

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Curso de Medicina

**Gravidez na adolescência: fatores predisponentes e perfis  
sociodemográfico e cultural em um hospital público de Anápolis-  
Goiás**

Lilian Cassia Gomes Cintra

Giovana Rosa Campos

Adryane Santos Araújo

Millena Justino Santos

Suzana Alves Mundim Carneiro

Anápolis – Goiás

2020

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA  
Curso de Medicina

**Gravidez na adolescência: fatores predisponentes e perfis  
sociodemográfico e cultural em um hospital público de Anápolis-  
Goiás**

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina de  
Iniciação Científica do Curso de Medicina do  
Centro Universitário de Anápolis -  
UniEVANGÉLICA, sob a orientação do Prof.  
Esp. Erasmo Eustáquio Cozac.

Anápolis – Goiás

2020



**ENTREGA DA VERSÃO FINAL  
DO TRABALHO DE CURSO  
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

**Coordenação de Iniciação Científica  
Faculdade da Medicina – UniEvangélica**

Eu, Prof(a) Orientador **Erasmu Eustáqui Cozac** venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as) **Lilian Cassia Gomes Cintra, Adryane Santos Araújo, Millena Justino Santos, Giovana Rosa Campos e Suzana Alves Mundim Carneiro**, estão com a versão final do trabalho intitulado **Gravidez na adolescência: fatores predisponentes e perfis sociodemográfico e cultural em um hospital público de Anápolis-Goiás** pronta para ser entregue a esta coordenação.

**Observações:**

---

---

---

Anápolis, 09 de 11 de 2020

**Dr. Erasmu Eustáqui Cozac**

Pedjatria - Neonatologia  
Terapia Intensiva Pedjátrica e Neonatal  
CRM-GO 5442

**Professor(a) Orientador(a)**

## **RESUMO**

A gravidez na adolescência (10-19 anos) tem uma ocorrência mundial de 18 milhões, 95% em países em desenvolvimento. Estudos mostraram que, o perfil sociodemográfico e cultural tem influência na ocorrência dessa situação, portanto, compreender o que dentro de cada um deles pode levar a uma maior incidência de gravidez na adolescência é de suma importância para que medidas político-sociais possam ser realizadas. As complicações dessa situação social reverberam tanto para a mãe, como risco de morte intraparto e pré-eclâmpsia, quanto para o feto, como risco de prematuridade e baixo peso ao nascer. O objetivo do trabalho consiste em descrever os perfis sociodemográfico e cultural da gestante adolescente, bem como os fatores predisponentes para a gestação na adolescência. Trata-se de um estudo transversal de caráter epidemiológico com abordagem quantitativa, que utilizou o questionário “Fatores que influenciam na ocorrência de gravidez na adolescência” em um hospital público de Anápolis–Goiás, em adolescentes puérperas para traçar os perfis sociodemográficos e cultural. Resultados indicam que há maior prevalência de: adolescência tardia, união consensual, etnia parda, residentes de Anápolis-GO, renda de até um salário mínimo, ensino médio incompleto, interrupção dos estudos devido gestação, residem com parceiro ou com um dos pais biológicos, trabalhadoras do lar ou não possui profissão. Os aspectos clínicos se resumem a menarca e sexarca precoce, um/dois/três parceiros sexuais, primigesta, seis ou mais consultas de pré-natal, iniciado no primeiro trimestre de gestação, parto vaginal sem intercorrências. Nos aspectos sociais, baixa incidência de violência familiar, presença de educação sexual na escola, acesso oportuno a unidade de saúde, baixa ingestão de álcool, cigarro e drogas ilícitas durante a gestação. Finaliza-se suscitando sugestões de estratégias que poderiam ser traçadas para a diminuição dos índices de gravidez na adolescência.

**Palavras-chave:** Gravidez na Adolescência. Causalidade. Educação Sexual.

## **ABSTRACT**

Teenage pregnancies (10-19 years) have a worldwide occurrence of 18 million, 95% in developing countries. Studies have shown that the sociodemographic and cultural profile has an influence on the occurrence of this situation, therefore, understanding what within each of them can lead to a higher incidence of teenage pregnancy is of paramount importance for political and social measures to be taken. The complications of this social situation reverberate both to the mother, as the risk of intrapartum death and pre-eclampsia, and to the fetus, as the risk of prematurity and low birth weight. The objective of the work is to describe the socio-demographic and cultural profiles of the pregnant adolescent, as well as the predisposing factors for teenage pregnancy. This is a cross-sectional study of an epidemiological nature with a quantitative approach, which used the questionnaire “Factors that influence the occurrence of teenage pregnancy” in a public hospital in Anápolis – Goiás, in puerperal adolescents to outline the sociodemographic and cultural profiles. Results indicate that there is a higher prevalence of: late adolescence, consensual union, mixed race, residents of Anápolis-GO, income of up to one minimum wage, incomplete high school, interruption of studies due to pregnancy, live with a partner or with one biological parent, household workers or have no profession. The clinical aspects are summarized as menarche and early sexarche, one / two / three sexual partners, primigravida, six or more prenatal consultations, started in the first trimester of pregnancy, vaginal delivery without complications. In social aspects, low incidence of family violence, presence of sex education at school, timely access to health facilities, low intake of alcohol, cigarettes and illicit drugs during pregnancy. Ended by raising suggestions for strategies that could be outlined to reduce the rates of teenage pregnancy.

**Keywords:** Pregnancy in Adolescence. Causality. Sex education.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>09</b>
2. 1. Epidemiologia da gestação na adolescência .....	09
2. 2. Causas da gestação na adolescência .....	10
2. 3. Consequências da gestação na adolescência .....	15
2. 4. Possíveis medidas de intervenção .....	16
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
3. 1. Objetivo geral .....	18
3. 2. Objetivos específicos .....	18
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
4. 1. Tipo/desenho de estudo e local da pesquisa .....	19
4. 2. População e amostra .....	19
4. 3. Descrição do processo de coleta de dados .....	19
4. 4. Aspectos éticos .....	20
4. 5. Metodologia de análise de dados .....	21
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>43</b>
Anexo I _____	43
Anexo II _____	45
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>46</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada a fase da vida compreendida entre 10 a 19 anos de idade, sendo a adolescência precoce/inicial o período compreendido dos 10 aos 13 anos, a média dos 14 aos 16 anos e a tardia/final dos 17 aos 19 anos. Nessa fase da vida, vem-se notando índices recorrentes de gravidezes, que geralmente estão acompanhadas de diversas repercussões que podem provocar alguns impactos na sociedade (OUTEIRAL, 1982).

Ao redor do mundo, cerca de 18 milhões de adolescentes menores que 20 anos dão à luz a cada ano. Bebês nascidos de mães adolescentes representam 11% de todos os nascimentos ao redor do mundo; 95% destas gestações ocorrem nos países em desenvolvimento, sendo um deles o Brasil (AYELE et al., 2018; MATHEWOS; MEKURIA, 2018).

Na América Latina vem observando diminuição da gravidez na adolescência, exceto na faixa etária menor de 15 anos, que vem aumentando. Porém, ainda, é a segunda região do mundo com maiores taxas de fertilidade em adolescentes, além de apresentar o declínio mais lento (OPAS/OMS; UNICEF; UNFPA, 2016).

Assim como na América Latina, no Brasil a gravidez em adolescentes está em decréscimo, porém continua sendo um importante desafio de saúde pública em todo o mundo, de forma que 66% dessas gestações são indesejadas (BRASIL, 2017).

No que tange às principais causas da gestação na adolescência, vale ressaltar a renda familiar de até um salário mínimo, ausência de educação formal, múltiplos parceiros, uso de álcool antes das relações sexuais, início sexual ou de relacionamentos precoce, uso inadequado de métodos contraceptivos, pouca habilidade para negociar o seu uso com o parceiro, ausência de orientação sobre sexualidade, religião, influência do grupo, modelos sociais de gênero, violência em seus vários aspectos e vulnerabilidade de jovens a fatores de risco à sua saúde (MARANHÃO et al., 2017; SOUSA et al., 2018).

Sobre os riscos da gravidez na adolescência para os neonatos, no Brasil, destacam-se a mortalidade fetal (BARROS; AQUINO; SOUSA, 2019), maior risco de prematuridade e baixo peso ao nascer. Já para a gestante, há referências que apontam menor risco de cesárea e parto vaginal operado em adolescentes (TORVIE et al., 2015), em contrapartida, há outras que indicam maior taxa de cesárea nessa faixa etária (KARATAŞLI et al., 2019). Além disso, evidencia-se maior ocorrência de pré-eclâmpsia, morte intraparto e abortos. Desfechos esses que estão altamente relacionados com a realização incompleta e/ou atrasada do pré-natal (LEFTWICH; ALVES, 2017; KARATAŞLI et al., 2019).

Projetos de intervenções, tais como: implementação de consultas com o adolescente sem a obrigatoriedade do acompanhamento dos responsáveis nas unidades básicas de saúde; elaboração de palestras em toda a rede sobre saúde sexual, utilizando-se sempre de órgãos e equipes multidisciplinares da saúde devidamente capacitadas podem ser aplicados com o intuito de controlar as altas taxas de gravidez na adolescência. Tais propostas podem e devem atingir toda a rede de saúde para que, assim, haja uma redução em todos os níveis (PINTO, 2014).

Nota-se que, atualmente, no Brasil as políticas públicas existentes específicas para esse assunto ainda são ineficientes, o que contribui para o despreparo dos profissionais de saúde. Estes acabam utilizando estratégias distantes da realidade do adolescente, além de não os colocar como protagonistas e responsáveis por si mesmos (SOUZA, 2017).

Assim sendo a hipótese elencada para a realização desse trabalho é de que há fatores predisponentes e perfis sociodemográfico e cultural em adolescentes que impactam diretamente na elevada incidência de gestação nessa faixa etária.

Ademais, justifica-se a realização deste, uma vez que, a gravidez na adolescência se constitui como um tema atual, cuja existência não pode ser ignorada, por possuir fortes implicações morais, físicas, emocionais e psicossociais. Essa temática é muitas vezes compreendida como uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade na adolescência, e em virtude das consequências que ela acarreta, pode ser considerada como um problema social e de saúde pública (SILVA; TONETE, 2006; SOUZA; NOBREGA; COUTINHO, 2012).

No Brasil, a gravidez na adolescência é causa frequente de complicações não só de ordem biológica, mas sociais e econômicas, dentre outras (OUTEIRAL, 1982).

Considera-se, então, que a realização do trabalho é bastante oportuna e de suma importância, por se tratar de algo que irá pormenorizar os perfis que contribuem com a elevada incidência de gestação na adolescência em nível nacional e regional.

Diante do exposto e comentado o presente trabalho tem por objetivo descrever os perfis sociodemográfico e cultural, bem como os fatores predisponentes para a gestação na adolescência em pacientes atendidas em um hospital público do município de Anápolis-Goiás.



## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2. 1. Epidemiologia da gestação na adolescência**

O relatório conjunto lançado pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) afirma que no mundo a média estimada é de 46 nascimentos a cada mil adolescentes. A América Latina é a região do mundo com uma tendência crescente de gravidez entre adolescentes menores de 15 anos. Em países como os Estados Unidos, o índice é de 22,3 nascidos a cada mil adolescentes de 15 a 19 anos. A cada mil adolescentes brasileiras nessa faixa etária, 68,4 ficaram grávidas e tiveram seus bebês no período compreendido entre 2010 e 2015. Dessa maneira, o índice brasileiro fica acima da média latino-americana que é estimada em 65,5 (OPAS/OMS; UNICEF; UNFPA, 2016).

