas idades. Mulheres de 10 a 14 anos apresentaram as maiores frequências de muito prematuros (4,3%), prematuros tardios a moderado (10,6%), de baixo peso extremo (1,4%), muito baixo peso (0,9%) e baixo peso (16,4%). De 10 a 14 anos, a taxa de fecundidade média foi de 4,4/1.000 mulheres e no grupo de 15 a 19 anos, de 91/1.000. **Conclusão:** A gravidez na adolescência continua sendo um desafio para as políticas de assistência à saúde no Brasil, em especial no município, pois sua ocorrência não está apenas relacionada a idade materna, mas a situações sociais e econômicas na qual as adolescentes estão expostas.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Coeficiente de natalidade; Recém nascido de baixo peso; Recém nascido prematuro.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological profile of pregnant women aged 10 to 19 years, in addition to examining perinatal variables and fecundity rate for this population, in the municipality of Pinheiro-MA from 2006 to 2016. **Methods:** Cross-sectional study performed with data from the National System of Live Births (SINASC). The variables of the study were school age, schooling, marital status, number of prenatal consultations, type of delivery, number of weeks, birth weight. It was calculated the fertility rates for the age groups of 10 to 14 years and 15 to 19 years. Using the linear regression method, the trend of the fertility rate for adolescents was evaluated and the values for the next years were estimated. **Results:** 27.39% of the live births of the study were women aged 10 to 19 years. The mean number of live births was 18.82 for adolescents aged 10 to 14 years and 399 for those aged 15 to 19 years. From 10 to 14 years old, 67.6% had 4 years of schooling, while in the 15-19 age group, 52.9% had 8 years and 11 years of schooling. The single marital status, type of normal delivery and the accomplishment of 4 to 6 prenatal visits for the main proportions in the two ages. Women between the ages of 10 and 14 had the highest frequencies from very premature (4.3%), premature late to moderate (10.6%), low-weight extremities (1.4%), very low birth weight. From the age of 10 to 14, the average fertility rate was 4.4 / 1,000 women and no group aged 15 to 19 years, of 91/1000. **Conclusion:** Adolescent medicine remains a challenge for health care policies in Brazil, especially in the municipality, because its absence is only related to maternal age, but there are a number of social and economic situations in which children are exposed.

Keywords: Adolescent pregnancy; Birth rate; New born low weight; Newborn premature.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	METODOLOGIA.....	9
3	RESULTADOS	11
4	DISCUSSÃO	16
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
	REFERÊNCIAS.....	21

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS NO MUNICÍPIO DE PINHEIRO DE 2006 A 2016

Yago Galvão Viana*

Andrea de Neiva Granja**

RESUMO

Objetivo: Definir o perfil epidemiológico das gestantes adolescentes de 10 a 19 anos, além de avaliar variáveis perinatais e taxa de fecundidade referentes a essa população, no município de inheiro-MA de 2006 a 2016. **Métodos:** Estudo transversal, ecológico, realizado com dados obtidos do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC). As variáveis do estudo foram faixa etária materna, escolaridade, estado civil, número de consultas pré-natal, tipo de parto, número de semanas, peso ao nascer. Foi realizado cálculo das taxas de fecundidade para as faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. Através do método de regressão linear foi avaliado a tendência da taxa de fecundidade para adolescentes e estimar valores para os próximos anos. **Resultados:** 27,39% dos nascidos vivos do estudo eram de mulheres de 10 a 19 anos. A média total de nascidos vivos foi 18,82 para adolescentes de 10 a 14 anos e 399 para as de 15 a 19 anos. De 10 a 14 anos, 67,6% apresentaram 4 a 7 anos de estudo, enquanto no grupo de 15 a 19 anos, 52,9% tinham de 8 a 11 anos de escolaridade. O estado civil solteiro, tipo de parto normal e a realização de 4 a 6 consultas pré-natal foram tiveram maiores proporções nas duas idades. Mulheres de 10 a 14 anos apresentaram as maiores frequências de muito prematuros (4,3%), prematuros tardios a moderado (10,6%), de baixo peso extremo (1,4%), muito baixo peso (0,9%) e baixo peso (16,4%). De 10 a 14 anos, a taxa de fecundidade média foi de 4,4/1.000 mulheres e no grupo de 15 a 19 anos, de 91/1.000. **Conclusão:** A gravidez na adolescência continua sendo um desafio para as políticas de assistência à saúde no Brasil, em especial no município, pois sua ocorrência não está apenas relacionada a idade materna, mas a situações sociais e econômicas na qual as adolescentes estão expostas.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Coeficiente de natalidade; Recém nascido de baixo peso; Recém nascido prematuro.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological profile of pregnant women aged 10 to 19 years, in addition to examining perinatal variables and fecundity rate for this population, in the municipality of Pinheiro-MA from 2006 to 2016. **Methods:** Cross- performed with data from the National System of Live Births (SINASC). The variables of the study were school age, schooling, marital status, number of prenatal consultations, type of delivery, number of weeks, birth weight. It was calculated the fertility rates for the age groups of 10 to 14 years and 15 to 19 years. Using the linear regression method, the trend of the fertility rate for adolescents was evaluated and the values for the next years were estimated. **Results:** 27.39% of the live births of the study were women aged 10 to 19 years. The mean number of live births was 18.82 for adolescents aged 10 to 14 years and 399 for those aged 15 to 19 years. From 10 to 14 years old, 67.6% had 4 years of schooling, while in the 15-19 age group, 52.9% had 8 years and 11 years of schooling. The single marital status, type of normal delivery and the accomplishment of 4 to 6 prenatal visits for the main proportions in the two ages. Women between the ages of 10 and 14 had the highest frequencies from very premature (4.3%), premature late to moderate (10.6%), low-weight extremities (1.4%), very low birth weight From the age of 10 to 14, the average fertility rate was 4.4 / 1,000 women and no group aged 15 to 19 years, of 91/1000. **Conclusion:** Adolescent medicine remains

* Aluno de Graduação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Pinheiro, Maranhão, Brasil. E-mail: yagogalvaoviana@yahoo.com.br

** Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Pinheiro, Maranhão, Brasil. E-mail: andreadeneivagranja@hotmail.com

a challenge for health care policies in Brazil, especially in the municipality, because its absence is only related to maternal age, but there are a number of social and economic situations in which children are exposed.

