

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS - LICENCIATURA

PAULA CRISTINA VIDAL NUNES

**Gravidez na Adolescência: análise comparativa de dados entre as capitais
Florianópolis-SC e Aracajú-SE nos anos de 2004 à 2013**

FLORIANÓPOLIS

2015

PAULA CRISTINA VIDAL NUNES

**Gravidez na Adolescência: análise comparativa de dados entre as capitais
Florianópolis-SC e Aracajú-SE nos anos de 2004 à 2013**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC
apresentado ao Curso de Ciências Biológicas
– Licenciatura.

Orientadora: Profª Drª Evelise Maria Nazari

Florianópolis, 2015

PAULA CRISTINA VIDAL NUNES

**Gravidez na Adolescência: análise comparativa de dados entre as capitais
Florianópolis-SC e Aracajú-SE nos anos de 2004 à 2013**

MSc. Eliane Cristina Zeni

MSc. Gilian Fernando Bourckhardt

Prof. Dr Paulo Fernando Dias

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado sabedoria e força, e por ter concedido a oportunidade de concretizar mais etapa na minha vida.

Meu carinhoso agradecimento a minha orientadora, professora Evelise, pela dedicação, exemplo de profissionalismo e disponibilidade de tempo, sempre com uma simpatia contagiante.

Os meus eternos agradecimentos aos meus pais, Paulo e Sandra, por todo carinho e dedicação. Se hoje cheguei até aqui é graças ao esforço, incentivo e amor de vocês.

À minha eterna estrela Aline (*in memoriam*), que sempre foi exemplo de força e coragem. Agradeço a Deus por você ter feito parte da minha história e ainda nos deixar essa lembrança linda que é a Isa, nosso maior motivo de alegria quando a saudade aperta. Tenho muito orgulho de ter sido sua irmã!

Ao meu amado irmão Rodrigo e minha mais que cunhada Aymarará, pelo companheirismo nas mais diversas situações. Obrigada por serem essas pessoas iluminadas, amo vocês.

Ao meu filho patudinho, Ziggy, por ter sido meu companheiro nessa caminhada e me ensinar todos os dias o verdadeiro significado das palavras lealdade e fidelidade. Mamãe te ama bichinho.

Aos meus padrinhos, primos e primas, sou eternamente grata por ter vocês por perto. As festas em família não são as mesmas se um de vocês não está.

À minha amada amiga de curso e que se tornou amiga de vida, Mariana. Você foi essencial na construção de quem sou hoje, nossas conversas com o Zeca serão lembradas pra sempre no nosso QG. Muito obrigada pela cumplicidade e parceria, amo você minha metade ruiva!

Aos queridos amigos que a Ilha me trouxe, Candelária, Tayrine, Gabriel, Videira, Ismael, Casaril, Biba, Keny, Cora, Anna, Adri, Luiba e Chefe. Obrigada pelas conversas, brincadeiras, enfim, por me aturarem, vocês fazem meus dias melhores. Amo cada um de um jeito especial.

Paula Cristina Vidal Nunes

RESUMO

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada por mudanças físicas/biológicas, emocionais e sociais. Nos últimos 20 anos, no Brasil, houve aumento da taxa específica de fecundidade e elevação relativa de nascimentos, entre mulheres de 10 a 19 anos de idade, em contraste com a tendência revelada em outros grupos etários. O presente estudo objetivou analisar quantitativamente os índices de gravidez na adolescência relacionados ao tempo gestacional, peso ao nascimento e tipo de parto, comparando as capitais Florianópolis/SC e Aracajú/SE entre os anos de 2004 a 2013. Observou-se um alto índice de casos de gravidez na adolescência na cidade de Aracajú. O tipo de parto vaginal foi consideravelmente maior nas duas capitais, podendo ser resultante do incentivo do Sistema Único de Saúde brasileiro em diminuir os partos operatórios. Muitos são os estudos na área da saúde pública e da clínica médica que apontam a gravidez na adolescência como sendo de alto risco para a saúde da mãe e/ou do recém-nascido. Observou-se uma relação entre a idade materna, idade gestacional e recém-nascidos de baixo peso em mães adolescentes, quando comparadas a mães adultas. Feita uma análise da literatura, pode-se relacionar estes resultados com a condição socioeconômica e cultural em que está inserida a jovem mãe, sendo que na cidade de Aracajú estes resultados foram mais bem aceitos estatisticamente. O desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas direcionadas a essa população são necessárias para uma melhor abordagem do tema.

Palavras-chave: gravidez precoce; puberdade; prematuridade, baixo peso.

ABSTRACT

Adolescence is the transition phase between childhood and adulthood having as main characteristics the physical/biological, emotional and social changes. Over the last 20 years, in Brazil, there was an increase of the specific fertility rate and also a relative increase of births among women between 10 and 19 years old, different of what has been observed in other age groups. The present study aimed to quantify the pregnancy rates in adolescence related to gestational period, birth weight and mode of delivery, comparing the capitals Florianópolis/SC and Aracajú/SE between the years 2004 to 2013. It was observed a high rate of teenage pregnancies in the city of Aracajú. Natural child birth rates were significantly higher in both capitals, what may be the result of the encouragement from the Sistema Único de Saúde (SUS) to decrease the cesarian sections. There are many studies regarding the public health and the clinical medicine pointing to teenage pregnancy as being of high risk for the health of the mother and/or the newborn. Also, observed a relationship between maternal age, premature births and infants with low birth weight in teenage mothers, in comparison with adult mothers. After a literature review, these results could be related with the socioeconomic and cultural conditions in which the young mother is inserted, and in the city of Aracaju these results were better accepted statistically. The development and implementation of effective public policies towards this population are necessary for a better approach to the issue.

Keywords: early pregnancy; puberty; prematurity; low birth weight.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Gravidez na Adolescência.....	9
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 Geral.....	13
2.2 Específicos.....	13
3. METODOLOGIA	14
4. RESULTADOS.....	15
5. DISCUSSÃO	20
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
7. REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

A transição entre a infância e a vida adulta compreende mudanças físicas/biológicas, emocionais e sociais e é conhecida como adolescência (MELEIS, 1997). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o limite cronológico da adolescência se dá dos 10 aos 19 anos de idade. Enquanto que no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA a adolescência compreende a faixa etária dos 12 aos 18 anos (Ministério da Justiça, Secretaria da Cidadania e Departamento da Criança e do Adolescente, 1990).

