



# Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2025/1

Jaqueline Neves Lubianca  
Edison Capp  
organizadores

## Alunos

Amanda Lisboa Vilar  
Amanda Vieiras Pessini  
Antônia Stumpf Martins  
Augusto Nicaretta  
Beatriz Padoin Camilo  
Bruna Fernandes Lau de Oliveira  
Bruno Goularte da Silva  
Carlos Jean Panke Oleiniczak  
Cesar Augusto Weschenfelder  
Cristina Ribeiro Longo  
Dalvan Kasper Steffens  
Débora R. da Rocha Rodrigues  
Débora V. Mendonça Sant'Anna  
Denilson Doncatto Filho  
Eduarda Souza de Oliveira  
Fernanda Mello  
Filipe Novaes de Gois  
Flora Rodrigues Terra  
George O. da Costa Salecker  
Giovanni Donelli Costa  
Guilherme Costamilan Schlichting  
Guilherme Raymundo Müller  
Isabel Ghirardi Falkenberg  
Isaque Silva Pordeus

Jerônimo Paniago Neto  
Júlia Cordeiro Milke  
Júlia Kersting Chadanowicz  
Laura Fink Wayerbacher  
Leonardo Leivas Wagner  
Leonardo Vacaro de Fraga  
Lorenzo Oliveira Dias  
Luan de Jesus Montiel  
Luiz Fernandes Luciano Filho  
Maria Antonia Torres Arteche  
Maria Brazão Lopes  
Mariele Luana Horz  
Marina Porto Nassif  
Maysa Tayane Santos Silva  
Patrícia dos Santos Neves da Rosa  
Patrícia Ribeiro Rigo  
Pedro Angst Maciel  
Pedro Augusto Martins Barcellos  
Pedro Lavalle Carneiro  
Pietra Rosa Carneiro Borges  
Pollyanna Biagini Costa  
Rafaella Alessio Naibo  
Ramon Henrique Auler  
Raquel Prates dos Santos  
Roberta Moschetta

Rodrigo Silveira Seganfredo  
Tadeu Azeredo Azevedo  
Thales Smiljanic Carrijo  
Verônica Souza Nunes  
Wendel Makenzie Vieira Souza  
Wily dos Santos Lopes

## Monitores PPSM

Ariádne Garcia Leite  
Arthur Becker Simões  
Juliana da Silva Uhlmann  
Júlia Stüker de Almeida  
Letícia Zanotelli Fernandes

## Professores

Alberto Mantovani Abeche  
Andréa Pires Souto Damin  
Daniela Vettori  
Edimárlei Gonsales Valério  
Jaqueline Neves Lubianca  
João Sabino L. da Cunha Filho  
José A. de Azevedo Magalhães  
Maria Lúcia da R. Oppermann  
Sérgio H.A. Martins Costa  
Suzana Arenhart Pessini  
Valentino Magno

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Promoção e Proteção da Saúde  
da Mulher  
ATM 2025/1

Porto Alegre 2022  
UFRGS

## **Gravidez na adolescência**

*Bruna Fernandes Lau de Oliveira  
Eduarda Souza de Oliveira  
Patrícia Ribeiro Rigo  
Patrícia dos Santos  
Raquel Prates  
Arthur Becker Simões  
Alberto Mantovani Abeche*

Segundo a OMS, a gravidez na adolescência acontece dos 10 aos 20 anos incompletos. Tal situação acarreta uma série de complicações. Neste trabalho, as causas predisponentes e fatores de risco foram analisados de acordo com o contexto social brasileiro, e envolvem questões diversas, como o nível socioeconômico, grau de escolaridade, relacionamento familiar e violência sexual. Dentre as principais complicações, a gravidez na adolescência tem sido associada a um risco aumentado de resultados adversos da gravidez, como parto prematuro, baixo peso ao nascer, morte perinatal, parto obstruído e óbitos maternos. Em uma análise histórica, foi observado que a taxa mundial de fecundidade geral em adolescentes diminuiu nos últimos 20 anos, no entanto existem grandes diferenças regionais e é mais provável que ela ocorra em comunidades marginalizadas de países em desenvolvimento. Como medida de prevenção, a gravidez na adolescência pode ser evitada através da educação da população na escola, família, saúde pública, diálogos com médicos e na disseminação de informações acerca de métodos contraceptivos.

