

Maternidade precoce: variáveis sociodemográficas e aspectos reprodutivos de adolescentes gestantes

Early maternity: sociodemographic variables and reproductive aspects of gestant adolescents

DOI:10.34119/bjhrv4n2-059

Recebimento dos originais: 04/02/2021

Aceitação para publicação: 08/03/2021

Andressa de Souza Abi-Rachid Moraes

Acadêmica de medicina
Centro universitário metropolitano da Amazônia
Av. Visconde de Souza Franco, 72, reduto. Belem-Pa. 66053-000
E-mail: and.abirachid@gmail.com

Yago Correa Peres

Acadêmico de medicina
Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)
Av. Visc. de Souza Franco, 72 - Reduto, Belém - PA, 66053-000
E-mail: yagocp5@gmail.com

Bianca Barros Branco

Acadêmica de medicina
Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)
Av. Doutor Freitas, número 1001, apto 302
E-mail: biancabarrosb@hotmail.com

Enzo Sá Pantoja da Silva

Acadêmico de medicina
Centro universitário metropolitano da Amazônia- Unifamaz
Rua bernal do Couto, 93, Umarizal, Belem-PA, 66055-080
E-mail: enzsilva93@gmail.com

Adriane Ribeiro Costa

Acadêmica de Medicina
UNIFAMAZ
Av. Visc. de Souza Franco, 72 - Reduto, Belém - PA, 66053-000
E-mail: adriane.rib@hotmail.com

Maria Clara souza Fernandes

Acadêmica de Medicina
UNIFAMAZ
Av. Alcindo cacela, 637 - Umarizal, Belém - PA, 66065-219
E-mail: m.claravargens@hotmail.com

Júlia Medeiros Santana

Graduação incompleta
Unifamaz
Travessa Dom Pedro I, 1113. Umarizal. Belém-PA
E-mail: juliamedeirosantana@gmail.com

Yana de Medeiros Souza Lima

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Metropolitano da Amazônia - Unifamaz
Av. Almirante Barroso, 746 - Marco, Belém-PA, 66093-031
E-mail: yanamedeiros25@gmail.com

Murilo Brandão Pimenta

Acadêmico de medicina
Centro universitário metropolitano da Amazônia - unifamaz
Av. conselheiro Furtado, 3539, Guamá, Belém-PA, 66073-160
E-mail: murilobpimenta@gmail.com

José Antonio Cordero da Silva

Graduado em Medicina Especialista em Pneumologia
Centro universitário metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)
Av. Visconde de Souza Franco, 72, Reduto. Belem-PA

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar o perfil sociodemográfico e reprodutivo das gestantes adolescentes, de 10 aos 19 anos de idade, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Belém- PA. **MÉTODO:** A pesquisa é de caráter observacional, descritivo e transversal. Os dados foram obtidos na base de dados secundária DATASUS. **RESULTADOS:** Das adolescentes gestantes comutadas pela base de dados, a maioria possuíam entre 15 e 19 anos (95,3%), eram solteiras (50,7%), frequentaram a escola por 8 a 11 anos (55,6%), realizaram o pré natal (95,6%) e 81% tiveram de 37 a 41 semanas de gestação (81%). **CONCLUSÃO:** Foi concluído que, apesar de toda a problemática que norteia a gravidez precoce, a grande maioria teve a duração adequada da gestação e o acesso a um número ótimo de consultas no período pré-natal. No entanto, observa-se ainda que a gravidez na adolescência ainda está relacionada com a falta de planejamento familiar, baixo grau de instrução e abandono escolar.

Palavras-chave: Gravidez, adolescência, planejamento familiar

ABSTRACT

OBJECTIVE: To characterize the sociodemographic and reproductive profile of pregnant adolescents, aged 10 to 19, attended by the Unified Health System (SUS) in Belém-PA. **METHOD:** The research is observational, descriptive and cross-sectional. Data were obtained from the DATASUS secondary database. **RESULTS:** Most of the pregnant adolescents in the database were aged 15 to 19 (95.3%), were single (50.7%), attended school for 8 to 11 years (55.6%), (95.6%) and 81% had 37-41 weeks of gestation (81%). **CONCLUSION:** It was concluded that, in spite of all the problems that govern the early pregnancy, the great majority had adequate duration of gestation and access to an optimal number of consultations in the prenatal period. However, it is observed that teenage

pregnancy is still related to the lack of family planning, low education and school drop-out.