Keywords: Adolescent pregnancy; Birth rate; New born low weight; Newborn premature.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) a adolescência é definida pelo período que varia dos 10 aos 19 anos de idade, e representa a transição da infância para a vida adulta, por este motivo é marcada pelo desenvolvimento físico, sexual, mental, emocional e social. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescência a faixa etária dos 12 aos 18 anos de idade, e em casos excepcionais até aos 21 anos. Independente da definição, é importante observar a variabilidade na qual esse processo de mudanças ocorre nos indivíduos, quanto ao tempo de início, duração, progressão do desenvolvimento puberal e como os sexos, aspectos familiares, fatores ambientais, contextos sociais podem interferir no curso desse processo. (EISENSTEIN, 2005; SILVA; SURITA, 2012).

Neste panorama, a ocorrência crescente de gestações na adolescência em especial nos países em desenvolvimento, tem representado um desafio às políticas públicas de saúde, principalmente em decorrência dos impactos sociais, econômicos, educacionais, psicológicos e familiares que geram, assim como interferem nos indicadores socioeconômicos, de saúde materna e neonatal dos países (QUEIROZ *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2014).

De acordo com o Fundo Nacional das Nações Unidas, cerca de 16 milhões de meninas com idade entre 15 a 19 anos e 1 milhão de meninas abaixo de 15 anos, dão à luz todos os anos no mundo. Até 2030 é estimado que 20 milhões estejam grávidas, considerando – se um dos maiores problemas de saúde pública mundial. Segundo a OMS, metade desses nascimentos ocorre em apenas sete países, estando o Brasil entre eles. Mundialmente, a taxa de natalidade entre 2007 e 2012 para mães entre 15 a 19 anos era cerca de 50 a cada 1.000. Taxas mais altas foram relatadas em países em desenvolvimento na África subsaariana e no Brasil, onde em 2012 registrou-se uma taxa de 68 nascimentos a cada 1.000 gestantes entre 15 a 19 anos. Em 2015, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) estimou a taxa de fertilidade em mulheres de 15 a 19 anos entre os anos de 2004 e 2014; o indicador foi de 78,8

em 2004, para 60,5 crianças em 2014, por cada 1.000 mulheres no grupo de etário. A participação das adolescentes na taxa de fertilidade total, permaneceu alta, foi de 18,8% para 17,4%, respectivamente, no mesmo período (SILVA; SURITA, 2017; SOUZA *et al.*, 2017).

No Brasil, o número de partos entre 10 a 19 anos, atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS), reduziu-se em mais de 22% na segunda metade da década passada, e entre 2000 a 2009, após a diminuição de 15,6% na primeira metade, decresceu 34,6% em todo o período. Entretanto, pela extensão do território nacional, existem diferenças regionais e sociais que não seguem essa tendência, principalmente em lugares mais pobres e com níveis educacionais mais baixos (SILVA; SURITA, 2012).

Os estudos sobre este fenômeno apontam para os riscos e indicam que a gravidez na adolescência está relacionada à maior proporção de prematuridade, baixo peso ao nascer e elevadas taxas de mortalidade neonatal. Alguns estudos sugerem que a incidência de baixo peso chega a ser duas vezes maior, e a de mortalidade neonatal três vezes maior no grupo de adolescentes. O risco elevado à complicações obstétricas estaria relacionado a mecanismos biológicos como imaturidade do ciclo reprodutivo, ganho desproporcional de peso durante a gestação e fatores socioculturais, como pobreza, baixo nível de instrução e acompanhamento pré natal insuficiente. (ROTH; HENDRICKSON; STONWELL, 1998; GAMA *et al.*, 2001; AMAYA; BORRERO; UCRÓS, 2005).

Em relação à saúde materna, diversas complicações como anemia, pré-eclâmpsia e sangramento puerperal são mais frequentes em gestantes adolescentes do que em adultas. (KIRBAS; GULERMAN; DAGLAR, 2016) Consequentemente, a mortalidade materna por problemas relacionados à gravidez e ao parto é mais alta em mulheres na faixa 15 a 19 anos de idade. (MARTINS *et al.*, 2012).

Analisando os fatores socioculturais associados a ocorrência da gestação na população em questão, observou-se através dos estudos que a taxa de fecundidade em adolescentes negras é em torno de 3 vezes maior do que em brancas. Baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade estão associados a maiores índices de gestações na adolescência, que somado à evasão escolar contribui para perpetuação das diferenças socioeconômicas (CHALEM *et al.*, 2007).

Entretanto, estudos recentes tem criticado o enfoque homogeneizador da adolescente grávida na literatura, retratando a jovem como vítima de sua irresponsabilidade ou ignorância, e reforçando a invisibilidade do parceiro masculino

neste cenário. É importante ressaltar a heterogeneidade dos contextos sociais e regionais, e que cada gravidez com suas particularidades são essenciais para compreender este fenômeno (AQUINO *et al.*, 2003).

Outros aspectos perpassam esta problemática como o início precoce da idade sexual e a inutilização de métodos contraceptivos, em especial a camisinha, predispondo à maior exposição a infecções sexualmente transmissíveis. Um estudo com jovens em uma capital nordestina, mostrou estreita relação entre o número de gestações e a idade de iniciação sexual, quanto mais precoce deu-se o início da vida sexual maior foi a quantidade de gestações. O mesmo estudo revela ainda que grande parte das jovens não fizeram uso de método anticoncepcional, e isso pode ter se repetido, devido a recorrência da gravidez. Uma a cada duas jovens participantes do estudo era reincidente e uma a cada cinco já tinha tido pelo menos três gestações. (MARANHÃO *et al.*, 2017).

