



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**LUCIANE SOARES ALFAIA
NATANAEL MENEZES DE BRITO
VIVIANE FIGUEIREDO VINENTE**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE
SANTARÉM- PARÁ, NO PERÍODO DE 2013 A 2015.**

SANTARÉM-PA

2018

**LUCIANE ALFAIA SOARES
NATANAEL MENEZES DE BRITO
VIVIANE FIGUEIREDO VINENTE**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE
SANTARÉM- PARÁ, NO PERÍODO DE 2013 A 2015.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Universidade Federal do Oeste do Pará- UFOPA, curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Saúde, sob orientação da prof^a. Dr^a. Heloisa do Nascimento de Moura Meneses.

**SANTARÉM – PA
2018**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA

B862g Brito, Natanael Menezes de
Gravidez na adolescência no município de Santarém – Pará, no período de 2013 a 2015./ Natanael Menezes de Brito; Luciane Alfaia Soares e Viviane Figueiredo Vinente. – Santarém, 2018.
30 p.: il.
Inclui bibliografias.

Orientadora: Heloísa do Nascimento de Moura Meneses
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Saúde Coletiva, Curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

1. Gravidez na adolescência. 2. Adolescente. 3. Saúde do adolescente. I. Soares, Luciane Alfaia . II. Vinente, Viviane Figueiredo. III. Meneses, Heloísa do Nascimento de Moura, *orient.* IV. Título.

CDD: 23 ed. 362.19818

Bibliotecária - Documentalista: Renata Ferreira – CRB/2 1440

À Deus, aos nossos pais e irmãos, que nos deram força para que o nosso sonho fosse realizado. Sem vocês, com certeza, nada teria sentido. Nosso muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

À Deus, nossa fonte de esperança e de fé, sempre ao nosso lado com toda sua misericórdia, permitindo que ao nosso redor estivessem pessoas maravilhosas e abençoadas.

Aos nossos pais, Haroldo Vinente e Vânia Vinente, Lourdes Menezes de Brito, Maria Alfaia Furtado, por todo apoio, força, e incentivos para que pudéssemos chegar até aqui.

À nossa orientadora Dr^a. Heloisa do Nascimento de Moura Menezes, que não hesitou em aceitar a nos orientar neste trabalho e pela dedicação para conosco durante a realização deste.

Ao Msc. Rui Massato Harayama, por todas as vezes que sanou nossas dúvidas.

À todos que de forma direta e indireta, tiveram participação e contribuíram para o sucesso deste trabalho.

*Para nós os grandes homens
não são aqueles que resolveram os problemas,
mas aqueles que os descobriram.
(Albert Schweitzer)*

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PARÁ, NO PERÍODO DE 2013 A 2015.

Luciane Alfaia Soares¹
Natanael Menezes de Brito¹
Viviane Figueiredo Vinente¹
Heloisa Nascimento²

Resumo

Introdução: A organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência de 10 a 19 anos e a juventude como período que vai dos 15 aos 24 anos. A adolescência é um período de vida que merece muita atenção, a transição entre a infância e idade adulta pode resultar ou não em problemas futuros. É um período de mudanças que são acompanhadas por alteração das emoções e biológicas, mudanças essas que são explicadas através da interação com o ambiente em que vive. A gravidez na adolescência já é considerada como um problema de saúde pública por trazer riscos à saúde das adolescentes, uma vez que o corpo dessa menina não está totalmente desenvolvido e preparado para receber uma gravidez e nem tampouco o lado psicológico está pronto. **Objetivo:** Avaliar a ocorrência de gravidez na adolescência no município de Santarém no período de 2013 a 2015. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva, com abordagem quantitativa, foram utilizados dados secundários obtidos através do Sistema de Notificação de Nascidos Vivos (SINASC), do DATASUS, do período de 2013 a 2015. Realizado com 4.721 adolescentes grávidas entre 11 a 19 anos, do município de Santarém-Pará. **Resultados:** Das 6.335 mulheres em idade fértil, 4.721 (74,5%) eram adolescentes grávidas, dessas 64%, tinham de 8 a 11 anos de estudo e menos de 1% não tinham nenhuma escolaridade e 44,2% eram solteiras, pardas 94,4%. A maioria das gravidezes foram únicas 99,0%, de parto induzido 54,0%, com mais de 37 semanas 67,4% e 38,8% cumpriram com mais de 6 consultas de pré-natal. Em relação ao recém nascido, 48,7% eram do sexo masculino e 88,7% tinham peso de até 4,000 kg. 99,0% dos bebês não apresentavam nenhum tipo de má formação. **Conclusão:** Percebe-se o quão importante é a atenção dos profissionais de saúde e da família na orientação aos adolescentes, quebrando tabus e preconceitos referentes ao diálogo sobre sexualidade, uma vez que a gravidez na adolescência, assim como pode trazer alegria pode também trazer riscos para a mãe e o bebê, bem como assumir as responsabilidades que não é uma tarefa fácil, ainda há as IST's, pela relação desprotegida.

Palavras Chave: Gravidez na adolescência, adolescente, saúde do adolescente.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Justificativa	2
1.2 Objetivos	2
1.2.1 Objetivo Geral.....	2
1.2.2 Objetivos Específicos.....	2
2. REFERENCIAL TEÓRICO	3
2.1 A gravidez na adolescência	3
2.2 Fatores de risco para a gravidez na adolescência	5
2.3 Problemas de saúde decorrentes da gravidez na adolescência	7
3. MATERIAL E MÉTODOS	8
3.1 Desenho do estudo	8
3.2 População alvo	8
3.3 Coleta de dados	9
3.4 Análise de dados	9
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	10
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

1.INTRODUÇÃO

O Estatuto da criança e adolescência regido pela lei Nº 8.069/90, diz que a adolescência é o período que varia dos 12 aos 18 anos de idade, no entanto a Organização Mundial da Saúde, afirma que dos 10 aos 19 anos o indivíduo é considerado adolescente.