### **Objetivos e metodologia**

#### **Objetivos**

O artigo proposto teve como objetivo principal a revisão da literatura sobre gravidez ocorrida no período da adolescência. A pesquisa foi dividida em 4 grandes eixos: epidemiologia, fatores de risco, dados sobre o assunto no mundo, Brasil e Rio Grande

do Sul e repercussões maternas e fetais. Dessa forma, espera-se um melhor entendimento das causas e consequências de uma gestação em idade precoce, além de propor melhores estratégias de prevenção.

### **Metodologia**

Utilizou-se artigos científicos publicados nas bases de dados PubMed e Scielo. Ainda foram utilizadas publicações de entidades como a Organização Mundial da Saúde, Fundo de População das Nações Unidas, o Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul e a base de dados epidemiológicos do Brasil, o DataSUS.

### **Revisão da Literatura**

#### ***Definição e epidemiologia***

Conforme a OMS, gravidez na adolescência caracteriza-se como a gravidez que ocorre dos 10 aos 19 anos de idade e a gestação nesta fase é uma situação que, além de acarretar problemas socioeconômicos já vigentes, aumenta a prevalência de complicações maternas, fetais e neonatais [1].

A gravidez na adolescência pode transformar essa etapa do ciclo vital, ainda que desejada, já que é nessa fase da vida que as maiores mudanças acontecem, caracterizando o desenvolvimento de uma identidade adulta. Assim, neste período de transição da infância para a vida adulta, uma gravidez precoce acarreta repercussões familiares (como incentivo ao aborto pelo parceiro e pela família e/ou ausência do pai da criança), educacionais (evasão escolar, devido às responsabilidades maternas), sociais - a gravidez adolescente, repercute na questão educacional; por isso, torna-se um acontecimento que faz com que jovens tenham menos oportunidades de trabalho e fiquem à mercê da discriminação social-, além de outras condições de riscos à saúde, principalmente quando não se tem proteção adequada [2]. Vale ressaltar também que mesmo dentro do espectro da adolescência, meninas vivem fases diferentes e isso inclui projetos de vida que podem ser interrompidos por uma gravidez sendo ela desejada ou não. A gravidez na adolescência leva, quase sempre, a um desmantelamento de planos e adiamento de sonhos, introduzindo a mulher adolescente em uma situação de (des)ajustamento social, familiar e escolar, que podem levá-la a momentos de crises, que

dependendo do grau de ajuste da personalidade, a mesma pode sair desta crise fortalecida ou caminhar para depressão, tentativa de aborto ou suicídio [3].

A adolescente que vive em um meio social desprovido de recursos materiais, financeiros e emocionais satisfatórios, pode ver na gravidez a sua única expectativa de futuro, e com isto, acaba vulnerabilizada [3].

Tabela 1: Distribuição das adolescentes gestantes, conforme os motivos que levaram-na a engravidar. Microrregião de Acaraú-CE, 2002. Fonte: Ximenes Neto [3].

<b>Categorias</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<i>Queria muito ter um filho, ser mãe</i>	117	44,9
<i>Engravidei por não me prevenir</i>	28	12,9
<i>Não houve planejamento</i>	26	2,3
<i>Por acidente/Descuido</i>	22	10,1
<i>Por acaso</i>	08	1,8
<i>Não sabia como evitar</i>	05	1,4
<i>Satisfazer o parceiro</i>	02	1,0
<i>Para sair de casa</i>	01	0,5
<i>Por me sentir só</i>	01	0,5
<i>Não respondeu</i>	06	1,4
<b>Total</b>	<b>216</b>	<b>100,0</b>