Keywords: Pregnancy, adolescent, family planning

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de saúde (OMS), o período definido como adolescência comporta pessoas que possuem entre 10 e 19 anos de idade. Todos os dias, nos países em desenvolvimento, 20 mil meninas que se encontram nessa fase da vida dão à luz e 200 morrem em decorrência de complicações da gravidez ou parto. Em todo o mundo, 7,3 milhões de adolescentes se tornam mães a cada ano, das quais 2 milhões são menores de 15 anos, com base em pesquisas realizadas pelo Fundo de População das Nações Unidas.^{1,2}

De acordo com levantamento de dados realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) datados do último censo, esses números podem ser comprovados no Brasil, dado que 17,7% dos casos de gravidez no país ocorrem no período da adolescência. É válido ressaltar que o maior percentual -22,9%- apontado de gravidez nessa faixa etária se deu na região norte do país.^{3,4}

É sabido que a gestação compõe uma fase marcada por dúvidas e transformações físicas e emocionais, tais transformações podem contar com agravos quando o período gestacional ocorre em associação à fase de adolescência da futura mãe, tendo em vista que esse período é, por vezes, marcado pela imaturidade e por suas próprias dúvidas e transformações típicas de uma fase de transição.^{5,6,7}

A literatura sugere que a gravidez precoce advém de um fenômeno multifatorial e está diretamente vinculada a condicionantes sociais tais como renda, moradia, estrutura familiar e acesso a equipamentos sociais. É necessário destacar também a ocorrência cada vez mais cedo da coitarca, a insuficiente educação sexual e a falta de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva voltadas exclusivamente para essa faixa etária. Cabe a ressalva de que existem as relações não consentidas, o abuso sexual e as agressões sexuais como fatores causais da gravidez, principalmente em menores de 15 anos.^{6, 8,9,10,11,12}

Quando o fator tomado por base para as pesquisas é econômico, em famílias que possuem renda per capita de até meio salário mínimo, a propensão de gravidez na adolescência chega a 18%, dado notoriamente alarmante quando comparado a famílias que contam com 5 salários mínimos, nas quais esse percentual chega a 1% -dados fornecidos pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. O resultado encontrado

possibilita visualizar do impacto direto no acesso às oportunidades, que muda de acordo com o estrato social em que se encontra a adolescente.^{8,13}

Outros estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a educação está diretamente relacionada à taxa de fecundidade, logo, quanto menor o grau de instrução, maior a quantidade de filhos por mulher, podendo chegar a 3 filhos. Enquanto que, em mulheres com nível superior de formação essa taxa atinge somente a 1,17 filhos por mulher.^{8,13,14}

O tabu que norteia assuntos voltados ao esclarecimento sexual, bem como à necessidade do uso de anticoncepcionais e contraceptivos, mostra-se como obstáculo ao processo de orientação sexual de jovens por parte de seus pais e educadores.^{12,15}

A importância do pré-natal é notória, dado que parte da premissa de que tudo que a mãe faz durante a gestação exerce impacto direto na saúde do bebê. Tal acompanhamento é de suma importância para a prevenção, a orientação, o esclarecimento e diagnóstico de qualquer alteração, logo, possibilita enorme controle da saúde da mãe e do filho até o momento final da gravidez.^{16,17,18,19}

Tendo por base os dados explicitados sobre as inúmeras causas associadas à gravidez precoce, bem como a importância do pré-natal não somente para o que tange a orientação das gestantes e diagnóstico de patologias precocemente, mas também para o fornecimento, ao sistema único de saúde, de informações acerca do perfil prevalente de adolescentes gestantes na região e, ainda, diante da necessidade de buscar mais conhecimento sobre a ocorrência da gravidez nessa fase da vida, conduzimos este estudo com o objetivo de identificar os fatores associados à gravidez na adolescência, dentre aquelas assistidas pelo programa de pré-natal no Sistema Único de Saúde em Belém-PA.

2 METODOLOGIA

Quanto à metodologia do estudo, é importante salientar que se trata de uma pesquisa de caráter observacional, descritivo e transversal sobre a prevalência de casos de gravidez em adolescentes, de 10 a 19 anos - que constitui o universo de amostra da pesquisa - atendidas pelo SUS e registradas na base de dados secundários Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA SUS), bem como sobre as características sociodemográficas e reprodutivas das adolescentes em questão. A busca de dados sobre o tema foi realizada com a utilização de palavras-chaves, no período de janeiro de 2017 a abril de 2017. No entanto, os dados mais recentes disponíveis no

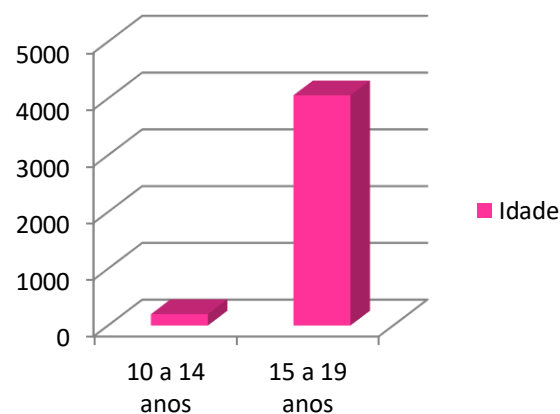
DATASUS correspondiam ao ano de 2014. Os dados foram analisados através de uma estatística descritiva.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo apenas dados de domínio público, sem envolvimento de seres humanos, a pesquisa é dispensada da avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3 RESULTADOS