Mesmo com as taxas médias de natalidade brasileiras caindo gradativamente nas últimas décadas, podemos constatar que a queda foi muito mais acentuada nas classes média e alta. Nas regiões periféricas das grandes cidades é possível ver a grande quantidade de adolescentes grávidas à espera de atendimento nos hospitais públicos e o número cada vez maior de crianças em bairros mais pobres (LUZ, 2009).

Apesar de estar definido nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) que as ações do planejamento familiar fazem parte da atenção básica e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher, muitos municípios não têm conseguido implantar e programar estratégias adequadas de fornecimento de anticoncepcionais para a população, de introdução do enfoque educativo e aconselhamento visando à escolha livre e informada, assim como garantir o acompanhamento das usuárias.

A análise mais aprofundada da questão da gravidez na adolescência é uma tarefa urgente a ser realizada pela Área Técnica de Saúde da Mulher e pela Área Técnica de Saúde do Adolescente e outras áreas afins, para que se possa dispor de políticas mais adequadas para essa faixa etária, já que a cada dia aumenta o índice de gravidez precoce, muitas vezes por falta de educação voltada à vida sexual, ou até mesmo pela falta de orientação entre pais e filhos que por um motivo ou outro tem “vergonha” ou acreditam que tratar desse assunto induz a vida sexual cedo.

Para os adolescentes de Santarém o seu lazer acontece no âmbito de seus bairros, onde costumam frequentar praças e igrejas e em outros locais, como orla da cidade e praias. Recorrem também à televisão e internet como diversão. Como afirma Vitiello(1996), os adolescentes se sentem frustrados, pois os meios de comunicação em geral, são muito distantes da realidade destes, levando-os a conflitos internos. Os jovens utilizam a internet para satisfazer suas curiosidades, uma vez que a internet lhes permite a privacidade no acesso.

1.1 Justificativa

A questão da gravidez na adolescência tornou-se um problema de saúde pública, ganhando a cada dia mais enfoques na mídia e em artigos relacionados a essa temática. Tal problemática é de grande relevância, pois esta vem a trazer riscos à saúde tanto da mãe, quanto do bebê. Segundo a ciência, o corpo e o psicológico da adolescente ainda não estão prontos para gerar um novo ser.

O presente estudo faz-se necessário porque é relevante a identificação dos fatores que podem estar levando essas adolescentes a engravidarem precocemente. O município de Santarém apresenta um grande número de adolescentes grávidas. O conhecimento do perfil epidemiológico e sócio demográfico destas adolescentes permitirá o planejamento de ações de intervenção mais adequados à realidade do município, uma vez que a educação em saúde, as medidas de prevenção e promoção em saúde são fatores determinantes para o bem-estar da população.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar a ocorrência de gravidez na adolescência no município de Santarém no período de 2013 a 2015.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico das adolescentes grávidas;
- ✓ Avaliar o estado de saúde das adolescentes grávidas e de seus filhos;
- ✓ Identificar os fatores que contribuem para a gravidez na adolescência.

2.REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A gravidez na adolescência

A adolescência é um período de vida que merece muita atenção. A transição entre a infância e a idade adulta pode resultar ou não em problemas futuros. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regido pela Lei N°. 8.069/ 90, afirma que o período da adolescência varia dos 12 aos 18 anos de idade, já para Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é determinada como o período a partir da segunda década de vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade. (TAKIUTT, 1986).

Quando a criança entra na fase da adolescência, ela passa por grandes mudanças tanto psicológicas quanto biológicas, é um período de novas descobertas, como se o indivíduo estivesse descobrindo um mundo novo. E é nessa transição de fase que a adolescente muitas das vezes não sabe como lidar com tanta carga de informações sobre si mesmo e por falta de um diálogo, inicia a vida sexual sem as informações corretas.

Segundo Carvalho (2000), a cultura, o comportamento, o meio ambiente, as alterações hormonais e socioeconômicos influenciam diretamente o comportamento dessas adolescentes. Esses determinantes sociais colaboram para que os adolescentes se sintam encorajados a desbravar o mundo sem medo das consequências de um ato inconsequente.

Dados do Ministério da Saúde (2002) indicaram que, nessa faixa etária (adolescência), a prevalência de gravidez é de 23,5%. Nas meninas com idade inferior a 15 anos, esta taxa é de 0,9% e para aquelas entre os 15 e os 19 anos, 22,6%. Estas taxas apresentam variações nos diferentes estados brasileiros, observando-se que São Paulo é aquele que apresenta uma prevalência mais reduzida (19,5%), enquanto que no Maranhão e Tocantins estes valores tomam uma maior dominância (32,3%) (Ministério da Saúde, 2006;).

Em classes sociais altas, a gravidez na adolescência não é tida como um problema e sim como uma fase de experimentação, acrescida de pouca responsabilidade e com poucas consequências futuras para a vida da adolescente. Já em adolescentes de classe pobres, a gravidez durante a adolescência é um fator que vem acompanhado de muitas consequências para a formação da jovem, interferindo

na formação socioeconômica desta. E por mais que este fenômeno esteja presente em todas as classes sociais, existe uma ligação muito acentuada entre a pobreza, baixa escolaridade e gravidez na adolescência.