A adolescência se caracteriza por ser uma fase na qual o indivíduo estabelece sua identidade adulta a partir de internalizações e identificações ocorridas na infância, principalmente na relação com seus pais, mas também levando em conta as influências da sociedade em que vive. A adolescência é, portanto, um período que envolve também aspectos biopsicossociais (KNOBEL, 1992).

Durante a adolescência, as mudanças biológicas que definem as características sexuais primárias e secundárias correspondem à puberdade, sendo as primárias, aquelas ligadas às alterações físicas e hormonais necessárias à reprodução e as secundárias são as que diferenciam externamente o sexo masculino do feminino (POTTER e PERRY, 2006). A faixa etária que compreende a puberdade difere entre os sexos, enquanto que em meninas vai dos 10 aos 13, nos meninos compreende o período dos 12 aos 14 anos (TANNER, 1962).

A puberdade é um processo biológico que se caracteriza pelo conjunto de modificações físicas que transformam o corpo da criança no corpo adulto, capacitando-o para a reprodução. Estas mudanças corporais são parte de um processo contínuo e dinâmico. Durante esta fase, o corpo das meninas apresenta modificações como: o início dos ciclos reprodutivos e a primeira menstruação (menarca), a maturação das glândulas mamárias, o aparecimento de pelos na região pubiana e axilar e a expansão óssea da cintura pélvica. Entre os meninos, ocorre o aparecimento de pelos pubianos, axilares e faciais, crescimento do pênis e testículos, oscilação na entonação da voz, desenvolvimento da massa muscular, aumento de peso e estatura e a primeira ejaculação (PALÁCIOS e MARCHESI, 2004; TRIVELLATO, 2009).

As mudanças físicas citadas acima dependem da ação do hipotálamo, que é uma região do diencéfalo responsável por liberar sinais hormonais que estimulam a glândula hipófise a secretar os hormônios gonadotróficos, que por sua vez estimulam as gônadas

(ovários e testículos) a produzirem gametas (ovócitos e espermatozoides) e hormônios sexuais. A produção desses hormônios além de desencadear transformações a nível corporal, também influencia diretamente no comportamento dos adolescentes (MARSHALL e TANNER, 1986).

No âmbito das questões emocionais e de relacionamentos, por conta das mudanças hormonais, é comum, nos primeiros anos da adolescência que o indivíduo passe por conflitos internos, e se espera que com o amadurecimento da idade, aliado a uma diminuição da atividade hormonal, ocorra um equilíbrio (SILVA e MATTOS, 2004). Esses anos são marcados por comportamentos típicos, aquisição de novos valores, por uma intensa preocupação com o corpo, pela necessidade de pertencer a um grupo, pelos impulsos e emoções sexuais, que nesta fase estão ainda mais intensificadas e pela mudança repentina e imprevisível de humor e comportamento. Já um segundo momento, é caracterizado por uma maior estabilidade, no que diz respeito às oscilações hormonais e suas consequências. Nesta fase, o adolescente já possui uma identidade estabelecida e com isso, constrói um novo mundo social, porém junto com essa identidade, que lhe proporciona uma certa confiança, podem surgir os problemas clássicos da fase, como o abandono a escola, uma gravidez não desejada e o consumo de drogas e bebidas alcoólicas (MARTURANO et al., 2004).

Durante a adolescência se estabelecem novas relações do adolescente com ele mesmo, nova imagem corporal, novas relações com o meio social, com família e com os outros adolescentes. Nesta fase, os indivíduos sentem necessidade da independência, idealizam seus sonhos e constroem seus próprios projetos (BOCARDI, 2003). Estando a formação da personalidade em fase final, a sexualidade se insere nesse processo, sobretudo como um elemento estruturador, ou seja, se insere na construção da identidade do adolescente (OSÓRIO, 1992).

1.1 Gravidez na Adolescência

Apesar da grande quantidade de informações sobre sexualidade e métodos anticoncepcionais, os casos de gravidez na adolescência são frequentes mundialmente (BRANDÃO e HEILBORN, 2006). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos últimos 20 anos, houve aumento da taxa específica de fecundidade e elevação relativa de nascimentos, entre mulheres de 10 a 19 anos de idade, em contraste com a tendência revelada em outros grupos etários (IBGE, 2010). Foi

observado também este aumento de casos em alguns países da América Latina, o que deu ênfase ao argumento de que a gravidez na adolescência é um “problema social” (DIAS, 2006). Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), 32,8% dos jovens brasileiros entre 12 e 17 anos já iniciaram a vida sexual, sendo destes, 61% meninos e 39% meninas. Existe uma tendência na diminuição da idade da primeira relação. No Brasil, a idade média é de 16,9 anos para meninas e 15 anos para os meninos, sendo que essa iniciação precoce não vem acompanhada de cuidados com a anticoncepção, assim, a gravidez logo após o início da vida sexual é frequente. Em 1993, da população total de 15 a 24 anos, 26% das meninas já viveu uma gravidez (LOPES e MAIA, 1993). Dos 2,5 milhões de partos realizados em hospitais públicos no Brasil em 2000, 27,56% (689 mil) foram de mães com idade entre 10 e 19 anos (Ministério da Saúde, 2006).

Estão entre os motivos pelos quais as adolescentes engravidam, a falta de conhecimento sobre métodos contraceptivos aliados a dificuldade de acesso do adolescente a tais métodos, desejo de estabelecer uma relação estável com o parceiro, o fato de pensarem que não engravidam logo no início das relações sexuais, violência, e até mesmo o desejo pela maternidade com expectativa de mudança social e de obtenção de autonomia com o fato (DIAZ e DIAZ, 1999; REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004).

Estudos indicam que, 53% das adolescentes que engravidam completam o segundo grau, enquanto que, entre as adolescentes que não engravidam, esse número corresponde a 95%. Surge então uma necessidade de avaliação da questão, para implementação de medidas pertinentes a sua prevenção e direcioná-las aos grupos mais vulneráveis (BLUM et al., 1998; PATTA e BORSATTO, 2000). Em 70% dos casos estudados, a mãe da adolescente também foi mãe na adolescência, os cuidados com irmãos menores já eram praticados por 56% das adolescentes, evidenciando que, o exercício da maternidade já não era de todo desconhecido, pois já havia sido aprendido nos cuidados com irmãos (BELO e SILVA, 2004).