Diante dos dados analisados acerca da totalidade de adolescentes gestantes atendidas pelo Programa Pré-Natal do Sistema único de Saúde e computadas no DataSUS no ano de 2014 em Belém-PA, imputa-se que dentre as 4254, 4,7% (199) possuíam entre 10 e 14 anos e, 95,3% delas (4055) possuíam entre 15 e 19 anos (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Faixa etária das adolescentes gestantes em Belém/PA no ano de 2014.



Fonte: Criado para fins deste estudo.

As variáveis observadas estão demonstradas na Tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e obstétricas das adolescentes gestantes em Belém/PA no ano de 2014.

Variável	N	%
Faixa Etária		
10 a 14 anos	199	4,7
15 a 19 anos	4055	95,3
Estado Civil		
Solteira	2156	50,7
Casada	110	2,6
Separada Judicialmente	03	0,07
União Consensual	1953	45,9

Instrução da mãe

Nenhuma	7	0,2
1 a 3 anos	93	2,2
4 a 7 anos	1685	39,6
8 a 11 anos	2367	55,6
12 anos ou mais	73	1,7

Número de consultas

Nenhuma	185	4,3
1 a 3	524	12,3
4 a 6	1428	33,6
7 ou mais	2115	49,7

**Duração da gestação
(em semanas)**

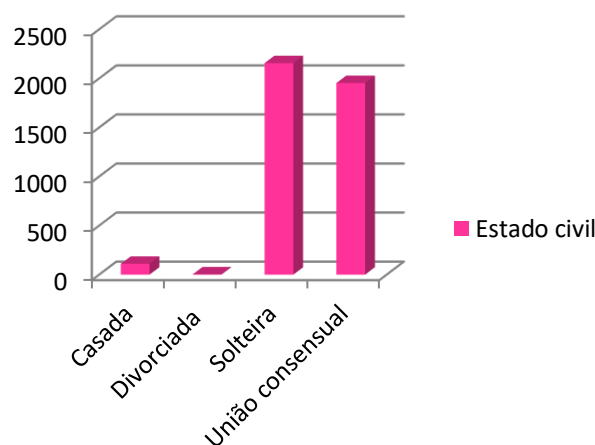
< 22	1	0,02
22 a 27	27	0,6
28 a 31	51	1,2
32 a 36	560	13,7
37 a 41	3446	81
>41	140	3,3

Total	4254	
--------------	-------------	--

Fonte: Criado para fins deste estudo.

Em relação ao estado civil, 50,7% (2156) eram solteiras, 45,9% (1953) encontravam-se em união estável, 2,6% (110) casadas e apenas 3 separadas judicialmente (Gráfico 2). É válido ressaltar que 32 das adolescentes avaliadas não tiveram a informação quanto ao estado civil informada.

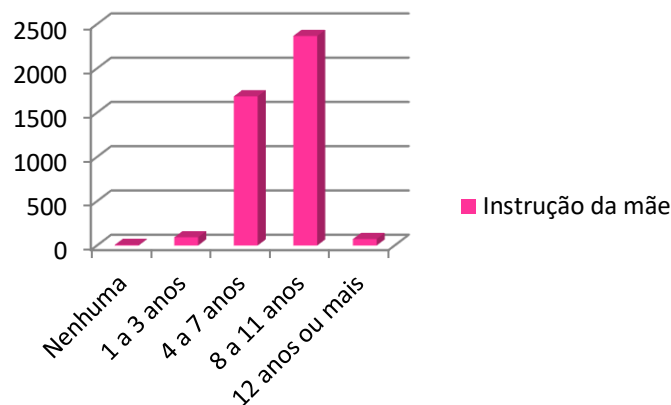
Gráfico 2 – Estado civil das adolescentes gestantes em Belém/PA no ano de 2014.



Fonte: Criado para fins deste estudo.

O grau de instrução fora obtido através do número de anos que cada gestante frequentou às instituições de ensino. O mais prevalente foi de 8 a 11 anos, representando 55,6% do total (2367) e a menor prevalência foi a ausência total de instrução com apenas 0,2% (7). Ainda, 39,6% (1685) tiveram de 4 a 7 anos, 2,2% (93) de 1 a 3 anos e 1,7% (73) com 12 anos ou mais de frequência à escola (Gráfico 3). Faz-se necessária a ressalva de que 29 delas tiveram o dado quanto à escolaridade não computado.