Dada a complexidade desse cenário e as controvérsias apresentadas em estudos no Brasil e no mundo é indispensável traçar planos e estratégias que ofereçam suporte e orientação à meninas e meninos no início de sua atividade sexual e assistência às mães adolescentes, de forma a amenizar os riscos à qual uma gravidez nesta faixa etária pode expor e ainda minimizar os impactos sociais que possam vir ocorrer em decorrência disso.

Desta forma, pela ausência de estudos prévios que abordem a gravidez na adolescência em Pinheiro – MA e a relevância pública do assunto atualmente, é essencial conhecer as características sociodemográficas, gestacionais e as taxas de fertilidade para avaliar os desfechos e as demandas de saúde deste público em nível municipal e regional, levando a identificação dos progressos alcançados ou de problemáticas, que precisam ser superadas nos próximos anos. Dito isto, o estudo tem como finalidade caracterizar o perfil epidemiológico da gravidez na adolescência e dos fatores associados no município de Pinheiro de 2006 à 2016.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo, ecológico, que utilizou dados provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) obtidas através do DATASUS para o município de Pinheiro-MA do período de janeiro de 2006 a dezembro de 2016. Esse sistema contém informações coletadas a partir

das Declarações de Nascidos Vivos nos estabelecimentos de saúde e nos cartórios (em caso de partos domiciliares), sendo abastecido pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O município de Pinheiro está localizado no noroeste do Maranhão, pertencendo a microrregião da Baixada Maranhense. Possui área de aproximadamente 1.512,966 km², população estimada em 2018 de 82.990 habitantes, densidade demográfica de 51,67 hab/km². Segundo o Censo de 2010 do IBGE, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,637 e o índice de Gini da renda familiar per capita em torno de 0,5226 (IBGE, 2010). Logo por ser o município de maior porte e de referência para a Baixada Maranhense, representa uma amostra de uma região de intensas desigualdades sociais e econômicas, constituindo um cenário em que a gravidez na adolescência é uma realidade presente.

As variáveis do estudo foram categorizadas em sociodemográficas maternas (faixa etária materna, escolaridade e estado civil), relacionadas à gestação e ao parto (número de consultas pré-natal e tipo de parto) e relacionadas ao recém-nascido (número de semanas e peso ao nascer). Quanto ao número de consultas pré-natal, segundo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, foi classificado como nenhuma consulta pré-natal, incompleto (1 a 6 consultas) e completo (>6 consultas). Em relação às variáveis relacionadas ao recém-nascido (RN), segundo a OMS, o peso ao nascer foi classificado como baixo peso ao nascer (2.499-1.500g), muito baixo peso ao nascer (1.499-1.000g) e extremamente baixo peso ao nascer (<1.000g). Ainda relacionada ao RN, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o número de semanas foi classificado como prematuro extremo (<27 semanas), muito prematuro (28-31 semanas), prematuro tardio a moderado (32-36 semanas), à termo (37-41 semanas) e pós termo (> 42 semanas).

Os dados foram tabulados em uma planilha do Microsoft Office Excel 2016® para elaboração do banco de dados. Os dados relacionados a cada variável foram organizados em tabelas e agrupados a partir da idade gestacional materna em 4 grupos etários, dois grupos referentes a população materna adolescente (10 a 14 anos e 15 a 19 anos) e dois grupos referentes a gestação em adultas, para efeito comparativo (20 a 34 anos e de 35 a 49 anos). A partir das tabelas geradas foram realizados cálculos de frequência e estatística descritiva para obtenção de medidas

de mínima, máxima, tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação).

Foram ainda calculados os coeficientes de fecundidade dos dois grupos etários referentes a população materna adolescente, a partir da razão entre número de nascidos vivos e número de mulheres em cada faixa etária. A taxa de fecundidade corresponde a quantidade de nascidos vivos a cada 1.000 mulheres para uma faixa etária em um determinado local. Admitiu-se, a população feminina de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000 para cálculo de coeficiente dos anos de 2006 a 2009, e do Censo de 2010, para os anos de 2010 a 2016.

Para análise de tendência do coeficiente de fecundidade da população materna adolescente, utilizou-se o programa estatístico IBM SPSS, adotando o método de regressão linear que verifica a existência de uma relação funcional entre uma variável dependente com uma variável independente. Ela tenta explicar a variação da variável dependente pela variação da variável independente. Portanto, o r^2 indica quanto da variação total é comum aos elementos que constituem os pares analisados. Varia de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1 maior a validade da regressão. Para expressar a interação entre a variável independente com a dependente gera-se um gráfico chamado de diagrama de dispersão para observar se há associação linear entre duas variáveis e se essa associação é positiva (reta imaginária ascendente) ou negativa (reta imaginária descendente). Em termos práticos, o r^2 indica quantos por cento da variação da variável dependente é explicado pela variação da variável independente.