Em 1980, a fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos de idade representava 9,1% da fecundidade total do Brasil. Em 2000, esse percentual aumentou para 19,4%. Do total de nascidos vivos do país, foram identificados 0,9% advindos de mães entre 10 e 14 anos e 22,4% de mães entre 15 e 19 anos de idade (BRASIL, 2005). Em 2004 o número de registros de nascimentos foi de mais de três milhões, dos quais cerca de 20% correspondiam a mães adolescentes (HOGA; BORGES; REBERTE, 2010).

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em seu Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) observou-se que em 2006 houve o maior pico de incidência de gestações em mulheres com idade inferior a 20 anos, com cerca de 1.932.204 casos. Porém, nota-se que posterior a essa data houve um importante decréscimo, atingindo em 2015, último ano de amostra, 1.160.619 casos. Tal dado, é confirmado pelo Ministério da Saúde (MS) que afirma que entre 2004 e 2015 as taxas de gravidez na adolescência reduziram cerca de 17%.

Mesmo com a queda da fecundidade de adolescentes e jovens entre 2000 e 2010, o Brasil continua tendo uma fecundidade específica, neste grupo etário, mais elevada, não só em relação aos países europeus, mas inclusive em relação a outros países com menor grau de desenvolvimento e urbanização, tais como: África do Sul, Indonésia, Tailândia, China e Líbia. No caso deste último, o contraste é marcante, pois a Líbia possui uma taxa de fecundidade total de 2,38 filhos por mulher, mas possui uma fecundidade de adolescentes de apenas 2,5 nascimentos por mil mulheres contra uma taxa de 70 nascimentos por mil mulheres no Brasil (IBGE, 2010; UNITED NATIONS, 2013).

Já em esfera estadual, dados da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás em 2017 apontaram uma média de um nascimento por hora de filhos cujas mães têm entre 10 e 19 anos; um montante de mais de 13 mil crianças nasceram de mães adolescentes (BRASIL, 2019).

O decréscimo evidenciado posteriormente na ocorrência de gestação em adolescentes, apesar de sutil, provavelmente se deve à expansão do programa de saúde da família que aumenta a relação da adolescente com o médico e outros profissionais da área da saúde, possibilita maior acesso a métodos contraceptivos e informações sexuais. No entanto, tais projetos de educação em saúde e de planejamento familiar ainda carecem de técnicas específicas a fim de expor as informações necessárias aos adolescentes e de gerar um pensamento crítico para que eles sejam capazes de tomar decisões sensatas (VIEIRA, 2017).

## **2. 2. Causas da gestação na adolescência**

O perfil da gravidez na adolescência pode ser analisado a partir de alguns fatores, tais como: acesso e acompanhamento pré-natal, violência familiar, subdivisão da faixa etária dentro de adolescência em precoce e tardia, uso e conhecimento acerca de métodos contraceptivos, influência familiar (interação, convivência), influência da escola nos debates sexuais, escolaridade, início precoce da sexualidade, condições socioeconômicas, estado civil, hábitos de vida e histórico familiar (ALRAHMANI et al., 2016; VIEIRA, 2017).

Dentre os inúmeros aspectos que caracterizam a gestação nesta fase como de risco, elenca-se o difícil acesso aos serviços de saúde (ARAÚJO et al., 2018), que se associa a um pré-natal inadequado, menos de 2 consultas de pré-natal, expondo a díade mãe-feto a complicações. Ayele et al. (2018) ainda acrescenta que em seu estudo, a maioria das gestantes adolescentes viviam a uma distância de uma hora da unidade de saúde mais próxima, fator que contribui com esse pré-natal inadequado, com início de acompanhamento após a décima sexta semana de gestação.

As gestantes adolescentes são 2,4 vezes mais propensas que as adultas a iniciar o atendimento pré-natal após 12 semanas de gestação e menos propensas a usar suplementos dietéticos como ácido fólico e multivitaminas durante a gestação sem terem suporte para os tratamentos necessários (USYNINA et al., 2018). Contudo, para apenas um dos estudos analisados esse aspecto não contribui sobremaneira com maior risco para desfechos obstétricos adversos comparado a suas contrapartes adultas num contexto semelhante (ERGEN et al., 2017).

O estudo de Reátegui (2019) aponta que a incidência de violência familiar na gravidez na adolescência é de 72,5% devido a problemas no lar que não são classificados institucionalmente como violência familiar. Os tipos de violência subdividem-se em: violência física com 62,5%; seguido de violência psicológica com 57,5%; e violência sexual com 12,5%. Existe uma relação estatisticamente significativa entre violência familiar e evolução da gravidez. Isso, porque 70,0% das adolescentes apresentaram problemas com violência familiar, dessas apenas 12,5% tiveram uma boa evolução da gravidez, ao passo que as demais tiveram implicações deletérias.

Dentre as adolescentes com vivência de violência doméstica, 100% disseram ter sofrido violência psicológica. A forma física da violência também teve percentual expressivo, em torno de 70% e, finalmente, a violência sexual também se fez representar com 28,6% dos casos relatados. Com relação à vivência de violência na gestação, cerca de 15% do total das adolescentes grávidas disseram tê-la vivido durante esse período. No entanto, se considerar as adolescentes com história prévia de violência doméstica, o percentual sobe para 35,7% (MOTA et al., 2013).

Ademais, a violência sexual, emocional e física muitas vezes é praticada por pessoas da estreita relação com as adolescentes, destacando-se familiares e parceiros. Aproximadamente 57,2% dos perpetradores de violência doméstica são maridos/companheiros, ex-maridos/ex-companheiros, namorados/ex-namorados, o que configura violência conjugal. Os outros 42,8% correspondem agressões vindas dos pais, mais especificamente a mãe (MONTEIRO, 2007; MOTA, 2013).

Isto posto, a fim de minimizar a incidência da violência conjugal, deve-se incentivar a responsabilidade paterna nos cuidados do pré-natal para ocasionar mudanças dos comportamentos masculinos que colocam o binômio mãe-filho em situações de risco (RODRIGUES; NAKANO, 2007).

Adolescência precoce e tardia pode acarretar diferentes riscos para gestação na adolescência, sendo a adolescência mais tardia mais arriscada segundo a literatura analisada, sem motivo aparente (USYNINA et al., 2018; MATHEWOS; MEKURIA, 2018). Para Ergen et al. (2017) a idade é o principal determinante para o aumento do risco, independente do já discutido sobre fatores socioeconômicos. Em contraponto, Santos et al. (2018) afirmaram que, 60% de adolescentes engravidaram na faixa etária de 12 a 14 anos e 40% entre 15 e 16 anos.

Outro fator a ser abordado é o uso de métodos contraceptivos, em que 82,6% dos casos estudados por Usynina et al. (2018) não tinham histórico de uso de contraceptivos ou possuíam pouco conhecimento sobre a ocorrência da concepção.

A maioria das gestantes adolescentes já havia usado pelo menos um tipo de contraceptivo moderno, no entanto, não tinham conhecimento do exato momento em que poderiam tomar contraceptivos de emergência como a pílula do dia seguinte (MATHEWOS; MEKURIA, 2018). Já Santos et al. (2018) avaliam esse fator com maior propriedade, uma vez que os mesmos afirmam que a responsabilidade financeira das adolescentes estava vinculada aos pais (53,4%). Apesar das informações sobre medidas de segurança sexual e de prevenção de gravidez, que permeavam as vidas das adolescentes, muitas iniciaram a vida sexual sem utilizar métodos contraceptivos devido essa dependência (SOUZA; NOBREGA; COUTINHO, 2012).

Nesse âmbito, adolescentes que usavam contraceptivos, o faziam de maneira irregular. O esquecimento de usar regularmente o contraceptivo entre os adolescentes é real, mas algumas conviviam com o medo dos pais descobrirem o início das relações sexuais, outras desconheciam o uso adequado de métodos contraceptivos e enfrentavam dificuldades de acesso aos métodos de planejamento e prevenção. Para tanto, as adolescentes procuraram obter informações de maneira informal, apenas por meio da mídia e de pessoas próximas (SANTOS et al., 2018).

Ainda no tocante a relação entre âmbito familiar e suas implicações nos conhecimentos acerca da contracepção destas adolescentes, a maioria das adolescentes que engravidaram viviam apenas com um dos pais biológicos ou nenhum. Essas predispõem maior risco quando comparadas com as que vivem com ambos os pais, isso porque são orientadas e obtém apoio e acompanhamento de seus familiares, estando assim sob proteção, minimizando sua chance de exposição a experiências sexuais precoces e inadvertidas (MATHEWOS; MEKURIA, 2018).

Além disso, pais biológicos são altamente responsáveis pela adoção de comportamentos mais seguros de seus filhos. Porém, o mais significativo é a interação pais-filha nas questões de sexualidade, amor e gravidez, já que as condições de interação ineficaz pais-filha sobre essas questões se mostraram 3,7 vezes mais propensas a experimentar gravidez em comparação com aquelas que viviam sob boas condições de interação pais-filha. Uma boa interação familiar pode obter melhores oportunidades para ter livre discussão sobre questões de sexualidade e saúde reprodutiva, assim com transferência de habilidade de vida é possível proteger-se da gravidez na adolescência (MATHEWOS; MEKURIA, 2018). Não obstante, para Ayele et al. (2018) esta variável não foi significativamente associado à gravidez na adolescência.

Inúmeros fatores podem explicar por que os pais não comunicam sobre questões de relações sexuais com seus filhos. As razões percebidas pelos pais são de que os adolescentes sejam jovens demais para essas discussões, o tópico é considerado como tabu, os pais não tinham conhecimento do que comunicar, e a crença de que os adolescentes tinham conhecimento suficiente (AYELE et al., 2018).

Não apenas a dificuldade de comunicação entre pais e adolescentes é importante, como também as dificuldades de comunicação e diálogo entre os pais e educadores. Isso remete aos debates sobre a responsabilidade da escola, da família e dos profissionais de saúde no apoio e educação sexual dos adolescentes, mas, principalmente, na falta de atitude deles na prevenção da gravidez (SANTOS, et al., 2018).

Quando à escolaridade, pode-se elencar que entre os aspectos que motivaram a interrupção à escola estão: os sintomas da gravidez, compromisso com o filho, dificuldades financeiras e falta de apoio da família ou ausência do pai da criança. Nas experiências dessas jovens o abandono aos estudos, em detrimento das responsabilidades maternas, principalmente, é uma realidade que retrata interrupção nos projetos de vida como a escolarização e o desenvolvimento pessoal (SANTOS et al., 2018).

Quanto aos estudos de Ergen et al. (2017) e Usynina et al. (2018) dados corroboram a influência do grau de escolaridade sobre as adolescentes que engravidam. A média de escolaridade das adolescentes gestante é de  $\leq 7$  anos de estudos, ressaltando que a realidade exposta por estes estudos é de países desenvolvidos, o que pode causar certa discordância com dados nacionais. Além disso, 20% nunca receberam uma educação formal, o que pode ser associado a 81,5% das gestações, prioritariamente quando não receberam informações sobre educação sexual na escola (AYELE et al., 2018).