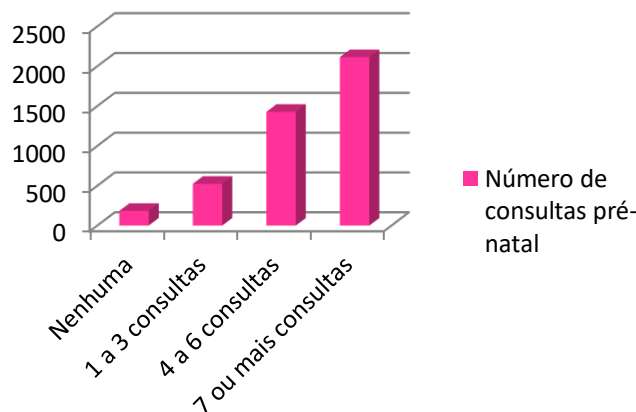
Gráfico 3 – Grau de instrução das adolescentes gestantes em Belém/PA no ano de 2014.



Fonte: Criado para fins deste estudo.

Quase a totalidade realizou pré-natal (95,6%), excluindo apenas 4,3% (185) que não tiveram acesso a nenhuma consulta e 2 adolescentes que não foram avaliadas em relação à quantidade de consultas, impossibilitando a análise. 49,7% (2115) foram atendidas em 7 ou mais consultas pré-natal, 33,6% (1428) em 4 a 6 consultas e 12,3% (524) em 1 a 3 consultas (Gráfico 4).

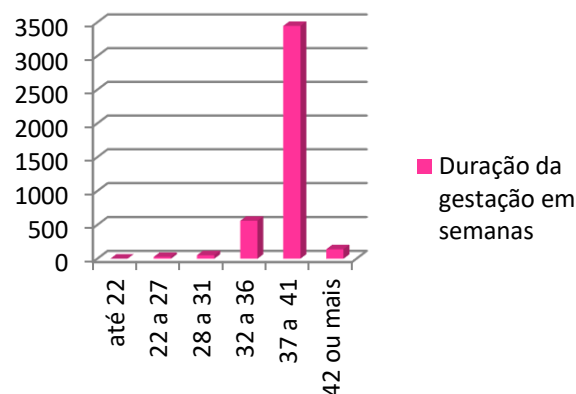
Gráfico 4 – Número de consultas no pré-natal das adolescentes gestantes em Belém/PA no ano de 2014.



Fonte: Criado para fins deste estudo.

Quanto à idade gestacional, 81% (3446) estavam entre 37 e 41 semanas de gestação no momento do parto. Somente 3,3 % (140) encontravam-se acima de 41 semanas e apenas 15% no período pré-termo da gestação, dentre essas 13,7% (560) entre 32 e 36 semanas, 1,2% (51) entre 28 e 31 semanas, 0,6% (27) entre 22 e 27 semanas e apenas 0,02% (1) com menos de 22 semanas de gestação (Gráfico 5). Fora observado que 29 adolescentes tiveram essa variável ignorada.

Gráfico 5 – Duração da gestação em semanas das adolescentes gestantes em Belém/PA no ano de 2014.



Fonte: Criado para fins deste estudo.

4 DISCUSSÃO

A faixa etária das adolescentes da pesquisa variou entre 10 e 19 anos. O intervalo etário predominante foi de 15 a 19 anos (95,3%) e o de 10 a 14 anos, menos prevalente (4,7%), apresentou-se como muito inferior ao encontrado na literatura a nível nacional, atualmente, (28%), como pode ser observado no gráfico 1.²

A idade foi uma das variáveis analisadas, devido ao fato de, aproximadamente 21,7% da população brasileira possuir entre 10 e 19 anos de idade e destes, 11,1% entre 10 a 14 anos e 10,6% entre 15 e 19 anos. Além disso, nos últimos anos, o número absoluto e relativo de gestações em adolescentes vem aumentando. Os estudos demográficos têm demonstrado que, no Brasil, nos últimos vinte anos, houve um aumento da taxa específica de fecundidade e uma elevação relativa de nascimentos em mulheres entre 15 e 19 anos, em contraste com a tendência revelada em outros grupos etários.^{20, 21}

Em relação à problemática da gravidez precoce nos países em desenvolvimento como o Brasil, há quatro décadas tem-se observado a participação da faixa etária que envolve a adolescência no aumento da fecundidade, fato esse que se deve também à iniciação sexual precoce e a não utilização dos métodos contraceptivos, principalmente

nos menores de 16 anos. Questiona-se a importância de se considerar a idade para a ocorrência da gravidez, ressaltando que as complicações relativas ao desfecho da gravidez se associam, principalmente, às condições sociais de existência, relacionadas com o nível de escolaridade, estado civil, apoio familiar e, sobretudo, com um adequado acompanhamento de pré-natal, não sendo o quesito idade um fato isolado, no entanto, o Ministério da Saúde aborda a gravidez na adolescência como um fator de risco devido à possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez, com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão ou não ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal, o que reforça o fato de a variável idade ser de suma importância.^{22, 23, 24, 25}