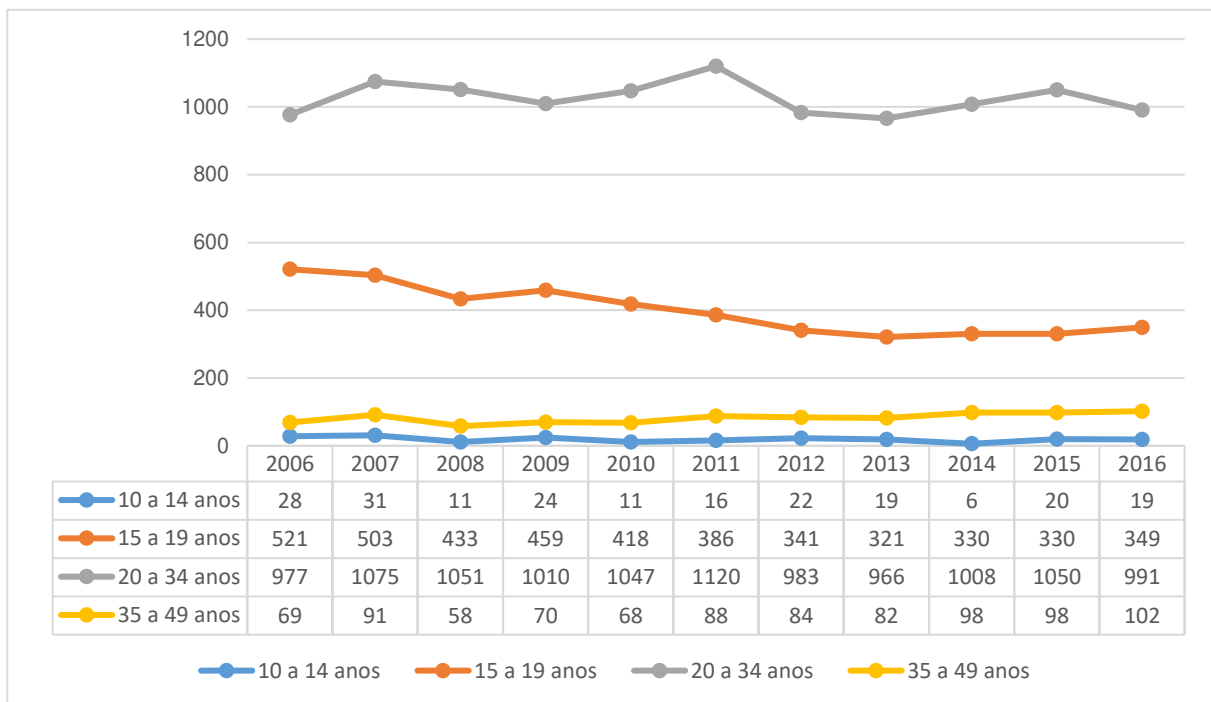
Por tratar-se de um estudo que utiliza dados provenientes de banco de dados secundários de domínio público, não foi necessária submissão e aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS

No município de Pinheiro – MA, segundo o SINASC, de 2006 a 2016 foram registrados 16.785 nascimentos de mulheres de 10 a 49 anos de idade. Entre as adolescentes da faixa etária de 10 a 14 anos foram registrados 207 nascimentos e 4.391 nascimentos na faixa dos 15 a 19 anos. A população materna adolescente totalizou cerca de 27,39% dos nascidos vivos de mulheres entre 10 a 49 anos, nos anos do estudo. A média total de nascidos vivos nos anos do estudo, foi de 18,82 para

adolescentes de 10 a 14 anos e 399 para as de 15 a 19 anos. O desvio padrão foi de 7,5 para o primeiro grupo e 72,4 para o segundo grupo de adolescentes. O maior número de nascimentos pros dois grupos em questão ocorreu em 2006, onde foram registrados 28 nascimentos para mulheres de 10 a 14 anos e 521 para mulheres de 15 a 19 anos. O menor número de nascidos vivos no grupo de 10 a 14 anos ocorreu em 2014 e para o grupo de 15 a 19 anos em 2013, correspondendo a 6 e 321 nascidos vivos respectivamente (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Número de nascidos vivos por faixa etária materna, de 2006 a 2016, em Pinheiro - MA



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

No grupo de mulheres de 10 a 14 anos, 67,6% apresentaram 4 a 7 anos de estudo, enquanto no grupo de 15 a 19 anos, 52,9% tinham de 8 a 11 anos. Nenhum nível de escolaridade e de 1 a 3 anos de estudo, apresentaram maiores proporções nas mulheres de 10 a 14 anos. Em relação ao estado civil, ambos os grupos eram majoritariamente solteiras, sendo em segundo lugar mais frequente a união estável. A cerca do tipo do parto os dois grupos tiveram o parto vaginal como mais frequente, ambos com cerca de 77% e cesárias com 22%. Quanto ao número de consultas pré-natal, nos dois grupos foi mais frequente a realização de 4 a 6 consultas. Porém, vale ressaltar, que o grupo de 10 a 14 anos apresentou maior frequência de nenhuma consulta pré-natal realizada (8,7%) em comparação ao grupo de maior idade (4,4%).

Notou-se também que a realização de mais de 6 consultas foi mais frequente no grupo de 15 a 19 anos do que no grupo de mulheres mais jovens (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e relacionadas à gravidez e ao parto de mães adolescentes, de 2006 a 2016, em Pinheiro – MA

Características	10-14 anos		15-19 anos	
	N	%	N	%
Escolaridade				
Nenhuma	6	2,9	44	1
1 a 3 anos	11	5,3	195	4,4
4 a 7 anos	140	67,6	1694	38,5
8 a 11 anos	48	23,2	2323	52,9
12 anos e mais	0	0	86	1,9
Ignorado	2	0,9	49	1,1
Estado civil				
Solteira	170	82,1	3169	72,1
Casada	1	0,4	158	3,6
Viúva	0	0	2	0,05
Separada judicialmente	0	0	0	0
União consensual	35	16,9	1043	23,7
Ignorado	1	0,4	19	0,4
Tipo de parto				
Vaginal	161	77,7	3420	77,8
Cesáreo	46	22,2	971	22,2
Consultas pré-natal				
Nenhuma	18	8,7	195	4,4
1-3 consultas	59	28,5	1070	24,3
4-6 consultas	97	46,8	2264	51,5
>6 consultas	28	13,5	813	18,5
Ignorado	5	2,4	49	1,1

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Quando analisado as variáveis relacionadas ao RN como idade gestacional e peso ao nascer comparado com outros grupos maternos, a faixa etária de 10 a 14 anos apresentou as maiores frequências de nascidos vivos muito prematuros (4,3%), prematuros tardios a moderado (10,6%), de baixo peso extremo (1,4%), muito baixo peso (0,9%) e baixo peso (16,4%). Em consequência disso, apresentou as menores frequências de nascidos vivos à termo (77,2%) e de peso maior que 2.500g (81,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Características relacionadas ao recém-nascido de mães adolescentes e de adultas, de 2006 à 2016, em Pinheiro – MA