A maioria das adolescentes abandonam os estudos para cuidar da criança, o que faz com que aumente os riscos de desemprego, mudança de estrato sócio econômico e dependência econômica dos familiares, perpetuando-se assim, a pobreza, educação limitada, abuso e violência familiar tanto à mãe quanto à criança (SUZUKI et al., 2007). A gravidez na adolescência é uma realidade que abrange a todas as classes sociais, é importante que seja encarado não só pela família, mas em todas as esferas da sociedade.

Muitos são os estudos na área da saúde pública e da clínica médica que apontam a

gravidez na adolescência como sendo de alto risco para a saúde da mãe e/ou do recém-nascido. Estudos enfatizam uma maior probabilidade de mães adolescentes gerarem filhos com baixo peso ao nascer (nascidos com menos de 2,5 kg), ou prematuros (nascidos antes de completar 37 semanas de gestação) (CAMARANO, 1998; MONTEIRO, 1998; CARNEIRO e MATOS, 1999). Estas ocorrências podem estar ligadas a imaturidade anatômica e fisiológica das mães em decorrência da baixa idade (OLIVEIRA, 1998).

O peso ao nascer, obtido logo após o nascimento, está diretamente relacionado às condições de nutrição da gestante e do recém-nascido, sendo o principal fator determinante no aspecto do crescimento e desenvolvimento da criança, podendo também estar associado à baixa qualidade assistencial durante o período gestacional (Organização Mundial da Saúde, 2000). Apesar dos avanços nos diagnósticos pré-natais, associado à prematuridade, o baixo peso ao nascer é um fator determinante de mortalidade neonatal (BETTIOL, 1990).

Outra condição a ser considerada é o tipo de parto. A cesárea é uma intervenção cirúrgica originalmente aceita para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto (REZENDE, 1969). Existem riscos maternos e infantis de morbimortalidade decorrentes da cesariana quando comparados aos do parto normal, principalmente em adolescentes, mesmo quando a cesariana é eletiva, esse risco é substancialmente maior do que aqueles ligados ao parto normal (MILLER et al., 2013 e LIU et al., 2007). Enquanto a maioria dos autores concorda que a cesárea deve ser evitada na ausência de indicação médica, outros relatam que melhorias nas técnicas cirúrgicas e medidas de prevenção de infecção permitiriam indicar o procedimento também para a satisfação dos anseios da mãe e/ou da família (LURIE, 2005).

Estudos apontam que, a idade materna pode ser um fator que influencia na escolha do parto, sendo que, mulheres na faixa etária de 30 anos ou mais tendem a uma maior incidência de cesárea se comparadas as adolescentes, porém ainda não existe um consenso se só este dado determinaria o tipo de parto escolhido (BONFANTE et al., 2009; MAIA et al., 2004). Sendo assim, as adolescentes precisam de uma atenção especial, para prepará-las a vivenciar a gestação e o nascimento de seu filho, e serem orientadas quanto às vantagens do parto normal (OLIVEIRA et al., 2002).

Dados da Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe evidenciam que o número de adolescentes grávidas na capital sergipana, Aracajú, vem crescendo. Até o ano de 2013 este número vinha caindo, porém, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica

(SIAB) é possível perceber que apenas no mês de janeiro de 2014 a média de grávidas menores de 20 anos já ultrapassa 17%, enquanto que a média anual de 2013 foi cerca de 19% do total de partos.

Segundo um relatório feito no Brasil em 2010 pela ONU (Organização das Nações Unidas), Santa Catarina possuía uma média de mães com até 18 anos abaixo da média nacional, que é de 15%. Em Florianópolis, a média é ainda menor, 12%, porém, ainda existe uma alta incidência de gravidez na adolescência em comunidades menos favorecidas. É notória a diminuição dos casos no público com nível social em ascensão e um aumento na classe mais vulnerável (Secretaria do Estado de Santa Catarina). Apesar de, as duas capitais possuem quase o mesmo número de habitantes, cerca de 500 mil (IBGE referente ao ano de 2014), estão localizadas em regiões do Brasil com diferenças socioeconômicas marcantes, no que se diz respeito a taxa de desemprego, analfabetismo e renda per capita (IBGE, 2000 e 2010).

Sendo assim, o presente estudo justifica-se a partir da necessidade de conhecer a temática da gravidez na adolescência, buscando verificar e comparar os índices de partos nesta faixa etária nas capitais de Florianópolis/SC e Aracajú/SE, bem como as variáveis, tempo gestacional, peso ao nascer e tipo de parto. A gravidez na adolescência é um desafio social que envolve a todos, Estado, família e sociedade, não um problema exclusivamente do adolescente. Considera-se de grande importância conhecer a problemática no Brasil, em suas diferentes regiões, bem como identificar a população mais vulnerável aos efeitos negativos que a gravidez na adolescência possa acarretar, tanto para a mãe como para o recém-nascido. Assim, devem ser estimulados os projetos e programas que abordem o tema, principalmente no que diz respeito a sua prevenção e também viabilizar publicações a esse respeito.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar quantitativamente os índices de gravidez na adolescência relacionados ao tempo gestacional, peso ao nascer e tipo de parto, comparando as capitais Florianópolis/SC e Aracaju/SE entre os anos de 2004 à 2013.

2.2 Específicos

- Realizar um levantamento do índice de gravidez na adolescência nas duas capitais através do banco de dados DATASUS;
- Relacionar o índice de gravidez com a idade gestacional e peso ao nascer nas gestações de mães nas faixas etárias entre 10 e 19 anos, nas duas capitais, comparando-as às gestações de mães entre 20 e 39 anos;
- Analisar o tipo de parto nos casos de gravidez na adolescência.

3. METODOLOGIA

Para a obtenção dos dados deste estudo utilizou-se como base os números expressos pelo DATASUS, que é o departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>).

Para traçar perfis comparativos entre as duas cidades, foram averiguados os números de partos de mães adolescentes nas duas cidades nos anos de 2004 à 2013, separados por faixa etária de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, os resultados encontrados foram expressos em tabelas para futuras comparações. Em uma segunda tabela, além da faixa etária da mãe, os números de partos eram separados por tipo, cesário ou vaginal.