A gravidez na adolescência pode ser considerada normal ou como um problema, isso irá depender do contexto social na qual a mesma está inserida, dependendo da questão cultural ou religiosa. Para Nunes (1997), isso não exclui a responsabilidade da família, igreja e do sistema de saúde de atuarem juntas e de forma ativa para que os adolescentes possam obter informações concisas e seguras sobre o sexo seguro e a prevenção da gravidez na adolescência, diminuindo assim a sua ocorrência.

A cultura e o ambiente social exercem controle sobre o comportamento do adolescente. É dentro do círculo familiar que o indivíduo se expressa e quando este ambiente é marcado pela falta de afeto e comunicação, agressão e indiferença acabam prejudicando a formação social do adolescente (RIOS *et al.*, 2002).

Na percepção de Machado (2002), as diferenças culturais e regionais também são fatores de risco para a ocorrência da gravidez durante a adolescência, uma vez que em algumas culturas é comum que adolescentes de 15 anos, que em algumas culturas são consideradas ainda crianças em outras já são vistas como mulheres adultas. Assim como o casamento em algumas culturas ocorre em idades precoces. As influências regionais são fatores determinantes na formação e inserção do adolescente na sociedade, não se confundindo com a puberdade que é um fator biológico, a questão cultural tem a ver com a construção do indivíduo no meio em que ele vive (LEININGER apud MACHADO 2002).

De acordo com dados do SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) do Ministério da Saúde, o índice de gravidez na adolescência no Brasil, caiu 17% entre 2004 e 2015, estes dados apontam para uma queda, entre mães de 10 a 19 anos, de 661,2 mil nascidos vivos, em 2004, para 546,5 mil, em 2015.

Segundo o Ministério da Saúde (2017), crianças nascidas de mães adolescentes representam 18% dos 3 milhões de nascidos vivos no País em 2015. A região com mais filhos de mães adolescentes é o Nordeste, que concentra 180 mil nascidos, ou 32% do total. Em seguida, vêm a Região Sudeste, com 179,2 mil (32%); a Região Norte, com 81,4 mil (14%); a Região Sul 62,5 mil (11%); e Centro Oeste 43,3 mil (8%).

2.2 Fatores de risco para a gravidez na adolescência

Podemos citar como alguns fatores de risco para que a gravidez na adolescência: os de origem biológica, familiar, social, psicológica, a falta de acesso e/ou a utilização inadequada dos métodos contraceptivos. Segundo Aguiar (1994 apud CAPUTO; BORDIN, 2007) essa fase, se caracteriza por diversas mudanças físicas e emocionais, a auto descoberta do corpo e a construção do seu próprio eu, a descoberta da sexualidade. Adolescentes tornam-se vulneráveis socioeconomicamente, por estarem na transição da infância para a fase adulta, partindo para a construção da auto identidade, iniciando a atividade sexual precocemente (RODRIGUES, 2007).

E é nessa transição de fase que a adolescente muitas das vezes não sabe como lidar com tanta carga de informações sobre si mesmo e por falta de um diálogo, iniciando a vida sexual sem as informações corretas. Muitas das vezes essas informações vêm de experiências de amigos, também adolescentes e que não tiveram como base informações seguras e claras sobre sexo com proteção e responsabilidade. Esse conflito interno na fase de transição entre ser criança e adolescente, unida à falta de educação informações geram fatores de risco para a gravidez na adolescência (BUENO, 2003).

A idade em que a mãe da adolescente teve seu primeiro filho torna-se também um fator de risco. Uma vez que estas adolescentes gestantes, geralmente, são filhas de famílias em que as mães, tiveram um início precoce da atividade sexual e também foram mães durante a adolescência. A estrutura familiar e o histórico dessa família podem ser entendidos como meta de vida por essas adolescentes. O papel de mãe é visto com bastante valor, algumas adolescentes tendem a engravidar para suprir a falta de afeto e acolhimento que não tiveram de seus pais. Em geral, a gravidez na adolescência ocorre porque a adolescente acha que ao repetir a história de vida da mãe estará ganhando um papel de maior valorização diante da sociedade pelo fato de ser mãe (DIAS & LOPES, 2003).

Dentro do fator biológico está a menarca, também conhecida como primeira menstruação, marca o ciclo da passagem de menina para mulher, e esta vem ocorrendo de forma precoce. O que pode contribuir para o início atividade sexual mais cedo. Entretanto a gravidez na adolescência não é novidade e nem sempre foi tida

como um problema de saúde pública. É possível que nossas antecessoras como era de costume, tenham casado muito cedo e por isso tenham começado a vida sexual de forma precoce e por isso engravidaram ainda adolescentes. Uma vez que antigamente o papel da mulher era entendido como a matriarca da família, seu papel se resumia em ser uma boa mãe e uma boa esposa (CAIXETA, 2004).

Este assunto vem ocupando lugar significativo na Saúde Pública e despertando interesses em acadêmicos, profissionais, gestores de saúde, pois essa situação interfere diretamente na vida tanto da adolescente quanto da criança (MONTEIRO *et al.*, 2007). A dificuldade no acesso a informações ou informações inadequadas sobre a sexualidade e métodos contraceptivos, proporcionam o risco de gravidez nas adolescentes com vida sexual ativa que utilizam algum método contraceptivo sem o acompanhamento de um profissional. Estas podem vir a utilizá-los de forma incorreta ou realizar trocas inadequadas, fazendo com que os métodos contraceptivos não funcionem de forma correta. A auto prescrição ou indicação por amigas de métodos contraceptivos não se torna um método seguro para a proteção da gravidez na adolescência, uma vez que a forma como o organismo vai reagir varia de pessoa por pessoa, e apenas o profissional qualificado poderá indicar qual o melhor método para cada indivíduo.