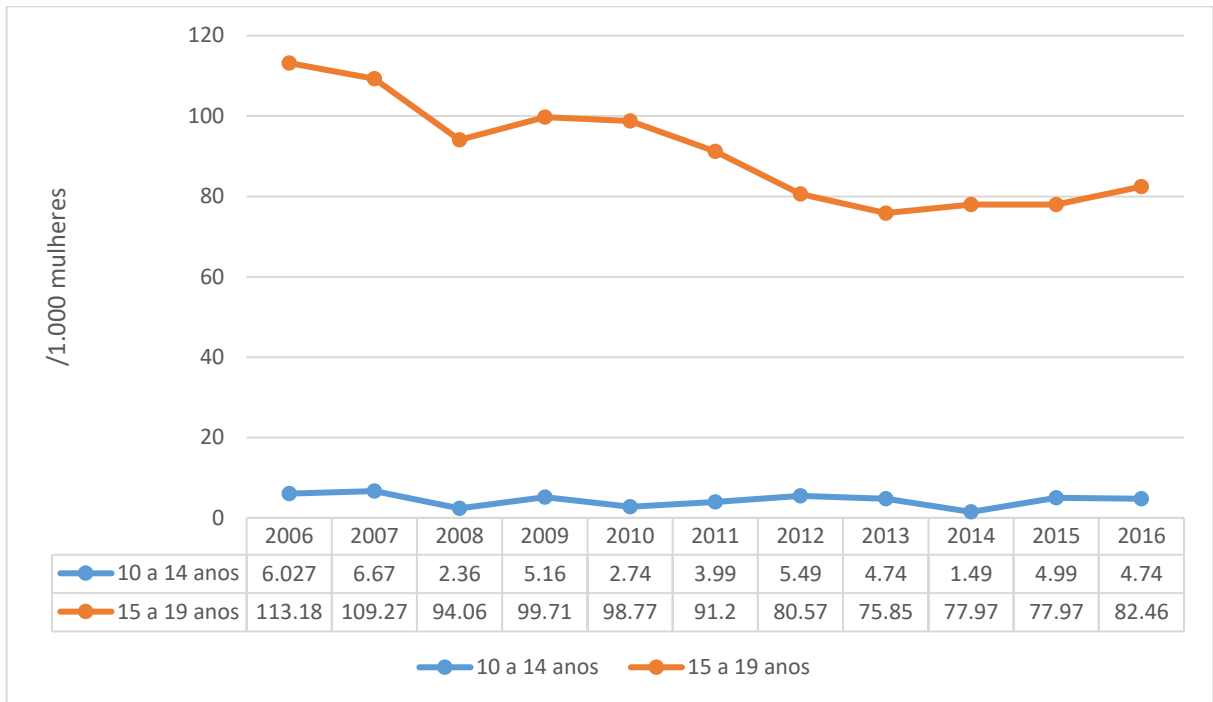
Características	10-14 anos		15-19 anos		20-34 anos		35-49 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade gestacional								
Prematuro extremo	1	0,4	28	0,6	41	0,3	6	0,6
Muito prematuro	9	4,3	68	1,5	122	1	7	0,7
Prematuro tardio a moderado	22	10,6	281	6,4	675	5,9	71	7,8
À termo	160	77,2	3674	83,6	9576	84,9	752	82,8
Pós-termo	10	4,8	215	4,9	537	4,7	30	3,3
Ignorado	5	2,4	125	2,8	327	2,9	42	4,6
Peso ao nascer								
Baixo peso extremo	3	1,4	21	0,4	28	0,2	2	0,2
Muito baixo peso	2	0,9	28	0,6	48	0,4	5	0,5
Baixo peso	34	16,4	354	8,0	624	5,5	66	7,2
>2.500g	168	81,1	3987	90,8	10577	93,7	835	91,9
Ignorado	0	0	1	0,02	1	0,1	0	0

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A partir do cálculo da taxa de fecundidade foi possível obter a quantidade de nascidos vivos para cada 1.000 mulheres dos dois grupos de adolescentes ao longo dos anos. Na faixa etária de 10 a 14 anos, a taxa de fecundidade média foi de 4,4, com desvio padrão de 1,6 e variação de 36,3% nos anos do estudo. No grupo de 15 a 19 anos, a média foi de 91, com desvio padrão e variação de 13,1 e 14,4% respectivamente (Gráfico 2).

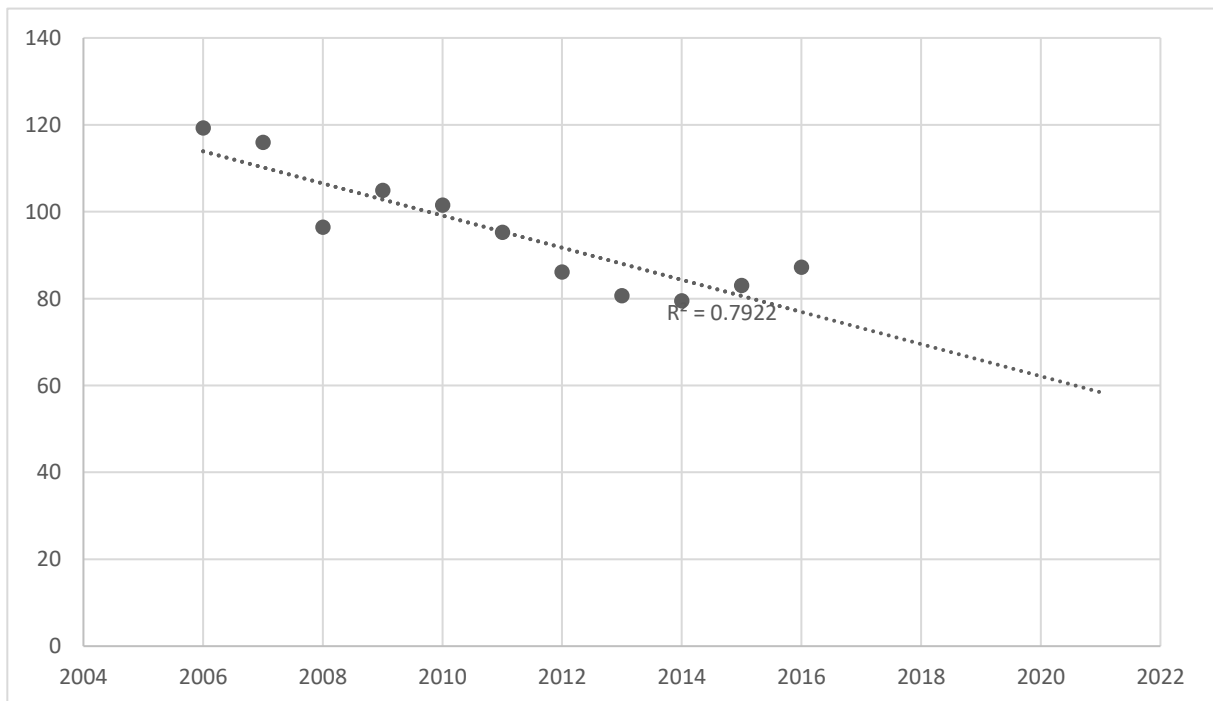
Ao traçar uma linha de tendência sobre a taxa de fecundidade de mães adolescentes de 10 a 19 anos ao longo do período do estudo, encontrou-se o gráfico abaixo (Gráfico 3). Analisando o valor de correlação entre os anos e a taxa de fecundidade foi encontrado um valor de -0,91, ou seja, existe uma forte força de correlação, porém de forma inversa ou de decréscimo, o que mostra que com o passar dos anos a taxa diminuiu e tende a diminuir. Ao calcular o r^2 encontrou-se o valor de 0,7922, significando que cerca de 79% da variação que acontece na taxa de fecundidade é explicada pela variação dos anos. Logo, ao calcular o valor de projeção da taxa de fecundidade, através da equação do gráfico, para o ano de 2021 foi estimado um coeficiente de 58,44, e para 2028 de 32,55.