Quando se trata do início precoce da sexualização, o que se tem é que ele ocorre primeiramente em meninos e posteriormente nas meninas e que, fatores sociais se correlacionam intimamente com esse processo (BORGES; LATORRE; SCHOR, 2016). Conforme Ayele et al. (2018) a maioria das adolescentes estudadas tiveram iniciação sexual aos 16,9 anos, sendo que a idade média da menarca foi de 15,08 anos, outro dado que pode destoar da realidade Brasileira, haja vista que as brasileiras iniciam a vida sexual mais precocemente.

Considerando outro aspecto, se faz relevante o perfil econômico. Pais pobres foram encontrados como significativos preditores de gravidez na adolescência (MATHEWOS; MEKURIA, 2018), visto que, mulheres com menor renda tendem a se casarem tenra idade,

enquanto aquelas com maior renda continuam com sua educação e outros objetivos de carreira (AYELE et al., 2018).

O parceiro entra como fator de proteção para os transtornos ocasionados neste período (ARAÚJO et al., 2018), enquanto o estado solteiro é um fator de risco (ERGEN et al., 2017). Contudo, o casamento precoce predispõe começo de vida reprodutiva antecipada e aumenta com a idade por causa de maior tempo de exposição a fatores biológicos e sociais (AYELE et al., 2018), além da imaturidade nas relações com o parceiro e a falta de diálogo sobre o planejamento (SANTOS, et al., 2018).

Entre os hábitos de vida, sobressai o consumo de drogas lícitas e ilícitas, o qual está intimamente ligado ao maior risco de gravidez na adolescência, entretanto, não são apresentados motivos diretos para essa relação. O que se acredita é que esteja relacionado com o menor grau de escolaridade e de condições sociais (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016; ERGEN et al., 2017; MATHEWOS; MEKURIA, 2018).Dentre esses hábitos de vida, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e uso de drogas recreativas tem maior ocorrência em gestantes adolescentes (USYNINA et al., 2018).

Outro fator predisponente diz respeito à história de gravidez em familiares, ou seja, a reincidência de gravidez precoce. A exemplo, filhas de mães que engravidaram na adolescência são mais suscetíveis a também engravidarem precocemente (AYELE et al., 2018).

Quanto à participação religiosa, os estudos analisados não mostraram associações significativas com adolescentes grávidas (MATHEWOS; MEKURIA, 2018), em contraparte Alrahmani et al. (2016) afirmam que a falta de religião é fator predisponente a gestação na adolescência.

Ainda há uma relação com a paridade, havendo uma maior prevalência de primiparidade (ERGEN et al., 2017). Dentre as adolescentes, a faixa etária que compreende a adolescência média contém a maior taxa de primiparidade (MENGOLE-AMAYA; LANNACONE, 2010).

Por conseguinte, a gravidez na adolescência necessita de compreensão para que possa prevenir riscos ou situações de vulnerabilidade. A maior ocorrência se dá pela abordagem inadequada da sexualidade nas escolas; poucos avanços do sistema de saúde ao vincular o planejamento familiar com a comunidade; e precariedade de políticas públicas que contribuem para a conscientização dos adolescentes sobre a importância da prevenção da gestação nessa fase da vida, ou que lhes permitam fazer o seu planejamento (VIEIRA, 2017).

### 2. 3. Consequências da gestação na adolescência

Os principais riscos para gravidez na adolescência são pré-eclâmpsia e parto prematuro com baixo peso ao nascer. Contudo outros desfechos também são frequentes, em relação ao feto, tem-se crescimento intrauterino retardado, morte fetal, aborto, sofrimento fetal e má-formação. Os desfechos relacionados à mãe: ruptura placentária, maiores taxas de parto operado, hemorragia, atonia uterina e síndrome HELLP, maior mortalidade, problemas nutricionais, depressão, exploração e isolamento, sendo que os três primeiros ocorrem mais em mães com pré-eclâmpsia (BAKWA-KANYINGA et al., 2017; ÇIFT et al., 2017).

A ocorrência de cesáreas se encontra aumentada em alguns estudos, relacionando-se com melhores condições de vida das adolescentes por possuírem plano de saúde, já em outras pesquisas o parto vaginal possui maiores taxas associadas ao nível socioeconômico reduzido (ERGEN et al., 2017; ARAÚJO et al., 2018).

No contexto das intercorrências em serviços de saúde, incluem frequências mais elevadas nas mães adolescentes de episiotomias, parto vaginal operado e endometrite puerperal. Alguns mecanismos fisiopatológicos podem explicar essas ocorrências, como o processo de crescimento do canal vaginal estar incompleto. Esse processo pode levar ao aumento do risco devido ao parto prolongado e obstruído, uso de episiotomia, uso de fórceps e/ou ventosa, e endometrite puerperal. Ainda, achados frequentes na adolescência, como pélvis contraída e baixo ganho de peso na gestação, podem levar a um aumento da taxa de desfecho desfavorável da gravidez (ERGEN et al., 2017).

Além disso, mulheres grávidas precocemente, independentemente da quantidade de nascimentos, tem sua probabilidade de participação na população economicamente ativa (PEA) reduzida. Foi ainda constatado que as adolescentes que estão grávidas, geralmente ainda não possuem um emprego, não tendo desse modo, nenhuma experiência no mercado de trabalho, levando assim, à situação de dependência financeira dos pais e/ou responsáveis (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016).

Dentre outras consequências da gravidez na adolescência, pode-se citar a evasão escolar, uma das consequências mais relevantes por permite a criação de um círculo vicioso, devido ao fato de que a adolescente provavelmente deixará os estudos para conseguir cuidar do filho, e seu retorno à escola será dificultado, o que pode levar ao aumento dos riscos de desemprego, à dependência financeira dos familiares, à perpetuação da pobreza e à educação limitada. Ainda a respeito do fator escolaridade, é notório a influência direta da evasão escolar na maior propensão a gravidez nessa fase, devido favorecimento de falta de informações acerca

de métodos contraceptivos, fecundidade, iniciação sexual precoce, dentre outros (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016).

Durante a gravidez na adolescência pode-se também adquirir como consequência o problema relacionado às transformações biopsicossociais, que consiste na iniciação de uma família muito cedo afetando assim a juventude e a possibilidade de criar um projeto estável de vida, tornando assim um duplo prejuízo, no qual nem a adolescência nem a fase adulta serão plenamente aproveitadas (ARAUJO et al., 2016).

#### **2. 4. Possíveis medidas de intervenção**

Diante disso, as melhores propostas de prevenção e apoio à gravidez na adolescência seriam a elaboração de políticas públicas voltada para os adolescentes - por meio de veículos virtuais, unidades básicas de saúde, hospitais e escolas - a fim de diminuir os níveis de gravidez não planejada ou desejada, por meio de trabalho interdisciplinar dos agentes da sociedade, escola e família. No entanto, deve ressaltar que o conhecimento repassado por esses programas educacionais não garante que a prevenção seja eficaz, pois a qualidade pode decair ao ser empregado em grandes massas populacionais. Logo, o desconhecimento ou o conhecimento equivocado leva à propagação de mitos entre os adolescentes, como o de que o dispositivo intrauterino (DIU) atrapalha a relação ou que o coito interrompido é um método contraceptivo eficaz para a prevenção da gravidez (SANTOS; SILVA, 2018).

O mais adequado a se realizar é a promoção de políticas públicas que visam à divulgação de conhecimentos sobre saúde sexuais e de planejamento familiar, consequências do uso de álcool, cigarro e outras drogas na gestação, principais doenças e suas complicações, além de se ratificar que os adolescentes conseguiram elaborar seus próprios valores com pensamento críticos, sendo capaz de determinar seu comportamento por meio da articulação de suas vivências, conhecimentos e valores diante de alguma tomada de decisão (SANTOS et al., 2018; SANTOS; SILVA, 2018).

Outras ideias propostas para diminuir a incidência dos casos de gravidez na adolescência é a aquisição de um canal comunicacional aberto para possibilitar a exposição de temores e dúvidas que os adolescentes possam vir a ter e a formação de uma política de respaldo familiar na formação da personalidade do adolescente. Tal meio, além de esclarecer diversos anseios dessa faixa etária, também serviria como ambiente para detecção de violência intrafamiliar, que é uma das principais causas de gravidez na adolescência, principalmente em crianças de 10 a 14 anos (SANTOS; SILVA, 2018).



Conforme autor supracitado, o incentivo da escolarização no período de 10 a 19 anos é um eficaz método de prevenção da gravidez na adolescência, visto que, na maioria dos casos, as jovens possuem baixa escolaridade ou deixaram de frequentar a escola para se ocupar apenas com afazeres do lar. Atenção deve ser dada também às adolescentes já grávidas, especialmente aquelas de nível socioeconômico mais baixo para que tenham um diagnóstico e acompanhamento pré-natal precoce (ALMEIDA et al., 2019).

Em suma, deve-se ressaltar que o aperfeiçoamento de medidas públicas educacionais e a implantação dessas novas ideias que visam a prevenção da gravidez na adolescência devem ocorrer, principalmente, em áreas com menor desenvolvimento socioeconômico e nível de escolaridade, visto que nelas há maior incidência dos casos de gravidez na adolescência (ALMEIDA et al., 2019).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3. 1. Objetivo geral**

Descrever os dados sociodemográficos e sociais, bem como os fatores predisponentes de gestantes adolescentes em hospital público de Anápolis-GO.

#### **3. 2. Objetivos secundários**

- Descrever os aspectos clínicos (antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos e sexuais, antecedentes familiares e métodos contraceptivos) da população em estudo;
- Reconhecer os aspectos sociais (violência familiar, palestra sobre educação sexual, tempo gasto para chegar à unidade de saúde mais próxima, alcoolismo, tabagismo uso de drogas ilícitas e religião) da população do referido estudo.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Tipo/desenho de estudo e local da pesquisa**

Trata-se de um estudo de caráter transversal, epidemiológico de abordagem quantitativa para identificar o perfil sociodemográfico e cultural das adolescentes grávidas atendidas numa unidade de referência do SUS em Anápolis-GO no período de fevereiro de 2020 a setembro de 2020, excetuando-se os meses a partir de meados de março a junho devido as impossibilidades impostas pela pandemia do *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2).

O estudo foi realizado na Santa Casa de Anápolis (SCA), no estado de Goiás, hospital esse tido como unidade de referência para gestantes, principalmente de alto risco, incluindo gestantes adolescentes, residentes da região norte do estado primordialmente, o que não exclui do estudo as residentes das demais localidades.

### **4.2. População e amostra**

Existiu uma estimativa de que ao decorrer de um ano, aproximadamente 400 a 500 adolescentes (faixa etária de 10 a 20 anos) puérperas passem pelo regime de internação no hospital Santa Casa de Anápolis – Goiás após parto na mesma instituição, com intervalo de tempo oportuno, não imediatamente após parto. Este montante caracterizou a população do presente trabalho.

Para o cálculo amostral deste trabalho levou-se em consideração que 90% da amostra tem gravidez não planejada, utilizando um nível de significância de dois desvios padrão e um erro aceitável para o cálculo de 5%, chegou-se a um cálculo amostral de 112 voluntárias que corresponderam a amostra mínima representativa. Para tanto utilizou-se a fórmula para o cálculo de amostra finita de Levin (1987).

### **4.3. Descrição do processo de coleta de dados**

A pesquisa foi realizada por meio de coleta de dados junto às adolescentes puérperas de 10 a 19 anos de idade internadas na SCA, as quais foram abordadas de modo aleatório durante a internação no local no período de coleta de dados, compreendido entre fevereiro/2020 e setembro/2020, excetuando-se os meses a partir de meados de março a junho.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi lido pelo entrevistador e assinado nos casos em que a adolescente e seu responsável concordaram com a participação na pesquisa. No caso das menores de 18 anos, os responsáveis primeiramente assinaram o TCLE e elas, posteriormente, assinaram o Termo de Assentimento (TA).