Além da faixa etária, entre os papéis sociais de gênero, uma das dificuldades geradas após o parto encontra-se relacionada à condição marital das adolescentes. Os resultados encontrados nessa investigação corroboram com outros estudos que relataram a predominância de adolescentes solteiras. Em Belém, no ano estudado, 50,7% das gestantes adolescentes atendidas pelo programa Pré-Natal eram solteiras e apenas 2,6% casadas, conforme ilustrado no gráfico 2. Esta ausência paterna pode influenciar o desenvolvimento cognitivo das crianças e futuramente favorecer a ocorrência de distúrbios comportamentais nas mesmas, sendo estes considerados indicadores diretos de saúde e indiretos da qualidade de vida da população. Além de sobrecarregar a mãe, interferindo em outros aspectos da vida social da mesma, como o prosseguimento com os estudos.^{26, 27}

É válido ressaltar que, mesmo diante de tantos agravantes, a gravidez na adolescência não é um episódio isolado e faz parte do processo de busca de identidade, devido a esse fato, outro problema importante a destacar em função da gravidez precoce é a aceitação pela adolescente de uma realidade distinta daquela de estudante, ou seja, mulher, futura mãe — cuidadora de um bebê, cuidadora da casa — o que faz com que, muitas vezes, a adolescente sinta-se inadequada no espaço da escola, levando ao abandono da mesma. Há estudo que destaca a interferência da gravidez precoce no percurso acadêmico, verificando altos índices de baixa escolaridade entre mães adolescentes, em decorrência da evasão, abandono e dificuldade de retorno à escola. Coloca ainda que são múltiplos os fatores a poder influenciar na baixa escolaridade de adolescentes, entretanto, a maternidade precoce pode comprometer o processo de escolarização. Em consonância com tal estudo, faz-se notório que, no cenário analisado, a gravidez precoce também mantém relação com a baixa escolaridade, haja vista que 98%

delas não possuíam um mínimo de 12 anos de estudos, que representam o menor número de anos para a conclusão do ensino básico, apresentado pelo gráfico 3. No entanto, é preciso salientar que, devido à baixa idade de muitas delas, algumas podem ainda não ter alcançado a conclusão do ensino, não pelo fator gravidez, mas devido à própria faixa etária.^{28, 29}

A baixa escolaridade pode, por vezes apresentar-se como fator causal da ocorrência da gravidez e, em determinados momentos, como consequência da ocorrência da gestação. No que tange a observância da gravidez como causa do abandono escolar, evidencia-se que os cuidados exigidos pelo recém-nascido acabam por obstaculizar as atividades escolares das adolescentes, que não conseguem assistir as aulas e abandonam a escola precocemente, atrapalhando seu desenvolvimento escolar. A gravidez na adolescência é um fato comum em muitas escolas atualmente, tendo em vista o grande número de adolescentes que engravidam durante o período escolar, envolvendo uma série de questões como a reação da adolescente a sua gravidez, a reação da escola e da família e a interrupção ou não dos estudos. Além do aspecto socioeconômico, o abandono dos estudos pode ocorrer por fatores psicológicos. A adolescente pode sentir vergonha da sua barriga, que aparece como prova de sua atividade sexual, gerando sentimentos de angústia e conflitos que se expressam por sentimentos ambivalentes de vergonha que revela a negação de sua sexualidade, e na satisfação da gravidez, o que expressa o seu desejo de ter o filho. Além disso, após o parto, poucas adolescentes retornam aos estudos, ocasionando menores níveis de escolaridade e conseqüentemente inadequado grau de profissionalização.^{29, 30, 31}

Faz-se notório que a gravidez precoce é, muitas vezes, acompanhada por problemáticas psicológicas e sociais incomuns em outras idades, o que reforça a necessidade do correto acompanhamento da gestação. É sabido que o programa de pré-natal visa a orientação da mãe, a eliminação de dúvidas e o diagnóstico precoce de qualquer anormalidade que ocorra no período gestacional, visando a manutenção da saúde do binômio mãe-filho. Para que haja de fato o cuidado ideal, é válido ressaltar que o Ministério da Saúde preconiza que o total de consultas no acompanhamento pré-natal deverá ser de, no mínimo, 6, distribuídas de acordo com o período gestacional. Até a 28ª semana uma consulta por mês, entre a 28ª e a 36ª uma consulta a cada quinze dias e da 36ª até a 41ª semana uma a cada semana até o parto. Diante da análise realizada, pode-se observar que a grande maioria das adolescentes obteve o pré-natal acompanhado corretamente, respeitando o número de consultas preconizado. Tendo em vista que,