Gráfico 2 - Taxa de fecundidade materna de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, de 2006 a 2016, no município de Pinheiro – MA



Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Gráfico 3 - Gráfico de tendência da taxa de fecundidade da população materna adolescente de 10 a 19 anos, em Pinheiro – MA



Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

4 DISCUSSÃO

Mundialmente sabe-se que 25% das mulheres têm seu primeiro filho até os 20 anos de idade. De acordo com o Censo de 2010, existem no Brasil aproximadamente 17 milhões de mulheres na adolescência, que representam mais de um terço do total de jovens do país, gerando um milhão de gestações ao ano. Desta forma a gravidez na adolescência emerge no país como um crescente problema de saúde pública não apenas devido as complicações obstétricas, com repercussões maternas e ao recém-nascido, mas também pelos problemas psicossociais e econômicos associados (MARTINS *et al.*, 2012).

Este estudo encontrou uma prevalência de gravidez na adolescência, para o município de Pinheiro, de 27,39%. O resultado aproxima-se da taxa de prevalência nacional de 26,4% observada através de uma metanálise (AZEVEDO *et al.*, 2015). Valores menores foram obtidos em um estudo realizado em um Hospital Universitário em São Luís (25,4%) e em Feira de Santana (21,6%) (MARTINS *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2002). Um estudo multicêntrico realizado em 3 capitais encontrou prevalência mais alta (29,5%), sendo a gravidez em menores de 15 anos com menor frequência (1,6%) que corrobora com a proporção aproximada encontrada em Pinheiro para faixa etária de 10 a 14 anos (1,23%). Embora seja pequeno o impacto desse evento, não deixa de ser importante por ser uma gravidez de risco com maiores chances de complicações obstétricas e também pela possibilidade de estar associada a violência sexual (HEILBORN *et al.*, 2003; SIMÕES *et al.*, 2003). Ainda assim, as taxas nacionais são consideradas elevadas quando comparadas com as de países desenvolvidos, como o Canadá, França e Suécia, que apresentaram respectivamente, 11%, 6% e 4%. Em 2001, nos Estados Unidos, a prevalência de gravidez em mulheres de 10 a 19 anos foi de 4,1% (MARTINS *et al.*, 2012).

Quando avaliado a escolaridade, o estudo encontrou que entre as adolescentes do município na faixa etária de 10 a 14 anos houve maior frequência de ensino fundamental incompleto (67,6%), se comparado com as de 15 a 19 anos que apresentavam maior proporção para 8 a 11 anos de estudo (52,9%). Nesse contexto, um inquérito populacional realizado em 3 capitais brasileiras constatou que 59,6% das mães adolescentes tinham nível fundamental incompleto e que a prevalência de gravidez na adolescência foi 13 vezes maior em jovens que tinham primeiro grau incompleto do que as que tinham iniciado o nível superior (HEILBORN *et al.*, 2003).

Isso pode reforçar a relação entre gravidez e abandono escolar que resulta em comprometimento das condições socioeconômicas dessas adolescentes, restringindo as oportunidades de qualificação profissional e acadêmica, e dificultando a inserção no mercado de trabalho, gerando dependência financeira do companheiro ou da família.

Em 2009, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) revelou que 28% das meninas que abandonaram a escola, fizeram pelo fato de estarem grávidas. Em um estudo realizado em São José do Rio Preto, foi constatado que 75% das adolescentes deixaram os estudos devido a gravidez. Nesse sentido, a educação torna-se um importante mecanismo para as adolescentes por fortalecê-las a decidir sobre suas próprias vidas, desenvolver um comportamento planejado e consciente das repercussões de suas ações. Baixos níveis de instrução associam-se a maior dificuldade de entendimento da necessidade de cuidados especiais ao longo da gestação, conseqüentemente gera retardo do início ou ausência do pré-natal, alimentação inapropriada e hábitos de vida incompatíveis com o estado gravídico (MARTINS *et al.*, 2012).

Segundo um estudo realizado em 2003, 74,2% das gestações abaixo dos 20 anos se deram fora de uma união estável ou casamento, entretanto viviam em um contexto de relacionamentos afetivos, sendo a maioria deles com o parceiro que iniciaram a vida sexual. Isso pode sugerir que o início precoce da atividade sexual em jovens, em conjunto com baixo nível de informação sobre utilização de métodos contraceptivos como preservativos e anticoncepcionais orais, e ausência de educação sexual, contribuam para a manutenção desse cenário (HEILBORN *et al.*, 2003).