Embora existam campanhas de educação e distribuição gratuita de métodos contraceptivos, os fatores sociais e familiares são determinantes para o sucesso destas intervenções. Sendo assim o conhecimento dos métodos contraceptivos, a facilidade de acesso à informação não garantem ao adolescente a proteção contra a gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis (SAMPAIO, 2006).

A falta de informação dos responsáveis por estas adolescentes é um fator fundamental para a ocorrência da gravidez nesta faixa etária. Existe o programa planejamento familiar que é destinado a todas que tenham ou queiram ter uma vida sexual ativa, mas, os adolescentes não frequentam por vergonha ou por desconhecerem o mesmo. A falta de divulgação ou o preconceito por parte dos familiares, que alegam que o programa incentiva a atividade sexual das adolescentes, acaba deixando de lado um dos papéis fundamentais deste programa que é garantir uma gestação planejada, no momento certo e com segurança, dando apoio e suporte necessário para os participantes (CRUZ; OLIVEIRA, 2002).

2.3 Problemas de saúde decorrentes da gravidez na adolescência

Quanto ao risco, a gravidez na adolescência é um problema de Saúde Pública, pois as adolescentes têm maior probabilidade de desenvolver síndromes hipertensivas, partos prematuros, anemia, pré-eclâmpsia, desproporção feto-pélvica, restrição do crescimento fetal, além de problemas consequentes de abortos provocados e/ou pela falta assistência adequada (TABORDA, 2014).

A gravidez na adolescência é analisada em todo o mundo, alguns países tornaram esse tema como um problema de saúde pública. Os estudos afirmam que a mortalidade infantil é mais frequente em filhos de mães adolescentes do que em filhos de mães em idade adulta (OLIVEIRA, GAMA e SILVA, 2010).

A gravidez na adolescência é uma problemática que encontramos em todo o mundo, porém é mais frequente encontrarmos essa situação em países subdesenvolvidos, segundo o relatório anual do State of the World's Mothers, publicados em 2004, o parto foi a principal causa de morte em mulheres menores de 20 anos (Chalem *et al.*, 2007).

Ao referir sobre a questão de óbitos em mães adolescentes com idades de 10 a 19 anos, a maior ocorrência foi em regiões mais pobres. As regiões norte e nordeste sempre apresentam altos índices. No estado do Pará entre os anos de 2010 e 2015 cerca de 2.056 mães adolescentes foram a óbito, sendo a cidade de Belém a primeira colocada com 349, seguida por Ananindeua, com 151 e Santarém com 70 óbitos (DATASUS- TABNET, 2015).

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, a partir de dados secundários obtidos através do Sistema de Notificação de Nascidos Vivos (SINASC), do DATASUS.

3.2 População alvo

O estado do Pará possui 7.581.051 habitantes residindo em seu território. Sua capital é o município de Belém, sendo a região mais populosa do estado. Possui um território de 1.247.689,515 km², dividido em 144 municípios (com a criação de Mojuí dos Campos) (IBGE-CENSO DEMOGRAFICO,2012). A maioria da população é parda, devido à grande herança genética indígena e, em menor parcela, africana.

O estudo foi realizado com adolescentes entre 11 a 19 anos, grávidas e residentes de Santarém. Santarém é um município brasileiro do estado do Pará, com uma área de 17.898 km², o terceiro mais populoso do Pará, com 296.302 habitantes, atrás somente da capital Belém e Ananindeua.

A região metropolitana de Santarém, é o segundo maior aglomerado urbano do estado do Pará, pertence a mesorregião do Baixo Amazonas. Situado na confluência dos rios Tapajós e Amazonas, localizado à 800km das metrópoles Belém e Manaus, é conhecida poeticamente como Pérola do Tapajós.

Possui rede de atendimento de baixa, média e alta complexidade, que são compartilhadas com outros municípios, como os municípios de Alenquer, Jurutí, Oriximiná, Belterra, Terra Santa entre outros. Há um hospital municipal, o Hospital Municipal de Santarém- HMS, um hospital regional, o Hospital Regional do Baixo Amazonas Dr. Waldemar Pena- HRBA, ambos terceirizados, e que fazem atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e outros estabelecimentos particulares, uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas- UPA e 93 Unidades básicas de saúde, sendo que 6 realizam atendimento 24 horas.

3.3 Coleta de dados

Os dados foram obtidos através do Sistema de Notificação de Nascidos Vivos, do DATASUS. O SINASC foi implementado em 1990, com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. A partir de 2001, o Ministério da Saúde introduziu um campo específico para malformações congênitas e/ou anomalias cromossômicas, discriminando o tipo e o código correspondente, segundo o Capítulo XVII da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10).

A coleta de dados foi realizada no dia 20 de fevereiro de 2018. Foram coletados dados de nascidos vivos no estado do Pará no período de 2013 a 2015 e selecionados dados apenas das adolescentes grávidas. Os dados foram tabulados em planilha Excel e foram selecionadas as variáveis: idade da mãe, grau de escolaridade, cor, estado civil; variáveis relacionadas à gestação e ao parto: duração da gestação em semanas, número de consultas de pré-natal, tipo de gravidez, apresentação fetal, se o trabalho de parto foi induzido e tipo de parto; e variáveis relacionadas ao recém-nascido: sexo, peso, ao nascer, escala de Apgar e presença de anomalias genéticas.