A coleta de dados se baseou em perguntas direcionadas contidas no formulário específico “Fatores que influenciam na ocorrência de gravidez na adolescência” (APÊNDICE). Instrumento este elaborado pelos pesquisadores levando-se em consideração os diversos elementos, que predispõem a gestação nessa faixa etária, levantados pelo referencial teórico aqui contido. Tal questionário teve duração em média de 5 a 10 minutos de preenchimento. As perguntas foram realizadas pelos próprios pesquisadores em ambiente que permitiu a preservação do sigilo das respostas prestadas ou lido e respondido isoladamente pelas próprias participantes.

O uso do questionário é considerado, seguro, mas é possível ocorrer constrangimento, experiências negativas, além de vergonha, medo e estresse. Na busca por minimizar esses possíveis riscos, sua filha será convidada para fazer parte da pesquisa de forma empática e respeitosa por parte apenas dos responsáveis legais pela pesquisa. Tal abordagem será realizada um dia após o parto em seu leito. É ainda um risco a quebra de sigilo, que será minimizada pela não identificação dos questionários com o nome de sua filha, mas sim por um código numérico.

O benefício direto relacionado com a colaboração de sua filha nesta pesquisa é a realização de ações de promoção à saúde e informações sobre a ciência da puericultura focada nesse desenvolvimento inicial do recém-nascido, acrescido de interação e retirada de dúvidas, além de indiretamente contribuir para a elaboração de políticas públicas de saúde e educação efetivas e especialmente voltadas para gestantes adolescentes.

Sendo o grupo responsável pelo trabalho composto por cinco estudantes de medicina, as mesmas se intercalaram em visitas a instituição para a coleta dos dados.

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: adolescentes, internadas no pós parto no período de coleta de dados, que aceitaram participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão para participar do estudo foram: adolescentes internadas que recusaram a participação na pesquisa ou aquelas menores de 18 anos desacompanhadas de seus pais ou responsáveis.

#### **4.4. Aspectos éticos**

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA) conforme resolução 466/2012, já aprovado com número de parecer 3.364.153/2020 (ANEXO).

#### **4.5. Metodologia de análise de dados**

Para a organização dos dados foi utilizado o programa Microsoft® Excel 2013 para tabulação dos dados e a análise estatística. Os dados foram analisados no software SPSS para Windows, versão 21.0. Neste foi caracterizada a amostra através de médias, desvios-padrão, frequência simples e percentual. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## 5. RESULTADOS

O questionário foi repassado a 54 pacientes adolescentes puérperas internadas em hospital público de Anápolis-GO, Santa Casa de Anápolis, no período de fevereiro a outubro de 2020, excetuando-se os meses a partir de meados de março a junho devido as impossibilidades impostas pela pandemia do SARS-CoV-2.

De acordo com os dados obtidos pode-se compor o perfil sociodemográfico e cultural das adolescentes puérperas. Este perfil constata que 44,4% (24/54) das entrevistadas residem com o parceiro, 22,2% (12/54) residem com pelo menos um dos pais biológicos, 18,5% (10/54) residem com ambos os pais biológicos, 13% (07/54) residem com parceiro e ambos ou um pai biológico, enquanto que, apenas 1,9% (01/54) residem sozinhas (Tabela 1).

Sobre a atividade profissional desenvolvida pelas adolescentes puérperas foi identificado que 44,4% (24/54) são profissionais do lar, 40,7% (22/54) não trabalham, 11,1% (06/54) tem emprego formal e 3,8% (02/54) emprego informal (Tabela 1).

Já a respeito da escolaridade, 48,1% (26/54) estudavam quando engravidaram e dessas 46,1% (12/26) continuou com os estudos. O maior motivo para a interrupção dos estudos entre essas adolescentes foi a gestação, 71,4% (10/14), seguido do trabalho, 21,4% (03/14), da falta de recursos financeiros, 7,2% (01/14). As adolescentes que não engravidaram durante o período escolar (14/26) afirmam ter parado com os estudos devido ao trabalho (08/14), por falta de recursos financeiros (05/14) e falta de apoio familiar (01/14). Dentre essas que paralisaram os estudos, 71,4% (10/14) pretendem retornar (Tabela 1).

Os demais elementos que contemplam o perfil sociodemográfico e cultural das adolescentes puérperas está contido na Tabela 1 abaixo.

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico e cultural das mães adolescentes entrevistadas em 2020 na Santa Casa de Anápolis (GO)

Variáveis	n (%)
<b>Faixa etária</b>	
10 – 13 anos	0 (0)
14 - 16 anos	17 (31,5)
17 – 19 anos	37 (68,5)
<b>Estado Civil</b>	
Solteira	22 (40,7)
União Consensual	25 (46,3)
Casada	7 (13)
Separada	0 (0)
Viúva	0 (0)

<b>Etnia</b>	
Branca	14 (25,9)
Negra	8 (14,8)
Parda	31 (57,4)
Indígena	0 (0)
Amarela	1 (1,9)
<b>Local de residência</b>	
Anápolis	37 (68,5)
Outra cidade de Goiás	16 (29,6)
Outro estado	1 (1,9)
<b>Renda Familiar</b>	
Até um salário mínimo	18 (33,3)
Um salário mínimo	16 (29,6)
Um a três salários mínimos	13 (24,1)
Mais de três salários mínimos	1 (1,9)
Ignorado	6 (11,1)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeta	2 (3,7)
Fundamental incompleto	16 (29,6)
Fundamental completo	3 (5,6)
Médio incompleto	17 (31,5)
Médio completo	13 (24)
Superior incompleto	1 (1,9)
Superior completo	2 (3,7)

O presente trabalho inclui também descrever os aspectos clínicos da população do estudo, população essa que realizou pré-natal quase que em sua totalidade, 96,3% (52/54), 69,2% (36/52) realizou este pré-natal em unidades básicas de saúde, 25% (13/52) em hospitais/maternidades de /baixo risco e o restante, 5,8% (03/52) em hospitais/maternidades de alto risco. Demais resultados quanto aos aspectos clínicos na Tabela 2 a seguir.

**Tabela 2** - Aspectos Clínicos das mães adolescentes entrevistadas em 2020 na Santa Casa de Anápolis (GO)

<b>Aspectos Clínicos</b>	<b>n (%)</b>
<b>Antecedentes Ginecológicos</b>	
<b>Menarca</b>	
Antes dos 13 anos	21 (38,9)
14 a 16 anos	29 (53,7)
17 a 19 anos	2 (3,7)
Não lembro	2 (3,7)
<b>Sexarca</b>	
Antes dos 13 anos	4 (7,4)

14 a 16 anos	47 (87)
17 a 19 anos	3 (5,6)
<b>Número de Parceiros</b>	
Um	14 (25,9)
Dois	13 (24,1)
Três	12 (22,2)
Quatro	5 (9,3)
Cinco ou mais	8 (14,8)
Ignorado	2 (3,7)

Contempla ainda aos aspectos clínicos: os antecedentes obstétricos e familiares, os quais são descritos com clareza abaixo (Tabela 3).

**Tabela 3** - Aspectos obstétricos e familiares das mães adolescentes entrevistadas em 2020 na Santa Casa de Anápolis (GO)

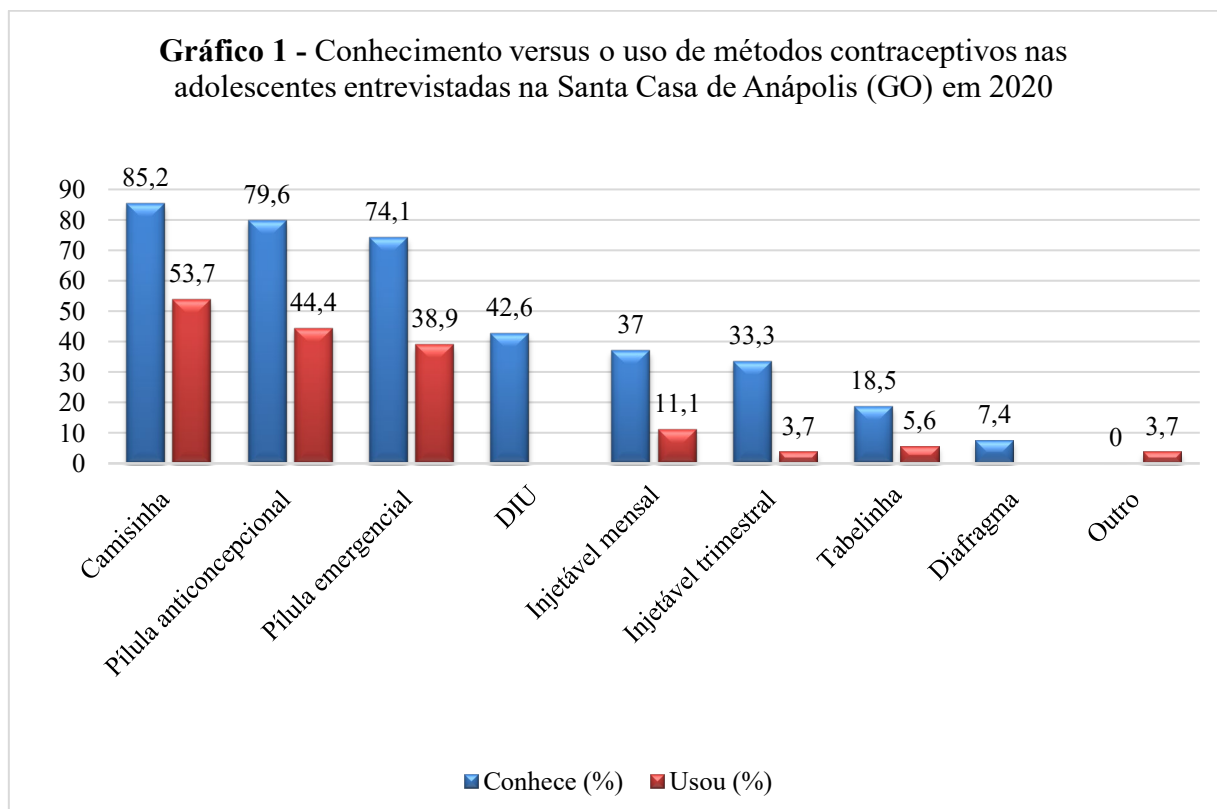
<b>Aspectos Clínicos</b>		<b>n (%)</b>
<b>Antecedentes Obstétricos</b>		
Número de gestações	Primigesta	36 (66,7)
	Secundigesta	14 (25,9)
	Tercigesta	4 (7,4)
	Multigesta	0 (0)
<b>Pré-Natal e parto</b>		
Realizou Pré-Natal	Sim	52 (96,3)
	Não	2 (3,7)
Quantas consultas pré-natais	Menos de seis	24 (44,4)
	Seis ou mais	27 (50)
	Ignorado	3 (5,6)
Quando se iniciou o pré-natal	No primeiro trimestre de gestação	29 (53,7)
	Após o primeiro trimestre de gestação	21 (38,9)
	Ignorado	4 (7,4)
Intercorrências no pré-natal	Sim	7 (13)
	Não	47 (87)
Via de parto	Vaginal	28 (51,9)
	Cesária	26 (48,1)
Intercorrências no parto	Sim	5 (9,3)
	Não	47 (87)
	Ignorado	2 (3,7)
<b>Antecedentes familiares</b>		
Mãe da adolescente teve filho antes dos 20 anos	Sim	44 (81,5)
	Não	9 (16,6)



	Ignorado	1 (1,9)
Presença de apoio familiar	Sim	50 (92,6)
	Não	4 (7,4)
Presença de apoio do pai da criança	Sim	45 (83,3)
	Não	9 (16,7)
Presença de bom convívio familiar	Sim	49 (90,7)
	Não	5 (9,3)
Gestação planejada	Sim	12 (22,2)
	Não	42 (77,8)

Ainda sobre os aspectos clínicos, acerca do uso e conhecimento de métodos contraceptivos entre as adolescentes observa-se que 92,6% (50/54) delas já utilizaram algum método, 14% (07/50) iniciaram antes da primeira relação sexual e 44% (22/50) utilizavam/utilizou algum método na ocasião em que engravidaram. Destas últimas os métodos utilizados foram majoritariamente camisinha e pílula do dia seguinte, 27,3% para ambos (06/22); injetável mensal, 22,7% (05/22); tabelinha, 18,2% (04/22); pílula anticoncepcional, 13,6% (03/22); injetável trimestral e outro, 4,5% para ambos (01/22) (Gráfico 1).