Um estudo em um hospital universitário encontrou entre as adolescentes a união consensual era mais frequente (66,1%), e que a proporção de solteiras (33,9%) era maior do a encontrada em adultas. Entretanto, no presente estudo verificou-se que as adolescentes no município de Pinheiro eram em grande proporção solteiras (82%) entre as mulheres de 10 a 14 anos e entre as de 15 a 19 anos (72%). O grande número de solteiras não exclui a possibilidade das jovens estarem em relacionamentos afetivos estáveis, mas também coloca em questão o abandono da figura do companheiro/paterna durante a gestação, que pode predispor sentimentos de não aceitação principalmente em casos de gestação não planejada, colocando em risco o grau de comprometimento dessas jovens em buscar assistência pré-natal e manutenção dos cuidados durante a gravidez (MARTINS *et al.*, 2012).

Em relação ao tipo de parto, o tipo vaginal apresentou frequência acima de 77% nas duas faixas etárias correspondentes a adolescência, com taxa de cesárea de 22% em ambas. Alguns estudos nacionais também encontraram incidência de cesarianas em adolescentes, variando de 20 a 33% (COSTA *et al.*, 2002). Um estudo realizado em uma maternidade na periferia de São Paulo, encontrou taxas de parto normal e cesáreo respectivamente, de 69,8% e 24,5% em puérperas menores de 16 anos (CHALEM *et al.*, 2007). Em Santa Catarina, a ocorrência de parto cesáreo entre mães de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos foram de 43,2% e 42,1%, respectivamente (SOUZA *et al.*, 2017). Esse resultado está acima do encontrado no presente estudo, o que coloca em questão as particularidades regionais. Embora teoricamente pela imaturidade biológica o parto em mulheres mais jovens pudesse predispor maior casos de distócia e partos complicados, entende-se que uma provável explicação para o baixo número de partos cirúrgicos esteja associado à maior número de nascimentos prematuros e de baixo peso que facilitariam o parto por via vaginal, mas também não se descarta o incentivo do Ministério da Saúde em diminuir a quantidade de cesáreas realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando analisado o pré-natal, o estudo avaliou que a maioria das adolescentes realizaram de 4 a 6 consultas, mas que 84% das mulheres de 10 a 14 anos e 80,2% das de 15 a 19 anos realizaram pré-natal inadequado, ou seja, menor que 7 consultas. Um estudo realizado no interior da Bahia avaliou que a maior proporção de pré-natal inadequado foi entre jovens de 10 a 16 anos (16,6%) e ao mesmo tempo apresentaram menor proporção de pré-natal adequado (25,9%) (COSTA *et al.*, 2002). Outro estudo realizado em Maceió encontrou uma incidência alta de adolescentes que realizaram menos de seis consultas no pré-natal (54,8%). No Ceará, 63,9% das adolescentes de 10 a 16 anos e 58,8% das de 17 a 19 anos, tiveram pré-natal inadequado (MAGALHÃES *et al.*, 2006). Logo, é evidente na população do estudo os altos índices de número de consultas pré-natal insuficientes, seja por negligência da própria mãe, seja pela falta de acesso às Unidades Básicas de Saúde, onde esse tipo de assistência é oferecido. Estudos verificaram que, com o aumento do número de consultas pré-natais, de nenhuma a três para sete ou mais, há redução de 14% para 4% da prevalência de baixo peso e/ou pré-termo (MARTINS *et al.*, 2012).

Em relação aos dados perinatais, observa-se que em grande parte da literatura sobre o tema, a prematuridade e o baixo peso ao nascer são desfechos com maior frequência esperada entre a população materna adolescente. Em especial a

prematuridade, por ser fator determinante na morbimortalidade neonatal, principalmente em países em desenvolvimento. Neste estudo, em comparação com as mulheres adultas, as adolescentes de 10 a 14 anos apresentaram maiores taxas de recém-nascidos muito prematuros (4,3%) e prematuros tardio a moderado (10,6%). Apesar da etiologia da prematuridade ser multifatorial, estudos comprovam que as adolescentes têm 75% mais risco de ter parto pré-termo do que mulheres adultas (MARTINS *et al.*, 2012). Um estudo semelhante realizado em Montes Claros identificou taxa de prematuridade mais elevada na população de 10 a 14 anos, em torno de 25% (GOLDENBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2006). Em comparação, um estudo realizado no Ceará em 2000, encontrou taxas de ocorrência de partos pré-termo de 20,2% dos partos de mulheres até os 16 anos, e acima dessa idade, 16,1% (MAGALHÃES *et al.*, 2006).

O extremo baixo peso, muito baixo peso e baixo peso tiveram maiores índices entre adolescentes de 10 a 14 anos em Pinheiro, apresentando frequência de 1,4%, 0,9% e 16,4% respectivamente. Através de um estudo realizado na Bahia, utilizando dados do SINASC de 2006 e 2012, chegou-se à prevalência de baixo peso de 12,2% em adolescentes de 10 a 19 anos, proporção abaixo do encontrado em Pinheiro levando-se em consideração os dois grupos etários do estudo. Observa-se na literatura, que as complicações da gestação estão menos associadas a maternidade e mais ao recém-nascido. Diversos estudos corroboram em dizer que o risco de prematuridade, baixo peso e muito baixo peso, e ainda mortalidade, é maior em filhos de mães adolescentes e que a realização do pré-natal completo, maior que 7 consultas, diminui as chances de intercorrências obstétricas e desfechos desfavoráveis (SANTOS *et al.*, 2014).

A taxa de fertilidade específica, para as faixas etárias adolescentes, serve como parâmetro para avaliar o impacto do número de gestações na população de jovens. E denota indiretamente as condições sociais, econômicas, de assistência à saúde primária e educação. Maiores taxas de fertilidade e seu crescimento estão relacionados a condições de pobreza, baixa escolaridade, baixa renda e poucas condições de acesso à saúde de qualidade, por isso deve ser estudada a nível nacional e regional afim de compreender o comportamento desse evento ao longo dos anos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente a taxa de fecundidade mundial para mulheres de 15 a 19 anos é de 46/1.000 sendo atribuído a

América Latina e Caribe a segunda maior taxa de fecundidade mundial, em torno de 66/1.000 nesta mesma faixa etária. Consequentemente, hoje 15% de todos os nascimentos na região são de mães com menos de 20 anos de idade. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) estima que 2% dos nascimentos na América Latina e Caribe atualmente, são de mulheres com idade menor que 15 anos, sendo a única região do mundo que apresenta tendência de crescimento do número de gestações nessa faixa de idade (OPS *et al.*, 2016).