3.4 Análise de dados

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis citadas anteriormente para os casos de nascidos vivos no município de Santarém. De um total de 4.721 nascidos vivos (2013 a 2015) foram estudados 4.466 recém-nascidos, que foram os casos registrados no município de Santarém neste período. Os dados foram tabulados em planilha Excel e posteriormente organizados em tabelas e foi realizada uma distribuição de frequência (absoluta e relativa) das variáveis selecionadas para o estudo.

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2013 a 2015, no estado do Pará, foram registrados 426.579 nascidos vivos (SINASC, 2018). No município de Santarém foram 6.335 nascidos vivos, correspondendo a 1,4% do total de nascidos vivos no estado do Pará. Em relação à idade das mães, observou-se que 4.721 eram adolescentes, entre 11 a 19 anos de idade, correspondendo a 74,5% do total de mães de nascidos vivos no município de Santarém neste período.

Na tabela 1 será apresentado o número de adolescentes grávidas por ano. Em relação à idade da mãe, o levantamento de dados mostrou que no ano de 2014 houve um aumento no número de adolescentes grávidas no município de Santarém, sendo 1.647 (26,0%), em consideração aos anos de 2013 e 2015, com registros de 1.517(24,0%) e 1.557(24,5%), respectivamente de adolescentes grávidas.

Tabela1- Distribuição das adolescentes grávidas por idade, no período de 2013 a 2015, no município de Santarém (PA).

Idade materna	2013		2014		2015		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
11					1	0,1	1	0,1
12	3	0,1	6	0,3	2	0,2	11	0,2
13	14	1,0	20	1,2	8	0,5	42	0,9
14	58	3,8	60	3,5	65	4,0	183	3,9
15	146	9,6	125	7,5	135	8,6	406	8,6
16	248	16,3	228	14,0	211	13,5	687	14,5
17	287	19,0	342	21,0	308	20,0	937	19,9
18	363	24,0	412	25,0	384	24,6	1159	24,5
19	398	26,2	454	27,5	443	28,5	1295	27,4
TOTAL	1517	100	1647	100	1557	100	4721	100

Fonte: SINASC(2018)

A adolescência é um período de novas descobertas e experiências, durante essa fase, os adolescentes tornam-se vulneráveis ao uso de bebidas alcoólicas, iniciação sexual precoce e etc. Diante desses fatores, as adolescentes podem vir a ter uma gravidez antes de atingirem a idade adulta. A fase de deslumbramento, a dita

busca pelo empoderamento, independência financeira e liberdade, associadas às incertezas vivenciadas durante a fase de desenvolvimento psicossocial faz com que as adolescentes sintam-se seguras para fazer tudo o que querem, sem pensar nas consequências que suas atitudes podem vir a ocasionar em suas vidas.

Segundo Santos Júnior, 1999, estimava-se que de mulheres gestantes no Brasil 20 a 25%, eram adolescentes grávidas, onde uma em cada 5 gestantes eram adolescentes com idade entre 14 a 20 anos, o que foi notado também no Estado do Paraná no ano de 2000, onde a população de gestantes adolescentes era de 20,7%, a cada 5 grávidas 1 era adolescente com menos de 19 anos, percebendo assim que houve uma redução considerável em relação à faixa etária das adolescentes grávidas, quando neste estudo a menor idade registrada de adolescente grávida é de 11 anos. De acordo com a pesquisa realizada por Silva e Taborda (2014) em Curitiba, as adolescentes tinham idades entre 13 a 18 anos no momento em que deram à luz, sendo que a média foi de 15 anos e a menor idade foi 13 anos.

A tabela 2 descreve as características sociais e demográficas das adolescentes do estudo. Observou-se que das mães adolescentes na faixa etária dos 11 aos 19 anos, 64% possuem de 8 a 11 anos de estudo, série correspondente à sua faixa etária que é o ensino médio e 30,7% tem de 4 a 7 anos de estudo o que corresponde ao ensino fundamental, e apenas 2,0% possui mais de 12 anos de estudo.

Com relação ao estado civil das adolescentes, 44,0% são solteiras, 33,0% estavam vivendo em união consensual, pois estão morando junto com o companheiro ou companheira, e apenas 3,3% das adolescentes eram casadas. Quanto a cor da mãe 94,5% delas se autodeclararam pardas e apenas 3,3% brancas, e as raças pretas, amarelas e indígenas não chegaram a atingir 1,0% do valor total.

Tabela 2- Características Sócio demográficas das adolescentes grávidas no período de 2013 a 2015, no município de Santarém (PA).

	N	(%)
Escolaridade da mãe		
Nenhuma Escolaridade	07	0,1
1 -3 anos	87	1,8
4- 7 anos	1.447	30,7

8-11 anos	3.022	64,0
12 +	91	2,0
Ignorado	67	1,4
TOTAL	4.721	100
Estado civil		
Solteira	2.088	44
Casada	159	3,3
Viúva	2	0,1
Separada	2	0,1
União consensual	1.547	33,0
Ignorada ou em branco	921	19,5
TOTAL	4.721	100
Cor		
Branca	158	3,3
Preta	18	0,4
Amarela	10	0,2
Parda	4.459	94,5
Indígena	12	0,3
Ignorada	64	1,3
TOTAL	4.721	100

Fonte: SINASC (2018)

Os dados analisados referente à escolaridade das mães adolescentes, 64,0% das adolescentes possuem entre 8 a 11 anos de estudo, correspondendo à série de sua faixa etária, e apenas 0,1% não possuem nenhuma escolaridade, contrariando os resultados encontrados em outras pesquisas, nas quais a evasão escolar é evidenciada como uma das maiores consequências para o desenvolvimento social das mães adolescentes, como nos estudo de GRIMES (1993), que cita que a gravidez na adolescência é um importante obstáculo no desenvolvimento do indivíduo, limitando as oportunidades educacionais, econômicas e sociais. 44,0% das mães são solteiras e 33,0% vivem em união consensual 94,5% das mães são pardas, 3,3% são brancas e pretas são 0,4 %.