O gráfico abaixo descreve o conhecimento das adolescentes sobre os métodos contraceptivos em contraposição aos métodos realmente utilizados pelas mesmas, sendo que 85,2% (46/54) das entrevistadas afirmaram ter conhecimento sobre contracepção (Gráfico 1).



Além disso, o trabalho contempla o reconhecimento dos aspectos sociais, o qual permitiu uma sistematização da violência familiar, uma vez que dentre as adolescentes que sofreram com violência, 15 adolescentes (27,8%), 33,3% (05/15) sofreram violência física, 33,3% (05/15) violência psicológica, 6,7% (01/15) violência sexual e 26,7% (04/15) sofreram mais de um desses tipos de violências. Quando questionadas a respeito de quem foi o agressor, 66,7% (10/15) responderam, sendo que dessas 30% (03/10) respondem que a violência partiu de familiares, 20% (02/10) do parceiro e outros 20% (02/10) de outros agressores (Tabela 3).

Antes mesmo da gestação 33,3% (18/54) das pesquisadas faziam uso de bebida alcoólica, dessas 27,8% (05/18) continuou com a ingestão durante a gestação. Cenário diferente daquele encontrado para as adolescentes que faziam uso de cigarro, 7,4% (04/54), já que 75% (03/04) delas continuaram fumando durante a gestação e uma adolescente que não fazia uso de cigarro antes da gestação o fez durante ela. Igualmente aconteceu com o uso de drogas ilícitas, uma vez que a única adolescente 1,9% (01/54) a atestar o uso de droga ilícita anterior a gestação, continuou seu uso durante a gestação (Tabela 3).

Das 85,2% (46/54) de gestantes com religião estabelecida, 74% (34/46) delas se consideram praticantes de sua religião (Tabela 3).

Abaixo na Tabela 4 segue os demais elementos que foram encontrados a respeito dos aspectos sociais.

**Tabela 4** - Aspectos sociais das mães adolescentes entrevistadas em 2020 na Santa Casa de Anápolis (GO)

<b>Aspectos Sociais</b>		<b>n (%)</b>
Sofreu ou presenciou violência familiar	Sim	15 (27,8)
	Não	38 (70,4)
	Ignorado	1 (1,9)
Violência praticada por	Parceiro	2 (3,7)
	Familiar	3 (5,6)
	Outro	2 (3,7)
	Ignorado	43 (79,6)
Já teve educação sexual na escola	Sim	37 (68,5)
	Não	11 (20,4)
	Não se lembra	6 (11,1)
Tempo para chegar à Unidade de Saúde	< 30 min	41 (75,9)
	30 – 60 min	8 (14,8)
	> 60 min	3 (5,6)
	Ignorado	2 (3,7)
Usou bebida alcoólica durante a gestação	Sim	5 (9,3)
	Não	48 (88,9)
	Ignorado	1 (1,9)

Fumou durante a gestação	Sim	4 (7,4)
	Não	50 (92,6)
Fez uso de droga ilícita durante a gestação	Sim	1 (1,9)
	Não	53(98,1)
Possui religião	Sim	46 (85,2)
	Não	8 (14,8)

Ademais, segue uma representação sumarizada do perfil da gestante adolescente identificado no presente estudo (Figura 1) com os principais caracterizadores desse grupo de adolescentes assim como os fatores predisponentes para a ocorrência da gestação nessa faixa etária.



MAC: Método anticoncepcional; Baixa renda: < 1 salário mínimo; Baixa escolaridade: ensino médio incompleto ou inferior.

**Figura 1:** Ilustração do perfil da adolescente gestante.

## 6. DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico encontrado dentre as participantes, foi de prevalência de adolescentes com faixa etária de 17 a 19 anos, em união consensual com o parceiro, de cor parda, com renda familiar até 1 salário mínimo, ensino médio incompleto e são profissionais do lar, características essas que no geral se encaixam no perfil brasileiro de gravidez na adolescência como será analisado posteriormente.

A faixa etária na adolescência tardia condiz com a literatura disponível, dentro e fora do Brasil, mais especificamente na África Subsaariana, esse último estudo ressalta ainda a problemática das gravidezes de adolescentes com 16 anos ou menos devido a sua maior chance de desfechos fetais complicados como prematuridade e baixo peso (MOMBO-NGOMA et al., 2016; SANTOS et al., 2020). Enquanto que o estado civil concorda com dados existentes em estudos dentro do Brasil com a maioria de adolescentes em união com o parceiro 81,4% em Aracaju - SE e um pouco menos (50,9%) em João Pessoa-PB (PINHERIO, PEREIRA e FREITAS, 2019; SANTOS et al., 2020) contudo difere quando se consideram outros países de culturas diferentes como por exemplo o estudo de Fory e Oliveira (2020), na Colômbia, o qual encontrou 64,4% das adolescentes que haviam engravidado como sendo solteiras.

Em relação a renda familiar, houve predomínio do ganho familiar mensal de até um salário mínimo (33,3%) e de um salário mínimo (29,6%). Ao analisar estudos publicados atualmente, constata-se que há controvérsia entre estudos publicados em áreas que apresentam diferentes valores do índice de desenvolvimento humano (IDH) (PEREIRA; MAYARA; ASSUNÇÃO, 2018; SANTOS et al. 2020), que analisaram os fatores sociodemográficos de mães adolescentes no Sul de Goiás (IDH= 0,735) e em Aracajú - SE (IDH= 0,665), e pontuam uma estreita relação entre uma baixa renda familiar e a maior vulnerabilidade de gestação na adolescência, estando em concordância com os resultados apresentados por este presente estudo.

Já para Felipe et al. (2016), realizado no extremo Sul de Santa Catarina (IDH= 0,774), não há relação significativa entre a baixa renda familiar e a maior incidência de gestação na adolescência, visto que a maioria dos integrantes de sua amostra apresentam renda familiar com mais de um salário mínimo. Portanto, a análise do ganho mensal familiar como um fator contribuinte para o aumento da incidência dos casos de gravidez na adolescência deve considerar outros fatores sociodemográficos da população em estudo, como o local de residência dos entrevistados e o IDH da região em análise segundo os dados atuais do instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE).

Em termos de atividade profissional, é observado que mulheres gestantes, ou que já possuem filhos, possuem uma maior dificuldade de adentrarem ao mercado profissional e integrarem a população economicamente ativa (PEA) (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016). Na pesquisa realizada, pode-se confirmar isso ao notar que mais de 80% das adolescentes entrevistadas afirmaram não trabalhar ou afirmaram ser profissionais do lar, contra apenas 11,1% que afirmaram possuir um emprego formal. Boa parte desse empecilho se dá pelo fato de que a maioria das gestantes que engravidam nessa fase ainda precoce da vida, não possuiu até então seu primeiro emprego, o que acaba por dificultar a oportunidade de empregos posteriores devido à falta de experiência (SOUZA; RIOS-NETO; QUEIROZ, 2011). Entretanto, é importante ressaltar também a relação entre o nível socioeconômico da gestante com sua necessidade de procura de um emprego, ainda que informal, para compor a renda familiar (OLIVEIRA, 2008; DIAS; TEIXEIRA, 2010).

No que tange à escolaridade, a literatura atual condiz com os dados obtidos nos resultados aqui apresentados. Observou-se que 48,1% das participantes estudavam quando engravidaram, sendo que, dessa porcentagem, um pouco mais da metade (53,8%) cessaram os estudos, tendo como principal causa, a própria gestação. No entanto, quando se considerou as participantes que já não estudavam no momento da gravidez, os principais motivos considerados foram a necessidade de trabalhar. O estudo de Santos (2018) reafirma essas causas, nele foi demonstrado que dentre os motivos listados para justificar a interrupção aos estudos, estavam primariamente a gestação (devido aos sintomas e futuramente compromissos maternos), as dificuldades financeiras e a falta de apoio dos familiares.

O estudo de Santos et al. (2020) também evidencia que a gravidez na adolescência traz o abandono dos estudos como a principal consequência socioeconômica, pois é uma situação que acarreta o atraso escolar da mãe, pelo fato da necessidade de priorizar os cuidados com o filho, trazendo, conseqüentemente, dificuldades posteriores de ingresso no mercado de trabalho. Tal estudo posteriormente, afirma então que a escolaridade guarda relação inversa com a questão da gravidez precoce, ou seja, quanto menor nível de conhecimento, maior será a predisposição a ter uma gestação nessa fase da vida. Além disso, de acordo com Maestri (2019), o abandono escolar apresenta uma relação direta à reincidência de gestação, com um número de 3,5 vezes maior do que as que optam por continuar os estudos.

No que se refere ao grau de escolaridade, constatou-se predominante o ensino médio incompleto seguido do fundamental incompleto. E, apesar da realidade exposta acima,

71,4% das adolescentes ainda possuem a pretensão de retornar aos estudos. Esses dados foram concordantes com estudos de Ergen et al. (2017) e Usynina et al. (2018), que retratam a média de escolaridade da adolescente gestante sendo de  $\leq 7$  anos de estudos. Buratto et al. (2018) também reafirma que mães adolescentes com grau de instrução entre quatro a sete anos são predominantes, contrapondo com uma variação negativa observada em mães adolescentes com escolaridade superior aos 12 anos.

No entanto, Ayele et al. (2018) afirma que 20% das gestantes nunca receberam uma educação formal, o que contrasta com este estudo, no qual foi identificado que apenas 3,7% das adolescentes grávidas eram analfabetas. Dessa forma, pode-se afirmar que indubitavelmente há sim uma quebra no elo do conjunto gestante-escola, e que, por meio das conclusões das literaturas impressas associadas à pesquisa feita, há a reafirmação de altas taxas de evasão escolar das gestantes e dificuldades em se manter na escola ou retornar a ela após a gestação e/ou nascimento do filho.