→ **Análise do período gestacional:** foi utilizada a faixa etária dos 10 aos 19 anos para as mães adolescentes. Estas foram comparadas com mães adultas entre 20 e 39 anos, pois foi nesta faixa que se concentraram o maior número de partos. O período gestacional foi organizado em classes de acordo com o número de semanas, menos de 22; de 22 a 31; de 32 a 41 e de 42 semanas ou mais.

→ **Análise do peso ao nascer:** foi utilizada a faixa etária dos 10 aos 19 anos para as mães adolescentes. O peso do bebê ao nascer foi organizado, de acordo com o banco de dados, em menos que 999g, de 1000 a 2499g, de 2500 a 3999g e com 4000g ou mais. Assim como no tempo gestacional, foram utilizadas para comparações as faixas etárias de 10 a 19 e de 20 a 39 anos.

→ **Determinação da prematuridade e do baixo peso:** foi caracterizado, de acordo com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), que recém-nascidos prematuros e de baixo peso são aqueles que apresentam tempo gestacional inferior a 37 semanas e que pesam menos que 2500 gramas.

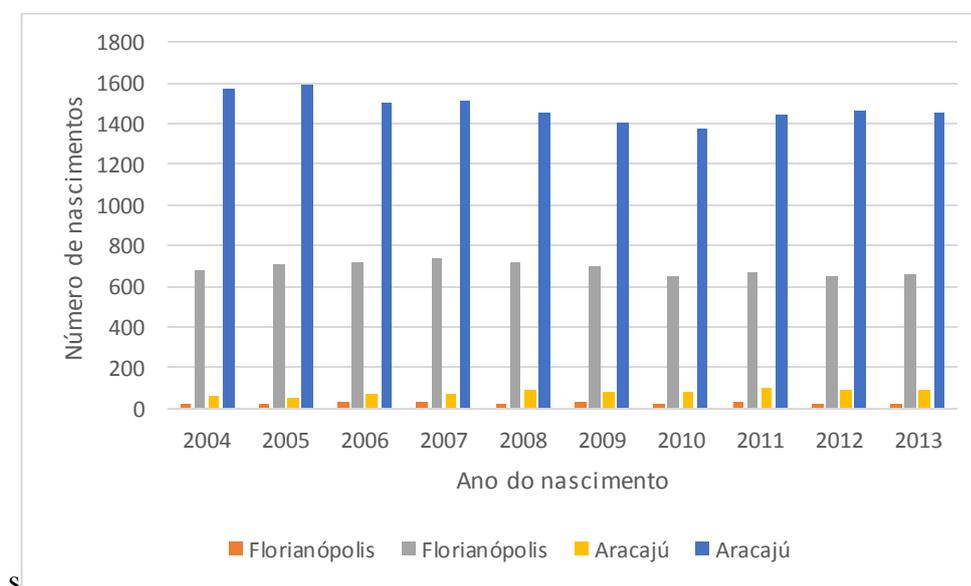
→ **Análise estatística:** os resultados foram analisados através de comparações, entre as faixas de 10 a 14 e de 15 a 19, de 10 a 19 ou de 20 a 39 anos, dependendo da variável analisada. Para a comparação entre as variáveis quantitativas foi realizado o teste ANOVA no programa Statistic versão 10.0.

4. RESULTADOS

Os resultados são apresentados em gráficos e tabelas, agrupando as adolescentes em faixas etárias de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, e, com fins comparativos, as mulheres estão agrupadas por idade de 10 a 19 anos e de 20 a 39 anos, considerada faixa de idade ideal para procriação e utilizada como grupo referência.

Entre os anos de 2004 a 2013, Florianópolis registrou 7.171 casos de gravidez na adolescência, destes, 270 foram de mães na faixa etária dos 10 aos 14 anos e 6.901 em mães de 15 a 19 anos. Enquanto que, em Aracajú/SE, no mesmo período, foram contabilizados 15.582 partos, sendo 802 em mães entre os 10 e os 14 anos e 14.780 dos casos as mães estavam entre os 15 e os 19 anos (Figura 1). No número total de partos, Aracajú apresentou pouco mais que o dobro de casos que Florianópolis, porém, nas duas cidades, se observou que o maior índice de partos na adolescência ocorre em mães na faixa dos 15 aos 19 anos, em Florianópolis corresponde a 96% do total de casos e em Aracajú 95%.

Figura 1: Número de casos de gravidez na adolescência nas cidades de Florianópolis e Aracajú.



Considerando frequência de casos de gravidez em adolescentes, passou-se a analisar também o tipo de parto realizado. Na cidade de Florianópolis, em mães de 10 a 14 anos, constatou-se que 180 partos foram do tipo vaginal e 90 foram cesáreo, já em Aracajú, dos 802 partos, 589 foram vaginais e 213 foram cesáreos. Na faixa etária dos 15

aos 19 anos, também foi observada uma maior tendência dos partos vaginais. Na cidade de Florianópolis, esse número foi de 4.620, enquanto que foram contabilizados 2.274 partos do tipo cesáreo; em Aracajú, foram 10.855 partos vaginais e 3.925 cesáreos (Tabela 1). Observado os números dos tipos de partos, as amostras foram submetidas ao teste qui-quadrado para que se averiguasse uma possível relação deste com a idade da mãe, o valor de p encontrado foi 1, comprovando que o tipo de parto não tem relação com a idade materna, sendo o número de partos vaginais superior em ambas as faixas etárias e também nas duas capitais.

Tabela 1: Número de partos, por tipo, de mães adolescentes na cidade de Florianópolis e Aracajú.