Segundo o Ministério da Educação, esse quadro de gravidez na adolescência ajuda a engrossar o índice de evasão escolar no Brasil, uma vez que não existem programas que visem apoiar jovens grávidas ou mães durante a adolescência a seguirem com seus estudos.

A tabela 3 apresenta os resultados referentes à gestação das adolescentes. No que diz respeito ao tipo de gravidez, 99,0% era única e 0,8%. Em relação às consultas do pré-natal, 79,8% das mães adolescentes realizaram 6 à mais consultas, 3,2% das gestantes não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, contrariando as

recomendações do ministério da saúde que diz que o número de consultas é de no mínimo 6 consultas durante a toda a gestação. No que diz respeito ao tipo de parto, identificou-se que 54,0% dos partos foram normais e que 41% dos partos foram cesarianas.

Tabela 3- informações relacionadas à gestação das adolescentes grávidas no período de 2013 a 2015, no município de Santarém (PA).

	N	(%)
Gravidez		
Única	4.677	99,0
Dupla	38	0,8
Tripla ou mais	1	0,1
Ignorado	5	0,1
TOTAL	4.721	100
Consultas		
Nenhuma	154	3,2
1-3	804	17,0
De 4- 6	1.930	41,0
De 7+	1.833	38,8
TOTAL	4721	100
Parto		
Vaginal	2.552	54,0
Cesário	1.928	41,0
Ignorado	241	5,0
TOTAL	4.721	100

Fonte: SINASC (2018)

Em relação ao número de consultas de pré-natal, 41,0% das mães adolescentes aderiram ao que preconiza o Ministério da Saúde que recomenda que a gestante realize pelo menos seis consultas, pois o pré-natal é de suma importância para o desenvolvimento de uma gravidez saudável e segura para a mãe e o bebê, como observado em um estudo em Pelotas-RS, que 67,2% das adolescentes grávidas também realizaram mais de seis consultas de pré-natal. O tipo de parto mais registrado em Santarém no período de 2013 a 2015 foi normal por via vaginal, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Não existe uma definição de consenso entre a idade da mãe, quando relacionada à saúde do recém-nascido. Porém existem muitos trabalhos na literatura

que afirmam existir ligação entre esses fatores devido ao fato de que o corpo da adolescente ainda não está preparado para gerar um novo ser, o que se contrapõe a autores que afirmam que as diferenças apresentadas entre a fisiologia de mães adolescentes quando comparados a mães adultas são mínimas e tendem a desaparecer de acordo com o padrão de vida levado por estas

A tabela 4 apresenta as características dos recém-nascidos. Na variável referente ao tempo de gestação, 67,4% das mães adolescentes tiveram de 30 a 41 semanas de gestação. Sobre o sexo dos recém nascidos, a maioria foi do sexo masculino (48,7%). Em relação ao peso do recém- nascido 88,7% dos nascidos vivos apresentaram peso normal e apenas 8,3 % apresentaram baixo peso. Quando comparados aos recém nascidos de mães adultas, 87,0% nasceu com peso normal e 7 % nasceu com baixo peso.

Tabela 4- Características dos recém- nascidos de adolescentes grávidas no período de 2013 a 2015, no município de Santarém (PA).

	N	(%)
Gestação		
Menos de 21 sem	7	0,1
22 a 27	42	0,9
28 a 31	75	1,6
32 a 36	624	13,2
37 a 41	3.183	67,4
42	331	7,0
Ignorado	459	9,8
TOTAL	4.721	100
Sexo		
Masculino	2.177	48,7
Feminino	2.013	45,1
Ignorado	276	6,2
TOTAL	4.466	100
Peso		
Menor que 2500	372	8,3
De 2501 a 4000	3.963	88,7
A partir de 4001	131	3,0
Total	4.721	100

Fonte: SINASC (2018)

Em relação ao tempo de gravidez, classifica-se a gestação em: gravidez *pré-termo* (menos de 37 semanas de gestação), gravidez *a termo* (37 a 41 semanas de gestação) e gravidez *pós termo* (com 42 ou mais semanas de gestação). Os resultados deste trabalho mostram que a maioria das gestações foram a termo. Este resultado não corrobora com outros estudos que mostram que a idade materna precoce influencia na prematuridade do recém-nascido, bem como visto no estudo realizado pela Universidade Estadual de Londrina, através do SINASC do Paraná em 2012.

A variável peso ao nascer (em gramas), analisada no recém-nascido, foi classificada em baixo peso (>2500g), peso insuficiente (2500 a 2999g), peso adequado (3000 a 3999g) e excesso de peso (<4000g). Em 2013 foram 1.442 nascidos vivos, dos quais 1.318 recém nascidos (91,0%) tinham peso normal. Em 2014, 1360 (88,7%) e em 2015, 1.285 (87,8%). Sobre o baixo peso, observa-se que em 2013 nasceram 82 crianças, equivalendo a 5% do total de recém-nascidos, seguindo em 2014 com 146 (9,5%) crianças e em 2015 com 144 (9,8%). Já os dados de recém-nascidos com peso acima do normal, teve uma variação, em 2013, os registros mostram que 68 (4,0%) crianças eram macrossômicas, em 2014, 29 (1,8%) e em 2015, 34 (2,4%).