Dentro dos antecedentes ginecológicos e sexuais, observa-se uma menarca em geral entre 14-16 anos (53,7%), assim como a sexarca (87%) tendo a 72,2% delas um máximo de três parceiros sexuais, porém a maioria apenas um parceiro. Esses dados contrastam em relação a menarca, com um estudo feito no Piauí que encontrou como antecedentes ginecológicos mais prevalentes a menarca de 12-13 anos (50,6%), e condizem com os outros aspectos a média de sexarca de 15,32 anos e também maior prevalência de poucos parceiros, especificamente aqui uma maioria com apenas um parceiro (42,2%) nos antecedentes sexuais (MARANHÃO et al., 2017).

No segmento obstétrico, a maioria das gestantes abordadas são primigestas, realizaram parto vaginal e não apresentaram intercorrências durante o pré-natal e/ou parto. O presente estudo reforça a relação entre primiparidade e a ocorrência de gestação na adolescência, estando em consonância com a literatura atual, como em Barbosa et al. (2015) e Santos et al. (2020). A maior ocorrência de parto vaginal reflete o ambiente no qual os partos estavam sendo realizados, uma vez que não eram agendados e recebiam meninas utilizando o sistema único de saúde, além do baixo índice de intercorrências apresentadas nos resultados, posto que, segundo (LEFTWICH; ALVES, 2017; KARATAŞLI et al., 2019), a realização de cesárea está muitas vezes associada a uma melhor condição socioeconômica permitindo maior poder de escolha da mulher, utilização de planos de saúde e presença de intercorrências durante o pré-natal e/ou parto.

Quanto ao número de consultas de pré-natal, tem-se que a maioria das puérperas realizou consultas de pré-natal. Destas, a maioria começou a realizar o acompanhamento no primeiro trimestre de gestação e realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Os resultados apresentados e o estudo de Fontana et al. (2017) indicam uma alta cobertura e qualidade do pré-natal no município de Anápolis- GO, quando comparado com o resto da região Centro-Oeste, que, segundo o artigo de Tomasi et al. (2017), foi considerada a região brasileira com pior qualidade e acesso ao pré-natal.

Tais dados podem refletir uma adequada implementação do Programa de Humanização no Pré-Natal (PHPN) no município de Anápolis-GO, o qual contribui para redução da taxa de mortalidade materna e neonatal, além de facilitar a elaboração de ações educativas, vacinação e uma boa relação médico-paciente (LEAL et al., 2020). No entanto, apesar do município ter uma boa cobertura, ressalta-se o baixo número amostral que pode não representar a realidade do município, assim como a dependência dos dados na memória da paciente. É importante continuar incentivando a participação precoce da gestante do PHPN, iniciando suas consultas logo no primeiro mês de gestação, realizando no mínimo seis consultas de pré-natal e seguindo as recomendações adequadas.

Sobre o apoio recebido por familiares e parceiro, o presente estudo ratifica a presença de uma relação de apoio e companheirismo entre as puérperas e seus familiares e parceiro. Tais fatos são divergentes da teoria apresentada por (ALRAHMANI et al., 2016; VIEIRA, 2017), já que esses estudos abordam a presença de uma boa relação familiar e conjugal como um fator determinante na prevenção da gravidez na adolescência, pelo fato de terem menos chance de ter hábitos sexuais precoces e inadvertidos por receberem maior orientação, apoio e acompanhamento adequados. Os resultados obtidos no presente estudo aqui demonstrado podem estar enviesados, posto que muitas entrevistadas podem ter avaliado apenas o momento atual do pós-parto, em que há um costume de maior apoio familiar e conjugal.

A influência dos hábitos familiares também pode ter interferido na maior incidência de gestação na adolescência, visto que 81,5% das mães das adolescentes também tiveram seus partos entre 10-19 anos. Para Pereira (2018), os pais atuam como exemplo e educadores para seus filhos, o que leva a um certo grau de influência sobre as decisões tomadas de seus filhos, nos âmbitos religiosos, de carreira e de relações interpessoais.

Elevadas taxas de gestações não planejadas foram encontradas, ressaltando a linha tênue entre o conhecimento e uso dos métodos contraceptivos e a incidência de gestação planejada. Para Santos et al. (2020), um bom relacionamento conjugal predispõe a uma vida

sexual mais ativa e ao não uso de métodos contraceptivos, contribuindo para maior incidência de gestações não planejadas. Há estudos que evidenciam a carência de educação sexual como um fator determinante na gestação da adolescência, posto que muitas não tem acesso às estratégias do Planejamento Familiar da rede de saúde pública e privada e, as que têm, não as cumpre de forma adequada, por falta de apoio familiar e conjugal ou pela ausência de informação sobre os tipos e modos de utilização dos métodos contraceptivos (ARAGÃO JÚNIOR; CAVALCANTI, 2019)

Apesar de 92,6% das participantes já terem utilizado algum método anticoncepcional (MAC), observa-se que o uso não é consistente, uma vez que 56% das adolescentes não utilizavam nenhum método de contracepção quando engravidaram, mesmo sendo apenas 22,2% das gestações planejadas esse primeiro número é similar ao ocorrido em João Pessoa - PB (PINHERIO; PEREIRA; FREITAS, 2019) enquanto que o estudo de Fory e Oliveira (2020) na Colômbia demonstrou que a grande maioria (80,9%) das adolescentes não utilizaram nenhum MAC ao engravidar. Dentre as meninas que utilizaram algum MAC (44%) encontrou-se principalmente o uso preservativo masculino e pílula do dia seguinte, porém esse número elevado sugere um mal uso desses métodos e baixo conhecimento sobre forma de utilização.

São necessários estudo mais aprofundados para compreender a baixa aderência ao uso de MAC nessas adolescentes, nota-se que apesar de 85,2% das adolescentes afirmarem saber sobre anticoncepção, a grande maioria sabia da existência de poucos métodos, sendo eles preservativo, pílula anticoncepcional, pílula de emergência e DIU. Apesar de não abordado no questionário, esse fato sugere que as meninas tenham pouco conhecimento quanto a forma de usar esses métodos, o que é corroborado por Ayele et al. (2018) que encontrou um conhecimento baixo em 52,89% das adolescentes incluídas na sua pesquisa.

Quanto à violência familiar, existe uma importante correlação da sua presença com prognóstico ruim da gestação, além de afetar todo o contexto familiar (NETO, 2019). O presente estudo apontou para um percentual de 27,8% das entrevistadas que afirmaram ter presenciado ou sofrido algum tipo de violência familiar ou do parceiro, em contraposição à Reátegui (2019), que apresentava uma incidência de cerca de 72%. Tal dado pode ser analisado sob a perspectiva de que esse é um assunto delicado e que muitas vezes traz à tona insegurança e vergonha por parte da adolescente, podendo assim, apresentar um viés de pesquisa, ainda que os questionários sejam aplicados individualmente e as entrevistadas estejam respaldadas pelo sigilo da pesquisa.



Ainda em âmbito familiar, um ponto importante de análise é a educação sexual prestada pela família, ou até mesmo fora dela, nas escolas. Tema esse que ainda nos dias de hoje é tido como tabu para muitas famílias, o que dificulta o conhecimento dos adolescentes quanto aos métodos contraceptivos e demais informações (SANTOS et al., 2018). Contrapõe a esta literatura o fato de que a pesquisa aqui apresentada demonstrou que cerca de 68,5% das entrevistadas presenciaram algum tipo de educação sexual na escola ou faculdade, o que mostra uma certa dificuldade na transmissão de conhecimentos acerca da educação sexual para jovens adolescentes.

No tocante à unidade de saúde mais próxima, a distância e o tempo necessário para chegar até ela são importantes fatores para um acompanhamento pré-natal adequado. Esses são dados que inclusive devem ser identificados já na primeira consulta de pré-natal, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), haja vista que uma dificuldade de acesso pode levar a gestante a realizar um acompanhamento inadequado, podendo acarretar em problemas futuros na gestação e parto. No presente trabalho, apenas 5,6% das gestantes afirmaram morar a mais de uma hora da unidade de saúde mais próxima, o que conflita com a literatura observada por Ayele et al. (2018), que afirmava que a maioria das gestantes demoraria mais de uma hora para chegarem à unidade.

Em relação aos hábitos de vida, observou-se que, 66,6% não faz uso de bebida alcoólica, e que, considerando a parcela das entrevistadas que faziam a ingestão do álcool antes da gestação, apenas 27,8% dessa porcentagem continuou com o ato durante a gravidez. No que corresponde ao uso de cigarros, concluiu-se que apenas uma minoria (7,4%) possui o costume de fumar, porém, dessa minoria, 75% continuaram fumando durante a gestação. Além disso, no que tange o consumo de drogas ilícitas durante a gestação, constatou-se uma porcentagem bem mínima de 1,9%. Em Moraes (2020), mais de 70% das gestantes adolescentes entrevistadas negaram o uso de álcool e cigarro durante a gestação, no entanto, nas participantes que afirmaram o consumo, o álcool e o tabaco ainda foram sobressalentes em relação às demais drogas, corroborando diretamente com os dados de nossa pesquisa.

Foi identificada também na amostra de Souza (2020) que as primeiras experiências às drogas das gestantes ocorreram em 61,5% na faixa etária dos 10 aos 15 anos, sendo o álcool e o tabaco as principais drogas lícitas consumidas. No entanto, de acordo com o estudo de Usynina et al. (2018), tanto a ingestão de drogas lícitas quanto ilícitas possuíam maior recorrência em gestantes adolescentes, tal dado contradiz com o resultado aqui observado, em

que apenas uma pequena porcentagem se apresentava usuária de tais substâncias. Outro dado a ser ponderado foi relatado no estudo de Candido et al. (2019) no qual, 54% das gestantes adolescentes consumiam bebidas alcóolicas e 80% delas referiam o consumo da droga em gestações anteriores, podendo então ser afirmado, que a vulnerabilidade para o consumo do álcool persiste durante as gestações, ou seja, há relação de reincidência de gravidez precoce em quem habitualmente faz utilização de tal droga.

Quanto à religião, a literatura disponível não mostrou associações significativas com a gestação em adolescentes, no entanto, o estudo de Alrahmani et al. (2016) afirmou que um dos fatores predisponentes para a gestação na adolescência é a falta de religião, tal fato diverge com os dados obtidos nesta pesquisa, em que 85,2% das entrevistadas são adeptas a alguma, e dentre elas, 74% se consideram praticantes da religião.

## 7. CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou o conhecimento da realidade das gestantes adolescentes atendidas na Santa Casa de Anápolis-GO, assim como demonstrou como é indubitável que esse tipo de gestação é um problema de saúde pública.

A coleta de dados permitiu concluir que o perfil das adolescentes gestante é majoritariamente composto por: adolescentes na fase de adolescência tardia, união consensual, etnia parda, residentes de Anápolis-GO, renda de até um salário mínimo e ensino médio incompleto. Quanto a escolaridade, pouco menos da metade estavam estudando quando engravidaram e pouco mais que a metade delas interromperam o estudo, principalmente, por conta da gestação. Sobre a residência, foi visto que a maioria reside com o parceiro ou com um dos pais biológicos. Já a respeito da profissão dessas adolescentes, grande parte é trabalhadora do lar ou não possui profissão.

Enquanto que os perfis clínicos se resumem a adolescentes com menarca antes dos 16 anos, sexarca dos 14 aos 16 anos, prevalência similar de um/dois/três parceiros sexuais, primigesta, realização de pré-natal em quase sua totalidade, com maior incidência de seis ou mais consultas, sendo este pré-natal iniciado no primeiro trimestre de gestação, parto vaginal sem intercorrências durante a gestação ou parto.