Ano do nascimento	Idade da mãe							
	Florianópolis				Aracajú			
	10 a 14 anos		15 a 19 anos		10 a 14 anos		15 a 19 anos	
	Vaginal	Cesário	Vaginal	Cesário	Vaginal	Cesário	Vaginal	Cesário
2004	16	6	463	213	45	16	1204	366
2005	15	9	471	240	44	12	1203	385
2006	20	13	489	234	57	17	1079	427
2007	18	10	512	229	59	16	1143	373
2008	17	7	480	243	75	19	1106	348
2009	22	9	480	222	70	14	1069	340
2010	13	5	411	238	47	30	981	391
2011	22	15	432	239	58	42	1049	399
2012	17	9	429	212	67	26	1029	433
2013	20	7	460	204	67	21	992	463
Total	180	90	4627	2274	589	213	10855	3925

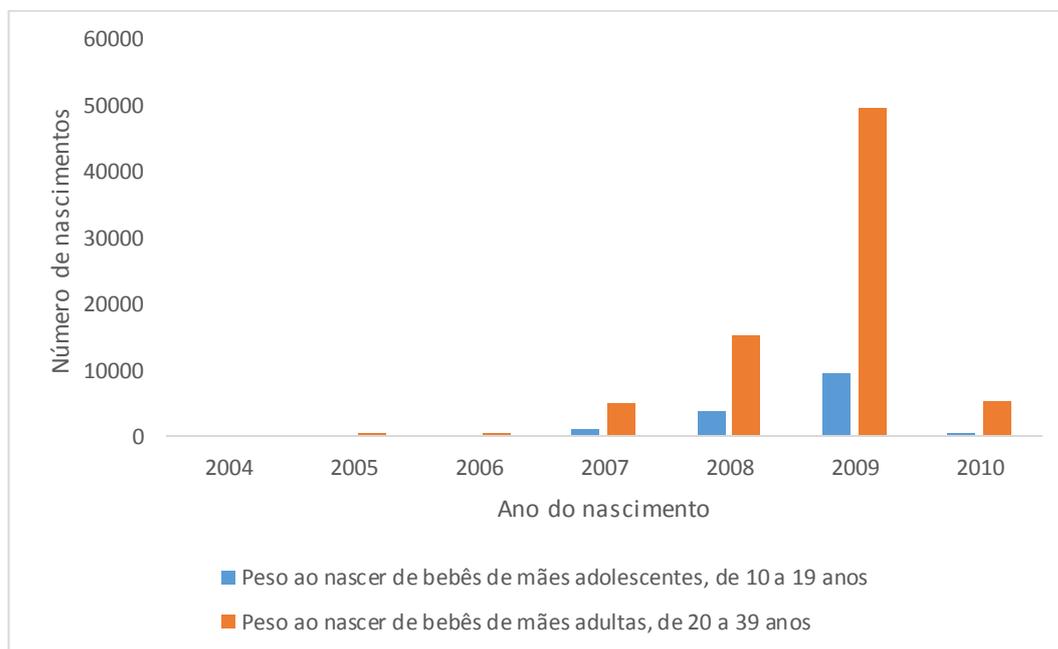
De acordo com os dados encontrados neste estudo, constata-se que, no município de Aracajú (Tabela 2), 9,17% dos nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos, são prematuros, já na faixa etária de 20 a 39 anos, este número cai para 7,85%. Comparando a prematuridade nas duas faixas etárias, obteve-se um $p=3,7 \times 10^{-18}$. O mesmo se deu para a variável peso ao nascer, das mães na faixa etária de 10 e 19 anos, 10,07% tiveram filhos com baixo peso ao nascer, enquanto que em mães de 20 a 39 anos este percentual cai para 7,98% na cidade de Aracajú (Figura2). Na comparação desta variável, foi observado $p=6,21 \times 10^{-18}$. Pode-se dizer que há uma relação das variáveis

tempo gestacional e peso ao nascer com a idade materna, sendo ela um em fator relevante para explicar a ocorrência dos casos.

Tabela 2: Tempo gestacional de mães adolescentes, de 10 a 19 anos, e de mães adultas na faixa etária dos 20 aos 29 anos na cidade de Aracajú.

Ano do nascimento	Duração da gestação							
	Menos de 22 semanas		De 22 a 31 semanas		De 32 a 41 semanas		42 semanas ou mais	
	20 - 39 anos	10 - 19 anos	20 - 39 anos	10 - 19 anos	20 - 39 anos	10 - 19 anos	20 - 39 anos	10 - 19 anos
2004	0	4	26	83	1597	7077	3	20
2005	1	14	38	91	1602	7427	3	13
2006	1	14	30	87	1547	7548	2	16
2007	2	7	23	80	1564	7658	2	6
2008	0	6	29	114	1512	7675	6	23
2009	2	12	19	91	1468	7913	4	23
2010	7	15	15	89	1424	7547	2	21
2011	1	10	29	120	1487	7606	29	160
2012	2	12	45	106	1486	7288	21	126
2013	1	11	30	107	1494	7336	17	103
Total	17	105	284	968	15181	75075	89	511

Figura 2: Peso ao nascer de neonatos de mães entre 10 e 19 e de 20 a 39 anos na cidade de Aracajú de 2004 a 2013.



Fonte: DATASUS

Em Florianópolis, também se constatou a existência de uma relação entre as variáveis tempo gestacional e peso ao nascer, com a idade materna. Se tratando do peso ao nascer na capital, o índice em mães adolescentes foi de 9,49% e em mães adultas de 7,82%, quando comparadas as faixas etárias obteve-se um $p=1,51 \times 10^{-6}$, o que faz com que a relação idade da mãe x peso ao nascer seja forte, mãe adolescentes tiveram mais filhos de baixo peso. Porém, na variável prematuridade, esta relação é baixa, com um $p=0,028$, onde 8,94% de filhos de mães adolescentes nascem prematuros, contra 8,17% em mães adultas.