Os resultados referentes à escala de Apgar, são apresentados na tabela 5. Observa-se que no 1º e 5º minuto de vida foram registrados os valores de 34,0% que correspondem aos valores de 8 a 10 pontos na escala da tabela de Apgar, quando o recém-nascido apresenta o valor do Apgar > 7 é considerado saudável e dificilmente poderá a vir ter problemas futuros, e quando < 7 é um sinal de alerta e necessita de atenção especial. Neste estudo 55,5% dos conceptos apresentou baixo o que é considerado um indicativo para asfixia perinatal.

Tabela 5- Escala de Avaliação do recém- nascido de adolescentes grávidas no período de 2013 a 2015, no município de Santarém (PA).

Apgar 1' e 5'	N	(%)
0-5	115	2,5
6-7	2.624	55,5

8-10	1.608	34,0
Ignorado	410	8,0
TOTAL	4.757	100

Fonte: SINASC (2018)

A tabela 6 apresenta os resultados referentes à ocorrência de mal formação nos nascidos vivos das mães adolescentes. Entre os 6.335 nascidos vivos, no período de 2013 a 2015, de mães em idade adulta com faixa etária dos 20 aos 53 anos, 37 recém-nascidos apresentaram anomalias, que somados não alcançaram (1,0%) do total. Comparada a de mãe adolescente, observa-se 18 nascidos com anomalias de um total de 4.721 nascidos que também não alcançou (1,0%).

Tabela 6- Anomalias congênicas em recém-nascidos de mães adultas e adolescentes, no período de 2013 a 2015, no município de Santarém (PA).

Má formação	N	%
Adultas	6.335	
Sim	37	0,6
Não	6.298	99,4
Adolescentes	4.721	
Sim	18	0,4
Não	4.703	99,6

Fonte: SINASC (2018)

Sendo que as mais frequentes em recém-nascido de mães adolescentes foram: Polidactília NE (3,0%), pé torto calcâneo valgo (3,0%) e fenda palatina. E entre os recém nascidos de mulheres em idade adulta: foram Polidactília NE, Síndrome de Down e Pé torto calcâneo valgo que não chegaram a atingir 1,0 % do valor total. Os valores encontrados são inferiores aos encontrados na literatura, estas anomalias congênicas podem ser identificáveis durante o pré-natal.

Existem tratamentos em Santarém para esses tipos de anomalias. Para polidactília o tratamento é unicamente cirúrgico quando possível. Segundo o Manual de Anomalias Congênicas-SINASC(2008). É uma anomalia causada por um gene dominante. Ocorre ainda dentro do útero, durante a formação das mãos e pés, o

recém-nascido nasce com dedos extras, estes podem ser removidos cirurgicamente logo após o nascimento.

De acordo com o Manual de Anomalias Congênicas-SINASC (2008), o pé torto calcâneo valgo, e uma anomalia congênita, que envolve ossos e músculos, tendões e vasos sanguíneos, o tratamento é iniciado nas primeiras semanas após o nascimento, o ideal é que o defeito seja corrigido antes que a criança comece a andar, para isso usa-se aparelhos gessados, que são trocados periodicamente. Podendo ser feita uma pequena cirurgia para alongar o tendão de Aquiles.

Segundo o Manual de Anomalias Congênicas-SINASC (2008), a fenda palatina é uma condição congênita, acarretando em uma abertura no céu da boca ou abertura dos lábios e céu da boca. O tratamento é cirúrgico, para restaurar as funções normais deixando cicatrizes mínimas. E se necessário, a fonoaudióloga pode ajudar a corrigir problemas na fala.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo surgiu da necessidade de avaliar a ocorrência de gravidez na adolescência no município de Santarém-PA, uma vez que esta temática tem se tornado problema comum para toda sociedade e havendo assim necessidade para discussão e uma melhor resolução para esta problemática tanto no mundo acadêmico quanto para gestores e profissionais de saúde.

A gravidez na adolescência tem se tornado um problema de saúde pública, uma vez que essas adolescentes, ainda não estão preparadas biologicamente para gerar uma criança.

No estudo, a falta de escolaridade não foi identificada como um fator determinante para a gravidez na adolescência, uma vez que a maioria das adolescentes apresentou 64,0% possuem de 8 a 11 anos de estudo. O que contraria alguns achados onde foi identificada a ligação entre baixa escolaridade e gravidez na adolescência.

Segundo os dados analisados as grávidas durante a adolescência geralmente são solteiras o que dificulta a vida dessas jovens, que terão que assumir responsabilidades de pai e mãe para conseguir criar seu filho. A rede de apoio social é fundamental nesse período, já que as adolescentes se encontram em um momento de vulnerabilidade e em muitos casos sem condições de criar sozinhas esses filhos.

Apesar da pouca idade as adolescentes mantiveram o cuidado com o pré-natal, pois realizam as consultas de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. No presente estudo a gravidez na adolescência não exerceu influência direta na saúde do recém-nascido, foi observado que os recém-nascidos de mães adolescentes nasceram com peso normal e apenas uma frequência menor nasceu com baixo peso.

Para minimização da problemática da gravidez na adolescência precisa-se criar planos e políticas públicas para futuras intervenções, buscando a redução do número de adolescentes grávidas e acolhimento humanizado das mães adolescentes, através da inserção das mesmas em grupos de discussão, atendimentos especializados, atividades escolares e nas própria UBS.