Conclui-se, nos aspectos sociais, que menos de um terço das adolescentes sofreu ou presenciou violência familiar, a maioria presenciou educação sexual na escola, prevalência de acesso oportuno a unidade de saúde, baixa, porém presente a ingestão de bebida alcoólica, cigarro e drogas ilícitas durante a gestação.

Ademais, considera-se fundamental às sugestões de estratégias que podem ser traçadas para redução dos índices de gravidez na adolescência, assim sugere-se: desenvolvimento de atividades e programas que visem incentivar a implantação/implementação de ações de atenção integral aos adolescentes de forma acessível; aperfeiçoamento dos sistemas de referência; promoção de ações nas interfaces educação e cultura, principalmente, nos contexto familiar, comunitário e cultural; avaliar, sistematicamente, o Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente, através de indicadores institucionais; incentivar a criação de mecanismos que proporcionem a conscientização destes jovens sobre seu planejamento familiar, minimizando comportamentos de risco; equipar as unidades de saúde para fornecimento e orientações sobre utilização dos métodos contraceptivos; por fim, fomento a projetos de pesquisa realizados em conjunto a instituições de ensino superior, igualmente o presente trabalho, como instrumentos de avaliação e alterações dos programas de saúde do adolescente.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. H. V., et al. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.19 n.1, 2019.
- ALRAHMANI, L., et al. Risk-profiles and outcomes of multi-foetal pregnancies in adolescent mothers. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.36, n. 8, p. 1056-1060, 2016.
- ARAÚJO, R. L. D., et al. Gravidez na adolescência: consequências centralizadas para a mulher. **Temas em saúde**, v.16, n.2, p.567-587, 2016.
- ARAGÃO JÚNIOR, F.A.; CAVALCANTI, M.A.S. Educação em saúde no planejamento familiar e aconselhamento gestacional. **UNA-SUS**, 2019.
- AYELE, B. G., et al. Determinants of teenage pregnancy in Degua Tembien District, Tigray, Northern Ethiopia: A community-based case-control study. **Journal plosone**, v. 13, n.7, 2018.
- BAKWA-KANYINGA, F., et al. Adolescent pregnancy: Maternal and fetal outcomes in patients with and without preeclampsia. **Journal Pregnancy Hypertension**, v.10, p. 96-100, 2017.
- BARBOSA, J. R. **Gravidez na adolescência: perfil epidemiológico, fatores predisponentes e repercussões perinatais em uma maternidade pública de Goiânia – GO**. 2015. 84 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pró-reitoria de pós-graduação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.
- BARROS, P. S.; AQUINHO, E. C.; SOUZA, M. R. Fetal mortality and the challenges for women's health care in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n.12, 2019.
- BORGES, A. L. V.; LATORRE, M. R. D. O.; SCHOR, N.; Adolescência e Vida Sexual: estudo dos fatores individuais e familiares associados ao início da vida sexual de adolescentes da cidade de São Paulo. **Anais**, p. 1-16, 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de estado da saúde de Goiás. **Gravidez na adolescência diminui em Goiás, mas ainda preocupa**. Goiânia: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/gravidez-na-adolescencia-diminui-em-goias-mas-ainda-preocupa/>>. Acessado em: 12 de setembro de 2019.

BRASIL. **Informações sobre gravidez na adolescência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-do-adolescente-e-do-jovem/informacoes-sobre-gravidez-na-adolescencia2>>. Acessado em: 29 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de atenção básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BURATTO, J., et al. Temporal trend of adolescent pregnancy in Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, v.65, n.6, p. 880-885, 2019.

CÂNDIDO, T.C.R., et al. O uso de bebida alcóolica entre gestantes adolescentes. **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v.15, n.4, p.1-8, 2019.

CRUZ, M. S.; CARVALHO, F. J. V.; IRFFI, G. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas – PPP**, n.46, p. 243-266, 2016.

CIFT, T., et al. Adolescent pregnancies: complications, birth outcomes and the possible solutions. **Ginekologia Polska**, v.88, n.7, p.393–397, 2017.

DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de informações sobre nascidos vivos - SINASC**. Ministério da saúde, 2006-2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acessado em: 29 de agosto de 2019.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, v. 45, n. 20, p. 123-131, 2010.

ERGEN, E. B., et al. Maternal-fetal outcome associated with adolescent pregnancy in a tertiary referral center: a cross-sectional study. **Ginekologia Polska**, v. 88, n. 12, p. 674- 678, 2017.

- FELIPE D.F., et al. Gestação na adolescência: o olhar das adolescentes sobre sua gestação. **Inova Saúde**, v. 5, n. 1, p. 57-73, 2016.
- FONTANA A.P., et al. Pré-natal: a visão das gestantes e puérperas usuárias do serviço de saúde pública. **Revista Educação em Saúde**, v. 5, n. 2, p. 72-78, 2017.
- FORY, J. A.; OLIVERA, M. J. Caracterización de la población gestante adolescente atendida en el Hospital Militar Central de Bogotá D.C., Colombia. 2012-2015. **Rev. Fac. Med**, v. 68, n. 2, 2020.
- HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; REBERT, L. M. Razões e reflexões da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Revista de enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 151-157, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro; 2013.
- KARATAŞLI, V., et al. Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. **Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction**, v.48, n. 5, p. 347-350, 2019.
- LEAL M.C., et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 08, 2020.
- LEFTWICH, H. K.; ALVES, M. V. O. Adolescent Pregnancy. **Pediatric Clinics of North America**, v.64, n.2, p.381-388, 2017.
- LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2º Ed. São Paulo: Editora Harbra Ltda, 1987.
- MAESTRI, T. Prevalência de gestação em adolescentes escolares do brasil e fatores associados. **RIUNI repositório institucional**, 2019.
- MARANHÃO, T. A., et al. Repercussão na iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4083-4094, 2017.

- MATHEWOS, S.; MEKURIA, A. Teenage Pregnancy and Its Associated Factors among School Adolescents of Arba Minch Town, Southern Ethiopia. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, v. 28, n. 3, p. 287-298, 2018.
- MENGOLE-AMAYA, T. A.; IANNACONE, J. Factores socioculturales, conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y nos adolescentes frente al embarazo en el hospital José Agurto Tello Chosica, Lima, Perú, 2009. **The biologist (Lima)**, v. 8, n. 2, p. 164-78, 2010.
- MOMBO-NGOMA, G., et al. Young adolescent girls are at high risk for adverse pregnancy outcomes in sub-Saharan Africa: an observational multicountry study. **BMJ Open**, v. 6, n. 6, 2016.
- MONTEIRO, C. F. S., et al. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 373-376, 2007.
- MORAES, M.H.S.; ASSUNÇÃO, M.J.S. Perfil socioeconômico e autocuidado das gestantes adolescentes. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, 2020
- MOTA, R. S., et al. Perfil de adolescentes grávidas com história de violência doméstica. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**, v. 14, n. 2, p. 385-395, 2013.
- NETO, B.R.S. **Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 2**. 2ª Ed. Ponta Grossa: Editora Atena, 2019.
- OPAS/OMS; UNICEF; UNFPA. **Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Report of a technical consultation**. Washington D.C., USA, 2016.
- OLIVEIRA, Régia Cristina. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. **Saúde soc.**, v. 17, n. 4, p. 93-102, 2008.
- OUTEIRAL, J. O. *Infância e Adolescência*, editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1982.
- PEREIRA, D.F. Gravidez na adolescência relacionada ao tipo familiar e diálogo com os pais: revisão literária. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, p. 123-143, 2018.

PEREIRA, L.P.; MAYARA, L.Y.Z.; ASSUNÇÃO, P.E.V. Diagnóstico da gestação na adolescência no Sul de Goiás. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 15, n. 2, p. 800-811, 2018.

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

PINTO, J. C. **Projeto de intervenção para prevenção de casos de gravidez na adolescência no município de Alvorada de Minas**. 2014. 31 f. Tese de conclusão de curso – Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade federal de Minas Gerais, Araçuaí, 2014.

REÁTEGUI, D. O. A. **Influencia de la violencia familiar em la evolución del embarazo en adolescentes atendidas em el Centro de Salud de Morales 2018**. 61 f. Tese (Título profissional de Obstetrícia) – Faculdade de Ciências de La Salud Escuela Profesional de Obstetrícia, Universidade Nacional de San Martin, Tarapoto, 2019.

RODRIGUES, D. T.; NAKANO, A. M. S. Violência doméstica e abuso de drogas na gestação. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 60, n. 1, p. 77-80, 2007.

SANTOS, B. K., et al. Fatores sociodemográficos e obstétricos relacionados ao baixo peso em recém-nascidos no contexto da gravidez precoce. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, v.20, n.1, p. 137-144, 2020.

SANTOS, C. K. B.; SILVA, J. C. **Fatores que influenciam a gravidez na adolescência**. 2018. 22 f. Tese (Título profissional enfermeiro) – São Lucas Centro Universitário, Porto Velho, Roraima, 2018.

SANTOS, L. A. V., et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23 n.2, 2018

SANTOS, R. C. A. N., et al. Realidades e perspectivas de mães adolescentes acerca da primeira gravidez. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 1, n. 71, p. 73-80, 2018.



- SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 199-206, 2006.
- SOUSA, C. R. O., et al. Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. **Cadernos saúde coletiva**, v. 26, n. 2, p. 160-169, 2018.
- SOUZA, A. X. A.; NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. **Psicologia e sociedade**, v. 24, n. 3, p. 588-596, 2012.
- SOUZA, H. O. **Políticas públicas voltadas para gravidez na adolescência: revisão integrativa da literatura**. 2017. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
- SOUZA, L. R.; RIOS-NETO, E. L. G.; QUEIROZ, B. L. A relação entre parturição e trabalho feminino no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 28, n. 1, p. 57-79, 2011.
- SOUZA, V.M., et al. Mães adolescentes em consumo de álcool e outras drogas: estudo descritivo. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020.
- TOMASI E., et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, p. e00195815, 2017.
- TORVIE, A. J., et al. Labor and delivery outcomes among young adolescents. **Am J Obstet Gynecol**, v. 213, n.1, p. 95-103, 2015.
- UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: The 2012 Revision. Highlights and Advance Tables**. United Nations New York, 2013.
- USYNINA, A. A., et al. Adverse Pregnancy Outcomes among Adolescents in Northwest Russia: A Population Registry-Based Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n.2, 2018.

VIEIRA, J. K. **Projeto de intervenção para prevenção de gravidez na adolescência e DST nas escolas no município de São João da Mata/MG**. 2017. 14 f. Tese (Especialização em Gestão da Política de DST, AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose – Educação a Distância) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

**ANEXO**  
**ANEXO I**

**PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PREVALÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA EM ANÁPOLIS, GOIÁS

**Pesquisador:** ERASMO EUSTAQUIO COZAC

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 13996219.0.0000.5076

**Instituição Proponente:** ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.364.153

**Apresentação do Projeto:**

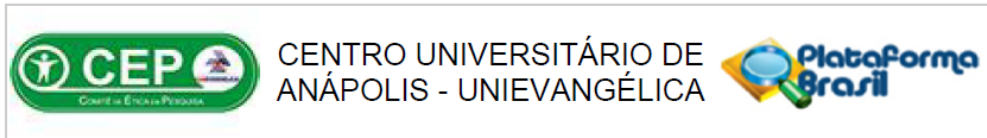
1. INTRODUÇÃO

O *Treponema pallidum* (*T. pallidum*) causa sífilis por exposição sexual ou transmissão vertical durante a gravidez. O *T. pallidum* é famoso por sua capacidade de invasão e evasão imunológica; suas manifestações clínicas resultam de respostas inflamatórias locais a espiroquetas replicantes e muitas vezes imitam as de outras doenças. O espiroqueta tem um longo período de latência durante o qual os pacientes não apresentam sinais ou sintomas, mas podem permanecer infecciosos (PEELING et al., 2017).