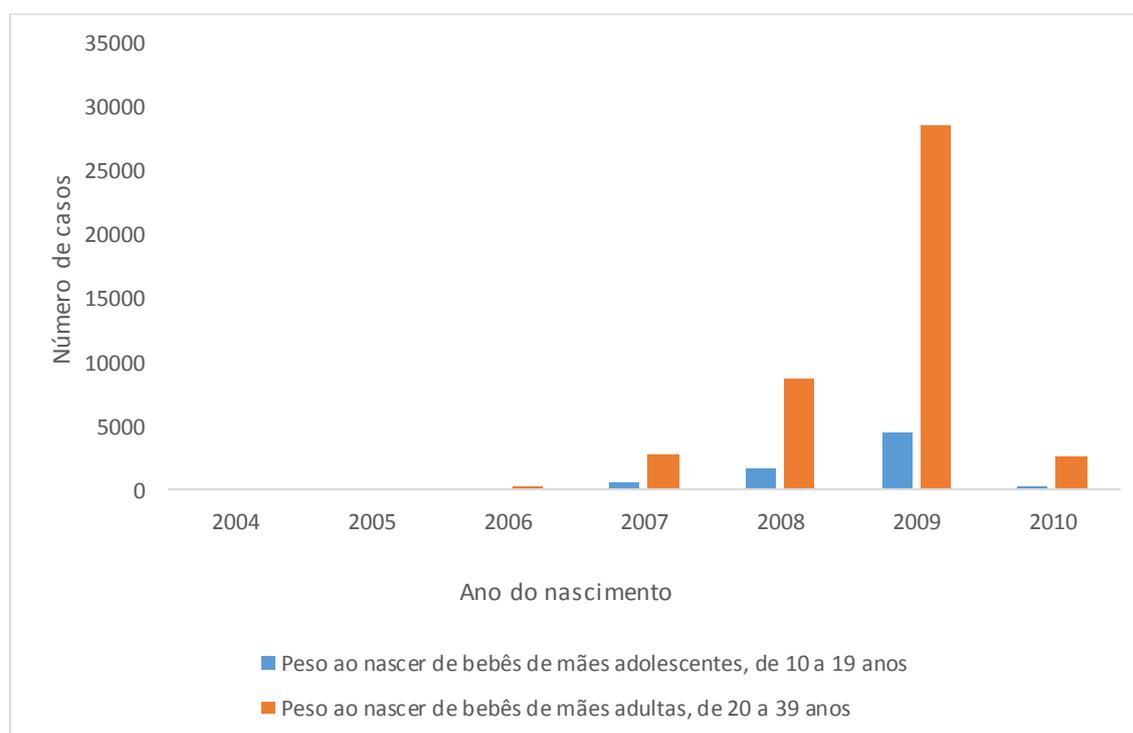
Tabela 3: Tempo gestacional de mães adolescentes, de 10 a 19 anos, e de mães adultas na faixa etária dos 20 aos 29 anos na cidade de Florianópolis.

Ano do nascimento	Duração da gestação							
	Menos de 22 semanas		De 22 a 31 semanas		De 32 a 41 semanas		42 semanas ou mais	
	20 - 39 anos	10 - 19 anos	20 - 39 anos	10 - 19 anos	20 - 39 anos	10 - 19 anos	20 - 39 anos	10 - 19 anos
2004	0	0	31	13	3890	675	31	5
2005	0	0	48	8	3963	713	12	1
2006	2	0	55	9	4088	747	7	0
2007	1	0	37	9	4012	757	10	1
2008	0	0	44	13	4385	726	7	7
2009	0	0	60	6	4179	709	22	4
2010	0	0	56	12	4376	648	12	5
2011	1	0	51	13	4315	668	91	13
2012	0	1	82	13	4388	622	123	31
2013	0	1	50	12	4542	647	93	22
Total	4	2	514	108	42138	6912	408	89

*60 casos foram ignorados por falta de informação

Fonte: DATASUS

Figura 3: Peso ao nascer de recém-nascidos de mães entre 10 e 19 e de 20 a 39 anos na cidade de Florianópolis de 2004 a 2013.



5. DISCUSSÃO

Sendo a adolescência uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, o desenvolvimento físico e emocional é de fundamental importância para o crescimento do indivíduo em direção a sua identidade, determinando sua autoestima, relações afetivas e inserção na estrutura social (HERCOWITZ, 2002). Apesar de o tempo cronológico ser o quesito mais utilizado para delimitar a adolescência, é importante enfatizar que, devido a diversidade de mudanças que são características neste período, deve-se levar em consideração as peculiaridades de cada indivíduo, podendo assim haver variações na duração desta fase. Pois, essas mudanças atingem o indivíduo isoladamente, no âmbito anatômico e fisiológico, e também a sociedade como um todo, considerando as mudanças emocionais e sociais, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento desses jovens na sociedade (VITALLE e AMANCIO, 2001).

No Brasil, na atual década, a gravidez na adolescência ainda representa um sério problema de saúde pública devido à ausência ou ineficácia de políticas voltadas especificamente à uma assistência preventiva no sentido de amenizar os elevados índices de gravidez nesta etapa da vida, como os observados neste estudo.

A baixa perspectiva de vida, a violência, a baixa escolaridade e a falta de recursos materiais, financeiros e emocionais, são fatores que fazem com que a adolescente veja na gravidez uma possível expectativa de futuro e independência. E como há uma precocidade da iniciação sexual, aliada a ausência de programas de educação sexual nas escolas e a um planejamento familiar nos serviços públicos, esta escolha se torna significativa (GODINHO et al, 2000).

Em alguns casos, a gravidez precoce faz parte de um desejo, mas na maioria das vezes, é uma surpresa inesperada, que gera uma série de conflitos emocionais, instabilidade familiar, desvio da escola e afastamento do convívio social, uma série de consequências sobre as quais os jovens não refletem quando decidem dar o primeiro passo para a vida sexual (BOCARDI, 2003).

Na região Nordeste, do total de adolescentes de 15 a 17 anos, 21,1% deles estão fora da escola e cerca de 46% dos indivíduos de 0 a 17 anos vivem na pobreza, isto é, com até 1/2 salário mínimo *per capita*. Cerca de 15,5 milhões de brasileiros acima de 10 anos não sabem ler nem escrever, sendo que 65% dos jovens analfabetos estão no Nordeste (IBGE, 2007).

O censo feito pelo IBGE em 2010, traz que, os partos em menores de 20 anos

representam quase 20% do total no país, sendo mais elevado nas regiões mais carentes, como Norte e Nordeste (DATASUS, 2013). Essa relação do número mais expressivo de gravidez na adolescência com regiões menos favorecidas economicamente, pode ser percebido nos resultados comparativos deste estudo, entre as capitais Florianópolis/SC e Aracajú/SE. No censo realizado em 2010 pelo IBGE, a cidade de Aracajú/SE obteve uma renda *per capita* de R\$ 1.022,07, enquanto que Florianópolis/SC obteve R\$ 1.770,29. Paralelo a isso, Aracajú teve 15.582 partos de mãe adolescentes no período de 2004 a 2013 e Florianópolis contabilizou 7.171 casos no mesmo período.