É necessário que haja um trabalho conjunto entre a sociedade, profissionais de saúde, escola, pais, para que consigam conscientizar os adolescentes quanto aos

riscos e implicações que a gravidez na adolescência traz, e refletirem sobre um futuro que seja de acordo com suas perspectivas, qualificações profissionais, planejamento familiar. Programas informativos, políticas públicas voltadas para esse público, também é de suma importância, e a existência de um diálogo entre pais e filhos sobre a prevenção de IST's e gravidez na adolescência, levando também informação aos adolescentes, sobre saúde sexual e reprodutiva, com orientação sobre gravidez, métodos contraceptivos. O grupo operativo será uma proposta para aproximação das adolescentes grávidas junto as unidades básicas de saúde correspondente à sua zona de cobertura, incentivando o autocuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, M. M. R. et al. **Fatores de riscos para a gravidez na adolescência em uma maternidade escola de Paraíba: estudo caso-controlado**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 31, nº. 8, 2009. P. 404-410.
- AZEVEDO, W.F. et al. **Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura**(2015).
- BUENO, G. M. **Gravidez na adolescência**. 108f. Dissertação 9 Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Campinas, SP, 2003.
- CAIXETA, J. E. e BARBATO, S. **Identidade feminina- um conceito complexo**. Paideia, 14(28), 211-220. 2002.
- CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. **Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não grávidas**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, nº. 4, 2007. P. 573-581. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 02 set. 2017.
- CARVALHO, G. M., BARROS, S. M. O. Fatores psicossociais relacionados à gravidez na adolescência. Acta Paul Ent. V. 13, n 1. São Paulo. Janeiro/ Abril. 2000. 9 a 17 p.
- CHALEM, Elisa, et al. **"Gravidez na adolescência: Perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil"**. Cadernos de Saúde Pública(2007).
- CUZ, A. C. N.; OLIVEIRA, S. M. P. **Sexualidade do adolescente: um novo olhar sem mitos e preconceitos**. 2002. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia)- Centro de Ciências da Educação do Centro de Ciências Humanas e Educação UNAMA, 2002.
- DIAS, A. C. G. & LOPES, R. C. S. **Representações da maternidade de mães jovens e suas mães**. Psicologia em estudo, 8.(n. Esp), 63-73. 2003.
- FREITAS, Elizabete. **Gravidez na Adolescência**. Campinas: Atual, 1990.
- FERNANDES, R. F. M., et al. **Características do pré-natal de adolescentes em capitais das regiões sul e nordeste do Brasil**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 80-6.
- LEININGER, M. M. **Teorias do cuidado transcultural: diversidade e universalidade**. In: Anais Primeiro SIBRATEN UFSC. Florianópolis, 20-24 maio de 1985. P. 255-288.
- LUZ, Valdemar P. **Manual de direito da família** .1 ed. Barueri, SP: Manole, 2009.
- MACHADO, C. M. D. **O cuidado educativo transcultural no processo puerperal**. 2002. 112f. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002). **Planejamento familiar: Manual para o gestor**. Brasília. Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). **Marco teórico e referencial da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília.
- MINISTERIO DA SAÚDE (2008). **Declaração de Nascido Vivo: Campo 34 - Manual de Anomalias Congênitas- sinasc**. São Paulo.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde(TABNET). Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10pa.def>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE(2017). **Portal da saúde: Partos no Brasil**. Acesso em 31 de agosto de 2017.

MONTEIRO, C. F. S. et. al. **A violência intrafamiliar contra adolescentes grávidas**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, nº. 4, jul./ago. 2007. P. 373-376. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 03 set. 2017.

NUNES, C. **As manifestações da sexualidade da criança**. Campinas, SP:Séc. XX, 1997.

OLIVEIRA, E.F.V.D., SILVA, C.M.F.P.D.,& GAMA, S.G.N.D.(2010). **Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad Saúde Pública, 567-578.

RIOS, LF.; PIMENTA, C.; BRITO, I; TERTO JR.,V.; PARKER, R. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para saúde sexual dos jovens brasileiros. **Cad. CEDES**,v.57, n. 22, p. 45-61, 2002.

RODRIGUES, N. **Gravidez mais do que precoce**. Publicado em 19 nov. 2007. Disponível em: <http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2007/11/402904.shtml>. Acessado em:31 de mar. 2018.

SAMPAIO, A. Z. **Prevenção da gravidez na adolescência**. Publicado em: 03 nov. 2006. Disponível em: <http://www.3apoliclinica.cbmerj.rj.gov.br/modules.php?name=news&file=print&sid=278>. Acessado em 31 mar. 2018.

SANTOS Júnior. (1999). **Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: Vulnerabilidade à maternidade**. Em N. Schor, M. S. Mota, & V. C. Branco (Org.), Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento (pp. 223-229). Brasília: Ministério da Saúde.

SANTOS C. C. T. M & BONFIM, A. S. **Fatores de riscos e implicações da gravidez na adolescência: Uma busca nas evidências científicas**. Seminário internacional enlaçando Sexualidades, Direito, Relações Etnorraciais, Educação, Trabalho, Reprodução, Diversidade Sexual, Comunicação e Cultura 04 a 06 de Setembro de 2011.Centro de Convenções da Bahia.

TABORDA, J. A., et al. **Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas**. Cad. Saúde Colet., 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 16-24.

TAKIUTT, Albertina. **A adolescente está ligeiramente grávida, e agora? Gravidez na adolescência**. São Paulo: Coleção e sociedade precisa saber, 1986.

VITIELLO, N. A. **Adolescência**. São Paulo: FTD, 1996.