49,7% contou com 7 ou mais consultas e 33,6% 4 a 6 consultas e apenas uma minoria, 4,3% não teve nenhuma consulta pré-natal.²⁵

Outrossim, para avaliar possíveis intercorrências na gestação e realizar a avaliação global do recém-nascido, é levada em consideração a idade gestacional, sabendo que determina-se como pré-termo o bebê nascido com menos do que 37 semanas completas - menos do que 259 dias completos-, a termo de 37 semanas completas até menos de 42 semanas completas -259 a 293 dias-, e pós-termo com 42 semanas completas ou mais - 294 dias ou mais. Essa variável é de suma importância para direcionar os possíveis cuidados necessários ao recém-nascido e a gestação ideal se estende até o período de 37 a 41 semanas. A grande maioria (81%) das adolescentes avaliadas atingiu esse patamar. Apenas 15,2% não atingiram o mínimo de 37 semanas e 3,3% ultrapassaram as 41 semanas gestacionais.³²

O estudo realizado permitiu então traçar um perfil entre as adolescentes gestantes em Belém no ano de 2014. Quanto aos aspectos sociais, a maioria é solteira, possui entre 15 e 19 anos de idade e formação escolar inferior a 12 anos. E, segundo as variáveis obstétricas analisadas, a duração da gestação, em grande parte, esteve entre 37 e 41 semanas e o número de consultas pré-natal foi superior ao que é preconizado, com 7 consultas ou mais em 49,7% dos casos.

Faz-se evidente que, frequentemente, a gestação precoce está ligada à ocorrência da iniciação sexual precoce, desconhecimento ou não uso dos métodos contraceptivos, aliados à falta de participação da escola e serviços de saúde no processo de educação sexual dos adolescentes. Os serviços de saúde e a escola são poucas vezes apontados como orientadores da sexualidade na adolescência, sugerindo que há uma lacuna no trabalho dessas instituições frente a essas questões, merecendo uma revisão e construção de políticas norteadoras, repercutindo na melhoria da assistência à saúde e formação escolar. A importância dessa assistência pode ser reforçada devido ao fato de que, socialmente, atribui-se à adolescência valores de uma etapa da vida em que se deve dar atenção exclusiva aos estudos e à preparação profissional. A constituição da família só deve acontecer após a formação profissional e a conquista da estabilidade financeira. A gravidez precoce e não planejada pode acarretar, com muita frequência, consequências no processo de escolarização e por sua vez, na inserção no mercado de trabalho, altamente competitivo. A gravidez na adolescência e não planejada pode acarretar sobrecarga psíquica, emocional e social para o desenvolvimento da adolescente. Desta forma, contar com uma rede de apoio é fundamental para reestabelecer os parâmetros de vida

modificados após a constatação da gravidez, com o apoio de escola, família e unidade de saúde. A ausência de uma rede de apoio pode contribuir para modificar significativamente seu projeto de vida futura, seu desenvolvimento, a responsabilidade para com o filho, a possibilidade de perpetuação do ciclo de pobreza, educação precária, falta de perspectiva de vida, lazer e emprego. A instabilidade econômica ainda contribui para a evasão escolar, baixa escolaridade e dificuldade de inserção no mercado de trabalho, comprometendo a estabilidade conjugal e estado de saúde da gestante e seu filho, principalmente das que não têm apoio familiar. Outro aspecto que deve ser considerado é a reincidência de gestações em adolescentes, caso esta não haja um acompanhamento após o parto direcionado ao planejamento familiar e à promoção de sua saúde. Essa reincidência ocorre em torno de 30% no primeiro ano e até 50% no segundo ano após a primeira gestação.^{28, 33, 34, 35, 36, 37}

Para que a atenção a esse público ocorra de forma adequada, os profissionais de saúde que estão diretamente ligados aos cuidados a este público devem reconhecer que nesta fase, assim como na vida adulta ou idosa, exercer a sexualidade com saúde é um direito. É preciso respeitar as particularidades dos adolescentes, aprovando sua autonomia enquanto pessoas e incentivando assim, ações que promovam a saúde, valorizando a vida. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família tem como prioridade a educação em saúde atuando na prevenção de agravos e na promoção da saúde. As políticas de atenção à saúde do adolescente pontuam a importância da educação sexual, como estratégia na prevenção não somente da gravidez precoce, bem como de outros agravos que estão expostos, como as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's). O serviço de saúde, além de se constituir como um direito e um aporte necessário no que se refere à prevenção, ao tratamento e à recuperação, se constituem como uma porta de entrada fundamental e necessária na construção de redes institucionais de apoio, proteção e enfrentamento dessa situação.^{38, 39}