No Brasil, é na camada social com menor poder aquisitivo que se encontram os maiores índices de fecundidade, embora o número de casos tenha diminuído, ainda assim, é uma problemática a ser pensada. Em 2000, enquanto as adolescentes de menor renda apresentavam uma fecundidade de 128 por 1000 mulheres, as jovens dos segmentos de renda mais elevada apresentavam uma fecundidade de 13 por 1000 mulheres (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004).

Uma gravidez na adolescência de alto risco, pode ser intensificada quando a mãe pertence a uma classe social menos favorecida, uma vez que ela está sujeita a maior incidência de complicações na gestação. Assim, condições sanitárias precárias e falta de acesso ou ausência de recursos de saúde para acompanhamento pré-natal podem contribuir para um acréscimo no risco reprodutivo, prejudicando tanto a mãe quanto a criança. De acordo com OMS (OMS, 2010) o Brasil é um dos países com as maiores taxas de cesáreas no mundo e políticas para reverter esta situação são sempre bem-vindas. Com isso, a OMS divulgou em abril de 2015 um documento sobre as taxas de cesarianas, onde alerta que a cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura. Desta forma, uma cesárea deve ser realizada apenas quando for necessária, do ponto de vista médico (MORAES E GOLDENBERG, 2001).

No presente estudo, o parto vaginal foi predominantemente maior nas adolescentes de 10 a 14 anos e também nas de 15 a 19 em ambas capitais, comprovou-se que não exista uma relação do tipo de parto com a faixa etária da mãe. O predomínio deste tipo de parto, pode se dar devido à política de incentivo do SUS em diminuir os partos operatórios, a fim de minimizar os custos para a saúde e otimizar a recuperação das mães.

A ocorrência de partos prematuros e também recém nascidos de baixo peso geram um custo elevado de despesas médicas hospitalares, com as internações dos recém

nascidos em Unidade de Terapia Intensiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A OMS considera aceitável uma taxa de até 10% de nascidos vivos com baixo peso ao nascimento. Esses percentuais são condizentes com outros estudos que mostram taxas mais elevadas de baixo peso ao nascer e de prematuridade para mães adolescentes. Gama et al., (2002), encontraram que as crianças filhos de adolescentes mais pobres apresentam um risco aumentado de ocorrência de parto prematuro, baixo peso ao nascer, maior frequência de internações no primeiro ano de vida e estatura inferior.

Este aumento da taxa de prematuridade e de baixo peso ao nascer em mães adolescentes, também se fez presente neste estudo. Nas duas capitais a correlação destas variáveis com a idade materna se fez aceitável, porém, com uma porcentagem maior de casos na capital Aracajú, sendo assim, mães adolescentes tendem a ter mais filhos prematuros e de baixo peso, se comparadas com mães adultas. Os resultados sugerem uma aproximação dessas variáveis para expressar o nível socioeconômico, além disso, pode-se sugerir que outros fatores como nutrição inadequada e estilo de vida estariam influenciando no baixo peso ao nascer e na prematuridade de filhos de adolescentes. (Ministério da Saúde, 2006).

Monteiro (1998) sustenta que as adolescentes, em qualquer idade, no momento da gestação, atingem maturidade biológica e igual desempenho obstétrico das demais gestantes, sendo o baixo nível socioeconômico da gestante e o não-acompanhamento pré-natal os fatores responsáveis por um possível risco na gestação. Já Stern e Garcia (1999) afirmam haver riscos na gravidez precoce nos casos em que a gestação ocorre antes da maturidade ginecológica (dois anos após a menarca). Levando em conta os argumentos, um acompanhamento pré-natal de qualidade, seja ele público ou privado, é indispensável durante uma gravidez nesta fase, diminuindo os riscos advindos de uma possível falta de estrutura física e/ou biológica.

No entanto, alguns autores sustentam a ideia de que, a gravidez pode ser bem tolerada pelas adolescentes, desde que elas recebam assistência pré-natal adequada, ou seja, precocemente e de forma regular, durante todo o período gestacional (LAO, 1997; DADOORIAN, 2000), o que nem sempre acontece, devido a vários fatores, que vão desde a dificuldade de reconhecimento e aceitação da gestação pela jovem até a dificuldade para o agendamento das consultas.

Considerando-se as repercussões negativas que a falta de assistência pode acarretar tanto à saúde da mãe adolescente quanto à de seu filho, a realização de um estudo comparativo como este entre mães adolescentes e adultas, possibilita a verificação

da existência de diferenças entre estes dois grupos principalmente em relação ao nascimento de recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso ao nascer, podendo assim, viabilizar ações de saúde que visem a melhoria no atendimento a este grupo de pacientes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu caracterizar o contexto em que a gravidez na adolescência está inserida, percebida não como um fator isolado, mas sim dependente de aspectos sociais, econômicos, psicológicos e biológicos.

Esta pesquisa verificou os índices de gravidez na adolescência em Florianópolis/SC e Aracajú/SE, salientando o a alta taxa encontrada na segunda capital, podendo ser relacionada com as características sociais e econômicas da região, segundo a literatura. Evidenciou-se no estudo a correlação existente entre a idade materna, a ocorrência de partos prematuros e o nascimento de recém-nascidos de baixo peso em mães adolescentes nas duas capitais estudadas nos anos de 2004 a 2013, podendo ser o 39999ambiente sócio econômico cultural em que a adolescentes está inserida, um fator determinante para estas ocorrências. Com isso, se faz necessária uma ação de gestores das políticas públicas de prevenção e posteriormente de acompanhamento destas mães, visando minimizar os prejuízos do desenvolvimento da adolescente durante uma gravidez precoce, bem como os gastos públicos no atendimento a esta parcela da população, que pode-se, de uma maneira geral, considerar como saudável.

A adolescência, envolve um universo de anseios, desejos, excitações, sentimentos e descobertas. Portanto, é nesta etapa que se torna fundamental a orientação sexual de forma adequada, dando ao adolescente abertura para falar de dúvidas, medos, desejos, emoções, etc. Assim, a sexualidade nas escolas não pode ser ignorada ou adiada; é importante que seja abordada além dos aspectos fisiológicos e anatômicos dos aparelhos genitais masculino e feminino, mas que se discuta uma prática saudável sobre a anticoncepção, resolvendo dúvidas e expectativas. Sendo a família um referencial, é importante que ela participe e esteja mais presente na vida do adolescente, orientando e incentivando o diálogo e a escuta para que ele adquira segurança e confiança em seu meio familiar, evitando que se sinta perdido diante das mudanças decorrentes da adolescência e de uma possível gravidez precoce.