No Brasil, de 1980 a 2015 a taxa apresentou queda de 79,8 para 68,4 na faixa etária de 15 a 19 anos. Um estudo na região Sul, avaliou a taxa de fertilidade nos anos de 2006 a 2013, e encontrou que entre as mulheres de 10 a 14 anos a taxa variou de 1,9 a 2,3 e entre as de 15 a 19 anos, variou de 49,1 a 55. (OPS *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2017). Em comparação ao cenário mundial e nacional, a cidade de Pinheiro, a partir deste estudo, obteve taxas de fecundidade médias maiores do que as encontradas na literatura atual, apresentando um coeficiente de 4,4 para adolescentes de 10 a 14 anos e de 91 na faixa etária de 15 a 19 anos. Este dado reflete a realidade de uma população com baixo nível socioeconômico observado a partir do IDHM de 0,637 e índice de Gini de 0,5226 (IBGE, 2010), na qual as jovens estão expostas a mais situações de vulnerabilidade, como pobreza, desnutrição, baixa escolaridade, violência sexual e escasso acesso a atenção primária.

A taxa de fecundidade em adolescentes vem decrescendo, principalmente nos últimos 15 anos, contudo de forma mais gradual do que em adultas (OPS *et al.*, 2016). Neste estudo através da análise de tendência da taxa de fecundidade nas jovens de 10 a 19 anos, constatou-se o mesmo comportamento de queda do coeficiente ao longo dos próximos anos, contudo de forma mais tardia, na qual níveis mais baixos do que a taxa nacional atual só seriam alcançados a partir de 2021, com valor estimado para 58,44.

Como limitação do trabalho destaca-se a utilização de informações de banco de dados secundários (DATASUS), que estão sujeitos a subnotificação e inconsistência, contudo ressalto a importância do mesmo por servir de base para elaboração de estudos epidemiológicos de amplitude regional e nacional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se, que através deste trabalho foi possível traçar o perfil epidemiológico da gravidez na adolescência no município de Pinheiro e entender seu comportamento ao longo dos anos do estudo. A gravidez na adolescência continua sendo um desafio para as políticas de assistência à saúde no Brasil, em especial no município, pois sua ocorrência não está apenas relacionada a idade materna, mas a situações sociais e econômicas na qual as adolescentes estão expostas.

Por ser um trabalho de caráter pioneiro, pode servir de base para a elaboração de mais estudos na área, assim como para o desenvolvimento de programas específicos visando esse público alvo, de forma a fortalecer o senso de autocuidado, criar uma rede de apoio, e conscientizar sobre a necessidade do planejamento familiar.

6 REFERÊNCIAS

AMAYA, J.; BORRERO, C.; UCRÓS, S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes e mujeres de 20 a 29 años em Bogotá. **Rev Colomb Obstet Ginecol**, Bogotá, v. 3, n. 56, p. 2016-224, 2005.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfil sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. supl. 2, n. 19, p.377-388, 2003.

AZEVEDO, Walter Fernandes de *et al.* Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. **Einstein (São Paulo, Brazil)**, v. 13, n. 4, p. 618–26, 2015.

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. 1, n. 23, p. 177-186, 2007.

COSTA, Maria Conceição *et al.* Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana , Bahia , Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 715–722, 2002.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

GAMA, S. G. N. D. *et al.* Gravidez na adolescência como fator de baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 1, n. 35, p. 74-80, 2001.

GOLDENBERG, Paulete; FIGUEIREDO, Maria do Carmo Tolentino; SILVA, Rebeca

de Souza e. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1077–1086, 2006.

HEILBORN, Maria Luiza *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil : a heterogeneidade dos perfis sociais. Adolescence and reproduction in Brazil : the heterogeneity of social profiles. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 377–388, 2003.

KIRBAS, A.; GULERMAN, H.; DAGLAR, K. Pregnancy in adolescence: is it an obstetrical risk?. **J Pediatr Adolesc Gynecol** , [S.l.], v. 04, n. 29, p. 367-371, 2016.

MAGALHÃES, Maria de Lourdes Caltabiano *et al.* Gestação na adolescência precoce e tardia - há diferença nos riscos obstétricos?. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 8, n. 28, p. 446-452, 2006.

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

MARTINS, Marília da Glória *et al.* Associa o de gravidez na adolescência e prematuridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 11, p. 354–360, 2012.

OPS *et al.* **Acelerar el progreso hacia la reducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe**. [S.l.: s.n.], 2016.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Grupo de gestantes adolescentes: contribui es para o cuidado no pré-natal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, n.esp. 37,ed. 2016-0029, p. 1-7, 2016.

ROTH, J.; HENDRICKSON, J.; STONWELL, D. W. The risk of teen mothers having low birth weight babies: implication of recent medical research for school health personnel. **J Sch Health**, Bloomington, v. 15, p. 444-456, 1998.

SANTOS, N. L. D. A. C. *et al.* Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 19, p. 719-726, 2014.

SILVA, J. L. P. E.; SURITA, F. G. C. Gravidez na adolescência: situa o atual. **Rev Brasil Ginecol Obstet.**, São Paulo, v. 8, n. 34, p. 347-350, 2012.

SILVA, J. L. P.; SURITA, F. G. Pregnancy In Adolescence - A Challenge Beyond Pubic Health Policies. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo, n. 39, p. 41-43, 2017.

SIMÕES, Vanda Maria Ferreira *et al.* Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Revista de Saude Publica**, v. 37, n. 5, p. 559–565, 2003.

SOUZA, M. D. L. *et al.* Taxa de fertilidade e desfecho perinatal em gravidez na adolescência: estudo retrospectivo populacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 25, ed. 2876, 2017.