O presente estudo levantou aspectos importantes e permitiu traçar as características sociais e obstétricas de adolescentes gestantes atendidas pelo Programa Pré-Natal do Sistema Único de Saúde na cidade de Belém-PA no ano de 2014. Fora exposto que, apesar de toda a problemática que norteia a gravidez precoce, a grande maioria teve a duração adequada da gestação e o acesso a um número ótimo de consultas no período pré-natal, o que aumenta o contato com o serviço de atenção à saúde. A partir disso, torna-se perceptível a possibilidade de construção de novos programas e intervenções em consonância com as características específicas da população estudada.

No que tange o estado civil das mães estudadas, pode-se notar que porção considerável delas era composta por solteiras, o que chama a atenção para a necessidade do planejamento familiar voltado para esse público, com enfoque na orientação e aconselhamento.

É preciso ressaltar que, para minimizar o abandono escolar relacionado à ocorrência da gestação, é imprescindível que as escolas forneçam atendimento diferenciado às adolescentes grávidas, atendendo aos seus direitos e observando as necessidades particulares de cada uma, com enfoque na manutenção dessa estudante no ano letivo regular.

Como forma de prevenção, é preciso que seja revista a educação sexual nas instituições de ensino para que essas ofereçam suporte educacional em saúde para estas jovens, em parceria com o Sistema Único de Saúde, visando minimizar os casos de gravidez na adolescência no local. Entretanto, não só as escolas, mas as unidades básicas de saúde têm que se mostrar abertas a esse público, para que isso ocorra é preciso tornar os serviços de saúde mais atrativos e direcionados aos adolescentes, ultrapassando o enfoque de atendimento à demanda e a simples transmissão de informações sobre sexualidade e disponibilização de métodos contraceptivos, criando estratégias de atendimento que promovam a participação e presença do adolescente nos serviços de saúde.

Além disso, para uma abordagem adequada do adolescente, torna-se necessária capacitação profissional dos profissionais de saúde, atuação de uma equipe multiprofissional, objetivando envolver o próprio adolescente nesta decisão de sua sexualidade, sempre mantendo o diálogo, respeito e maturidade.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo levantou aspectos importantes e permitiu traçar as características sociais e obstétricas de adolescentes gestantes atendidas pelo Programa Pré-Natal do Sistema Único de Saúde na cidade de Belém-PA no ano de 2014. Fora exposto que, apesar de toda a problemática que norteia a gravidez precoce, a grande maioria teve a duração adequada da gestação e o acesso a um número ótimo de consultas no período pré-natal, o que aumenta o contato com o serviço de atenção à saúde. A partir disso, torna-se perceptível a possibilidade de construção de novos programas e intervenções em consonância com as características específicas da população estudada.

No que tange o estado civil das mães estudadas, pode-se notar que porção considerável delas era composta por solteiras, o que chama a atenção para a necessidade do planejamento familiar voltado para esse público, com enfoque na orientação e aconselhamento.

É preciso ressaltar que, para minimizar o abandono escolar relacionado à ocorrência da gestação, é imprescindível que as escolas forneçam atendimento diferenciado às adolescentes grávidas, atendendo aos seus direitos e observando as necessidades particulares de cada uma, com enfoque na manutenção dessa estudante no ano letivo regular.

Como estratégia de prevenção, é preciso que seja revista a educação sexual nas instituições de ensino para que essas ofereçam suporte educacional em saúde para estas jovens, em parceria com o Sistema Único de Saúde, visando minimizar os casos de gravidez na adolescência no local. Entretanto, não só as escolas, mas as unidades básicas de saúde têm que se mostrar abertas a esse público, para que isso ocorra é preciso tornar os serviços de saúde mais atrativos e direcionados aos adolescentes, ultrapassando o enfoque de atendimento à demanda e a simples transmissão de informações sobre sexualidade e disponibilização de métodos contraceptivos, criando estratégias de atendimento que promovam a participação e presença do adolescente nos serviços de saúde.

Além disso, para uma abordagem adequada do adolescente, é necessária capacitação profissional dos profissionais de saúde, atuação de uma equipe multiprofissional, objetivando envolver o próprio adolescente nesta decisão de sua sexualidade, sempre mantendo o diálogo, respeito e maturidade.