7. REFERÊNCIAS

- BELO M.A.V.; SILVA J.L.P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Revista de Saúde Pública*. 2004;38(4):479-87.
- BETTIOL, H. Saúde perinatal em Ribeirão Preto. Estudo de algumas variáveis sociais e biológicas no perfil reprodutivo de mães adolescentes [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 1990
- BLUM, R.W.; GEER L.; HUTTON L.; McKAY C.; RESNICK M.D.;
- BOCARDI, M. I. B. Gravidez na adolescência: o parto enquanto espaço de medo. *Arte & Ciência*; Marília, Ed Unimar, São Paulo, 2003.
- BONFANTE, T.M.; SILVEIRA, G.C.; SAKAE, T.M.; SOMMACAL, L.F.;
- FEDRIZZI, E.M. Fatores associados á preferência pela operação cesariana entre puérperas de instituição pública e privada. *Arquivos Catarienses de Medicina*. 2009;38(1):26-32.
- BRANDÃO, E.R.; HEILBORN, M.L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*. 2006;22(7):1421-30.
- CAMARANO, A.A. Fecundidade e anticoncepção na população de 15 a 19 anos. In: SEMINÁRIO GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, 1998, Rio de Janeiro. Anais ... Brasília: Ministério da Saúde/Family Health. Internacional/Associação Saúde Família, 1998. p.35-54.
- CARNEIRO, A.B.A.M.; MATOS, C.M.AS. Gravidez aos 11 anos de idade. *Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte*, v. 9, n.3, p.119-121, 1999.Em E. M.
- DADOORIAN D. Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rocco; 2000.
- DATASUS. Portal da Saúde- SUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 27 de abril de 2015.

- DIAS, A. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(7):1447-58.
- DIAZ J.; DIAZ M.. Contracepção na adolescência. *Cad Juv Saúde Desenvol* 1999; 1 : 249-57.
- GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C. A experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad. Saúde Pública*, 2002, 18(1): 153-61.
- GODINHO R.A.; SCHELP J.R.B.; PARADA C.M.G.L.; BERTOCELLO N.M.F.. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2000;8(2):25-32.
- HERCOWITZ, A. Gravidez na adolescência. *Pediatria Moderna* 2002 agosto; 38(8):392-5.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro; 2001
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 26 de abril de 2015.
- KNOBEL, M. (1992). A síndrome da adolescência normal. In A. Aberastury & M. Knobel, *Adolescência normal* (10ª ed., pp. 24-62). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- LAO T.T.. The obstetric implications of teenage pregnancy. *Human Reproduction*. 1997;12(10):2303-5.
- LIU, S.; LISTON, R.M.; JOSEPH, K.S.; HEAMAN, M.; SAUVE, R.; KRAMER, M.S.; et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ* 2007; 176:455-60.
- LOPES, G.; MAIA, M. Desinformação sexual entre gestantes adolescentes de baixa renda. *Rev. Sexol.*, v. 2, n. 1, p. 30-33, jan./julho 1993.
- LURIE, S. The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty-first century. *Arch Gynecol Obstet*. 2005;271(4):281-5. DOI:10.1007/s00404-005-0724-4

- MAIA, V.O.A, MAIA A.C.A, QUEIROGA, F.L, MAIA FILHO, V.O.A, ARAÚJO, A.B.; LIPPO, L.A.M, et al. Via de parto de gestações em sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004;26(9):703-7.
- MARSHALL, W. A.; TANNER, I. M. Puberty. In: FALKNER, F.; TANNER, J. M. Human Growth. 2. ed. v. 2. New York: Plenum, 1986.
- MARTURANO, E.; ELIAS, L.; CAMPOS, M. (2004). O percurso entre a meninice e a adolescência: mecanismos de vulnerabilidade e proteção.
- MARTURANO, M.B.M.; LINHARES & S. R. LOUREIRO (Orgs.), *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento escolar* (pp. 251-288). São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP.
- MELEIS, A.I. Theoretical nursing: development e progress. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1997
- MILLER, E.S; HAHN, K. GROBMAN, W.A. Consequences of a primary elective cesarean delivery across the reproductive life. Obstet Gynecol 2013; 121:789-97.
- Ministério da Saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Brasília; 2004.
- MONTEIRO, D.L.M. Pré-natal da gestante adolescente. Gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p. 58-74.
- MORAES, M.S.; GOLDENBERG, P. Cesáreas: um perfil epidêmico. Cadernos de Saúde Pública 2001 mai-jun; 17 (3): 509-519
- OLIVEIRA, M.W. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. Cadernos CEDES, Campinas, v. 19, n. 45, p.48 -70, jul. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 03 maio 2015.
- OLIVEIRA, S.M.J.V, RIESCO, M.L.G; MIYA C.F.R, VIDOTTO, P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. Rev Lat Am Enfermagem. 2002;10(5):667-74.
- OSÓRIO, L.C. Adolescente hoje. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PALACIOS, J.; MARCHESI, A. Desenvolvimento Psicológico e Educação. Vol 1- 2º ed. Editora: Artmed- 2004.

PATTA, M.C.; BORSATTO, P.L. Características do comportamento sexual de adolescentes grávidas. In: Gir E, Yazle MEHD, CassiniSHB, organizadores. Sexualidade em temas. Ribeirão Preto: FUNPEC;2000. P 3753.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 6ª ed. Rio de Janeiro: Mosby-Elsevier; 2006.

REZENDE, J. Operação cesariana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1969. Obstetrícia; p.952-91.

SILVA, V.; MATTOS, H. (2004). Os jovens são mais vulneráveis às drogas?. Em I. Pinsky & M. A. Bessa (Orgs.), *Adolescência e drogas* (pp. 31-44). São Paulo: Contexto.

SUZUKI C.M.; CECCON M.E.J.; FALCÃO M.C.; VAZ F.A.C.. Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2007; 17(3): 95-103.

TANNER, J.M. Growth at Adolescence. 2 ed. Oxford: Blackwell, 1962

VITALLE, Maria Sylvia de Souza; AMANCIO, Olga Maria Silvério. Gravidez na Adolescência. 2001. Disponível em: <http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm>. Acesso em: 01 de maio de 2015.