A sífilis congênita (SC) corresponde à infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, sendo transmitida por via transplacentária em qualquer momento da gestação, independentemente do estágio clínico da doença na gestante. É classificada em SC precoce - quando as manifestações clínicas ocorrem nos dois primeiros anos de vida - ou SC tardia - quando as manifestações ocorrem após o segundo ano. A infecção pode causar consequências graves para o concepto: aborto, óbito fetal e sequelas motoras, cognitivas, neurológicas, visuais e auditivas. A transmissão vertical é sabidamente evitável, desde que a gestante seja precocemente diagnosticada e adequadamente tratada (ANDRADE et al., 2018).

A sífilis congênita é uma doença que pode ser evitada. Práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal são efetivas para a prevenção de casos. Óbitos por sífilis congênita em menores de cinco anos são considerados evitáveis com os recursos assistenciais disponíveis no

**Endereço:** Av. Universitária, Km 3,5  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515  
**UF:** GO **Município:** ANAPOLIS  
**Telefone:** (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.364.153

Infraestrutura	DeclaracaoInstCoparticipante_20190517092935.pdf	17/05/2019 09:44:09	ERASMO EUSTAQUIO COZAC	Aceito
----------------	---	------------------------	---------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ANAPOLIS, 03 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**  
**Brunno Santos de Freitas Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Universitária, Km 3,5  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515  
**UF:** GO **Município:** ANAPOLIS  
**Telefone:** (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br

## ANEXO II

## DECLARAÇÃO DE ARTIGO PUBLICADO



## Brazilian Journal of Development

### DECLARAÇÃO

A Revista Brazilian Journal of Development, ISSN 2525-8761 avaliada pela CAPES como Qualis B2, declara para os devidos fins, que o artigo intitulado **“PANORAMA DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CULTURAL DA ADOLESCENTE GRÁVIDA”** de autoria de *Lilian Cassia Gomes Cintra, Adryane Santos Araújo, Millena Justino Santos, Suzana Alves Mundim Carneiro, Giovana Rosa Campos e Erasmo Eustáquio Cozac*, foi publicado no v.6,n.11, p 92464-92474.

A revista é on-line, e os artigos podem ser encontrados ao acessar o link:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/issue/view/109>

**DOI:** <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-597>

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

São José dos Pinhais, 27 de novembro de 2020.

Dr. Edilson Antonio Catapan  
Editor Chefe  
A.M

## APÊNDICE

**QUESTIONÁRIO: FATORES QUE INFLUENCIAM NA OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

<b>FATORES QUE INFLUENCIAM NA OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA</b>	
Formulário de coleta de dados	
Data:    /    /	
<b>1. Identificação</b>	
1. 1. Faixa etária:	
10 – 13 anos <input type="checkbox"/>	14 – 16 anos <input type="checkbox"/>
17 – 19 anos <input type="checkbox"/>	
1. 2. Estado civil:	
Solteira <input type="checkbox"/>	União consensual <input type="checkbox"/>
Casada <input type="checkbox"/>	Separada <input type="checkbox"/>
Viúva <input type="checkbox"/>	
1. 3. Etnia:	
Branca <input type="checkbox"/>	Negra <input type="checkbox"/>
Parda <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>
Amarela <input type="checkbox"/>	
1. 4. Cidade de residência:	
Anápolis <input type="checkbox"/>	Outra cidade de Goiás <input type="checkbox"/>
Outro estado <input type="checkbox"/>	
<b>2. Moradia</b>	
2. 1. Mora com:	
Ambos pais biológicos <input type="checkbox"/>	Um dos pais biológicos <input type="checkbox"/>
Parceiro e pais ou um dos pais biológicos <input type="checkbox"/>	Parceiro <input type="checkbox"/>
	Sozinha <input type="checkbox"/>
<b>3. Renda familiar em salário mínimo (SM) e atividade profissional</b>	
3. 1. Renda familiar:	
Até 01 salário mínimo <input type="checkbox"/>	De 01 salário mínimo até 02 <input type="checkbox"/>
De 02 a 03 salários mínimos <input type="checkbox"/>	Mais de 03 salários mínimos <input type="checkbox"/>
3. 2. Atividade profissional:	
Não trabalha <input type="checkbox"/>	Do lar <input type="checkbox"/>
Emprego formal <input type="checkbox"/>	Emprego informal <input type="checkbox"/>
<b>4. Escolaridade</b>	
4. 1. Grau de escolaridade:	
Analfabeta <input type="checkbox"/>	Ens. Fundamental incompleto <input type="checkbox"/>
Ens. Médio incompleto <input type="checkbox"/>	Ens. Fundamental completo <input type="checkbox"/>
Ens. Superior completo <input type="checkbox"/>	Ens. Médio completo <input type="checkbox"/>
	Ens. Superior incompleto <input type="checkbox"/>
4. 2. Estudava quando engravidou:	
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. 3. Ainda estuda:	
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. 4. Porque parou de estudar:	
Falta de apoio da família <input type="checkbox"/>	Falta de apoio do parceiro <input type="checkbox"/>
Falta de recursos financeiros <input type="checkbox"/>	Gravidez <input type="checkbox"/>
	Trabalho <input type="checkbox"/>
4. 5. Pretende voltar a estudar:	
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<b>5. Antecedentes ginecológicos e sexuais</b>	
5. 1. Idade da primeira menstruação:	
Antes dos 13 anos <input type="checkbox"/>	Entre 14 e 16 anos <input type="checkbox"/>
Entre 17 e 19 anos <input type="checkbox"/>	Não lembro <input type="checkbox"/>
5. 2. Idade que iniciou a vida sexual:	
Antes dos 13 anos <input type="checkbox"/>	Entre 14 e 16 anos <input type="checkbox"/>
Entre 17 e 19 anos <input type="checkbox"/>	Não lembro <input type="checkbox"/>
5. 3. Quantidade de parceiros que já teve relação sexual:	

Um	<input type="checkbox"/>	Dois	<input type="checkbox"/>	Três	<input type="checkbox"/>	Quatro	<input type="checkbox"/>	Cinco ou mais	<input type="checkbox"/>
<b>6. Métodos contraceptivos</b>									
6. 1. Tem conhecimento quanto a métodos contraceptivos:									
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>						
6. 2. Conhece quais métodos contraceptivos:									
Pílula	<input type="checkbox"/>	Injetável mensal	<input type="checkbox"/>	Injetável trimestral	<input type="checkbox"/>	Camisinha	<input type="checkbox"/>		
Dispositivo intra-uterino(DIU)	<input type="checkbox"/>	Diafragma	<input type="checkbox"/>	Implante	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>		
Tabelinha	<input type="checkbox"/>	Pílula do dia seguinte	<input type="checkbox"/>						
6. 3. Já usou algum método contraceptivo:									
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>						
6. 4. Dentre os métodos contraceptivos abaixo qual já usou:									
Pílula	<input type="checkbox"/>	Injetável mensal	<input type="checkbox"/>	Injetável trimestral	<input type="checkbox"/>	Camisinha	<input type="checkbox"/>		
Dispositivo intra-uterino(DIU)	<input type="checkbox"/>	Diafragma	<input type="checkbox"/>	Implante	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>		
Tabelinha	<input type="checkbox"/>	Pílula do dia seguinte	<input type="checkbox"/>						
6. 5. Usava algum método quando engravidou:									
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>						
6. 6. Se sim a resposta anterior, qual:									
Pílula	<input type="checkbox"/>	Injetável mensal	<input type="checkbox"/>	Injetável trimestral	<input type="checkbox"/>	Camisinha	<input type="checkbox"/>		
Dispositivo intra-uterino(DIU)	<input type="checkbox"/>	Diafragma	<input type="checkbox"/>	Implante	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>		
Tabelinha	<input type="checkbox"/>	Pílula do dia seguinte	<input type="checkbox"/>						
6. 7. Iniciou o uso de método contraceptivo:									
Antes do início das relações sexuais	<input type="checkbox"/>	Somente após início das relações sexuais	<input type="checkbox"/>						
<b>7. Antecedentes familiares</b>									
7. 1. Sua mãe também teve filho antes dos 20 anos:									
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>						
7. 2. Teve apoio da família durante a gestação:									
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>						
7. 3. Teve apoio do pai do bebê durante a gestação:									
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>						
7. 4. Tem um bom convívio familiar:									
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Razoável	<input type="checkbox"/>				
7. 5. Sua gestação foi planejada:									
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>						
<b>8. Antecedentes obstétricos</b>									
8. 1. Está foi sua primeira gestação:									
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>						
8. 2. Caso não seja sua primeira gestação, quantas gestações já teve:									
Duas	<input type="checkbox"/>	Três	<input type="checkbox"/>	Quatro	<input type="checkbox"/>	Cinco ou mais	<input type="checkbox"/>		
8. 3. Realizou pré-natal:									
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>						
8. 4. Se realizou pré-natal, foram quantas consultas:									
Até cinco	<input type="checkbox"/>	Seis ou mais	<input type="checkbox"/>						
8. 5. Se realizou pré-natal, o início desse foi quando:									
Antes do terceiro mês de gestação	<input type="checkbox"/>	Depois do terceiro mês de gestação	<input type="checkbox"/>						
8. 6. Se realizou pré-natal, onde esse acompanhamento foi realizado:									
Posto de saúde	<input type="checkbox"/>	Hospital/maternidade de baixo risco	<input type="checkbox"/>						
Hospital/maternidade de alto risco	<input type="checkbox"/>								
8. 7. Teve algum problema durante o pré-natal:									
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>						

8. 8. Seu parto foi:	Normal <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>	Aborto <input type="checkbox"/>
8. 9. Houve problemas durante o parto:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>
<b>9. Aspectos sociais</b>			
9. 1. Já sofreu ou presenciou algum tipo de violência familiar:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
9. 2. Se sim, qual tipo de violência:	Física <input type="checkbox"/>	Psicológica <input type="checkbox"/>	Sexual <input type="checkbox"/> Mais de um desses tipos <input type="checkbox"/>
9. 3. Se sofreu algum tipo de violência, a mesma foi praticada por algum:	Familiar <input type="checkbox"/>	Parceiro <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
9. 4. Na escola ou faculdade que frequenta ou já frequentou já presenciou alguma palestra/aula sobre educação sexual:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não se lembra <input type="checkbox"/>
9. 5. Gastava quanto tempo para chegar a Unidade de saúde em que realizou o pré-natal:	Menos de 30 minutos <input type="checkbox"/>	De 30 minutos a uma hora <input type="checkbox"/>	Mais de uma hora <input type="checkbox"/>
<b>10. Hábitos de vida</b>			
10. 1. Faz uso de algum tipo de bebida alcoólica:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>
10. 2. Ingeriu bebida alcoólica durante a gestação:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
10. 3. Costuma fumar cigarro:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>
10. 4. Fumou durante a gestação:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
10. 5. Faz uso de alguma droga ilícita:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
10. 6. Fez uso dessa droga ilícita durante a gestação:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
10. 7. É adepta de alguma religião:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
10. 8. Se considera praticante desta religião	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	