REFERÊNCIAS

1. Silva JLP, Surita FGC. Gravidez na adolescência: situação atual. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia*. 2012; 34(8)
2. Fundo Populacional das Nações Unidas. *Motherhood in childhood facing the challenge of adolescent pregnancy*. UNFPA the state of world population 2013. 2013.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico*. 2010.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde*. 2013.
5. Camacho KG, Vargens OMC, Progianni JM, Spíndola T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. *Ciencia y enfermería*. 2010; 16(2).
6. Monteiro NRM, Silva BLA. Problemas internalizantes e externalizantes em adolescentes grávidas. *Psicol argum*. 2015; 33(81)
7. Charles JM, Malone JR, Aslam R, Hendry M, Pasterfield D, Whitaker R. Reducing repeat pregnancies in adolescence: applying realist principles as part of a mixed-methods systematic review to explore what work, for whom, how and under what circumstances. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016
8. Rede nacional primeira infância, Instituto da Infância. *Primeira infância e gravidez na adolescência*. 2013.
9. Pontes LC, Sousa WS, Oliveira DC, Pedreira IQ, Costa SM. As implicações da gravidez na adolescência: uma revisão bibliográfica. *Revista interdisciplinar NOVAFAPI*. 2012; 5(1).
10. Bonnilla S, Oscar A. Depresión y factores asociados en adolescentes embarazadas. *Saludi ciência*. 2015; 21(6)
11. Lara LAS, Habdo CHN. Age at time of initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016; 29(5)
12. Costa GPO, Guerra AQS, Araujo ACPF. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre contracepção para adolescentes. *Revista pesquisa cuidado fundamento*. 2016; 8(1)
13. Cury AF, Tabb KM, Niconuvas G, Cunningham C, Menezes PR, Haung H. Lower educations among low-income brazilian adolescent females is associated with planned pragnencies. *Int J Womans Health*. 2017
14. Menconza MML, Laureano JE, Gil HE, Villalobos RCO, Ayala JB, Moralez RB. Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo em adolescentes. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2015; 66(4)
15. Secretaria de Educação Fundamental. *Orientação sexual*. Portal do ministério da educação. 2014.
16. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas Estratégicas. *Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Manual técnico*. 2005.
17. Araújo SM, Silva MED, Moraes RC, Alves DS. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. *Veredas FAVIP- Revista eletrônica de ciências*. 2010; 3(2).
18. Luz NF, Assis TR, Rezende FR. Puerperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. *ABCS Health sci*. 2015; 40(2)
19. Tascon LAM, Guatibonza MDA, Ospina CBP, Tascon LIM, Penagos SM, Bahena AMB. Influencia de la adolescencia y su entorno em la adherencia al control prenatal y impacto sobre la prematuridad, bajo peso el nacer y mortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2015; 80(4).
20. Spindola T, Silva LFF. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas pelo pré-natal em um hospital universitário. *Esc Anna Nery Rev Enfermagem*. 2009; 13(1).

21. Dias AB, Aquino AML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(7).
22. Goldenberg P, Figueiredo MC, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(4).
23. Costa MCO, Formigli VLA. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(2).
24. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de Alto Risco. Manual Técnico*. 2010
25. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Ministério da Saúde. 2012.
26. Santos CAC, Nogueira KT. Gravidez na adolescência: falta de informação. *Adolescência saúde*. 2009; 6(1).
27. Berlofi LM, Alkimin ELC, Barbieril M, Guazzelli CAF, Araújo FF. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta enfermagem*. 2011; 19(2).
28. Costa COM, Santos CAST, Nascimento SC, Moura MSQ, Souza KEP, Assis DR. Gravidez na adolescência: associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas materna com resultado neonatal. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2005; 29(2).
29. Dadoorian D. Um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. *Rocco*. 2000.
30. Nader PRA, Cosme LA. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos. *Esc Anna Nery Rev Enfermagem*. 2010; 14(2).
31. Velasco VIP. Estudo epidemiológico das gestantes adolescentes de Niterói. *Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz*. 1998.
32. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Manual da Neonatologia*. Secretaria de Estado da Saúde. 2015.
33. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(4).
34. Godinho RA, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertonecello NMF. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio. *Rev Latino-américa Enfermagem*. 2000; 8(2)
35. Carvalho AYC, Ximenes LB, Fontenele FC, Dodt RCM. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas acompanhadas na unidade básica de saúde do município de Canindé. *Rev Rene*. 2009; 10(1).
36. Moura ERF, Souza CBJ, Evangelista DR. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas públicas e privadas de Fortaleza-CE, Brasil. *Rev Min Enfermagem*. 2009; 13(2).
37. Bruno ZV, Feitosa FEL, Silveira KP, Morais IQ, Bezerra MF. Reincidência de gravidez em adolescentes. *Rev Brasileira Ginecologia Obstetrícia*. 2009; 31(10).
38. Ministério da Saúde. *Programas e Projetos Saúde da família*. Ministério da Saúde. 1998
39. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Ministério da Saúde. 2006.