Os resultados apresentados na Tabela 1, feita por uma pesquisa exploratório-descritiva, realizada de outubro a dezembro de 2002, com 216 adolescentes grávidas assistidas pela Estratégia de Saúde da Família dos municípios pertencentes à Microrregião de Saúde de Acaraú, Ceará [3], mostra que as mulheres, além de estarem construindo suas famílias cada vez mais cedo, demonstram a necessidade iminente da efetiva auto-realização enquanto mãe. Assim, conclui-se que o simples fato da adolescente engravidar não está relacionado somente ao ato de procriação e perpetuação da espécie, mas também, pode estar associado a sentimentos de insegurança, a tentativa de fuga do ambiente social em que vive; a continuidade da ludicidade própria da infância; a excesso de cobrança dos pais; a carência afetiva; a baixa auto-estima; a instabilidade emocional ou mesmo planejamento e concretização dos projetos de vida [3].

Conforme o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), no mundo, cerca de 16 milhões de meninas entre 15 e 19 anos e 2 milhões de adolescentes menores de 15 anos dão à luz a cada ano [4], sendo que 95% desses partos estão

concentrados em países em desenvolvimento. Estima-se que até 2035 os nascimentos serão de aproximadamente 20 milhões, tornando a gravidez na adolescência um dos maiores problemas de saúde pública [5].

A taxa mundial de gravidez adolescente é estimada em 49 nascimentos para cada 1 mil meninas de 15 a 19 anos [6]. Na América Latina e no Caribe é estimada em 65,5 nascimentos, superada apenas pela África Ocidental e Central (115) e para a África Oriental e Austral, cuja taxa é de 95 nascimentos para cada 1 mil adolescentes [7].

A maior parte dos países com as taxas mais elevadas de fecundidade adolescente na América Latina e no Caribe concentra-se na América Central, liderados por Guatemala, Nicarágua e Panamá. No Caribe, República Dominicana e Guiana têm as taxas mais altas [6].

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), em primeiro lugar na região sul-americana está a Venezuela, com uma taxa de 95 para cada 1 mil adolescentes, seguida por Bolívia (88), Guiana Francesa (87), Colômbia (84), Guiana (74) e Argentina (68). Depois de Brasil, Peru e Suriname, aparecem Uruguai (64), Paraguai (63) e Chile (52). O Equador não forneceu dados para o levantamento [7].

As taxas de gravidez entre adolescentes nos Estados Unidos e no Canadá estão abaixo da média mundial. Nos EUA, houve uma diminuição recorde da gravidez adolescente com uma queda de 8% entre 2014 e 2015, ou seja, 22,3 nascimentos a cada 1 mil adolescentes de 15 a 19 anos [6, 7].

Na Europa, a França possui uma taxa de gravidez de 6 para cada 1 mil adolescentes, enquanto na Alemanha a taxa é de 8/mil adolescentes. Outros países como a Índia têm 28 gestações para cada 1 mil adolescentes, e a Rússia, é de 27 gestações [7].

Ainda conforme OUNFPA-2017, da região da América do Sul, é o Brasil que tem a sétima maior taxa de gravidez adolescente, sendo 65 gestações para cada 1 mil meninas de 15 a 19 anos, segundo dados referentes ao período de 2006 a 2015 [7]. Já o Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais da Universidade Federal de Juiz de Fora, atualiza essa taxa para 68,4 nascimentos para cada 1 mil adolescentes em 2018 [6].

### ***Causas predisponentes e fatores de risco***

Para que a gravidez possa ocorrer, duas condições são necessárias: o ato sexual, juntamente com uma prevenção inadequada, ou a falta da mesma. A adolescência é marcada por vários desafios, mudanças e escolhas que podem definir o futuro de cada um. Atualmente, observa-se que os jovens iniciam a vida sexual mais precocemente, seja por pressão do ciclo social em que estão inseridos, seja pela mídia, que aborda esse tema em diversas narrativas dirigidas para essa fase da vida, ou ainda, por um descompasso entre desejo sexual e o risco da gravidez e possíveis ISTs que possam vir a ocorrer [8].

A mudança de paradigma entre a virgindade é muito marcada no contexto atual. A virgindade, que antes era considerada uma virtude, hoje, para muitos jovens é considerada uma vergonha. Aqueles que iniciam a vida sexual mais tardiamente são denominados de “caretas, religiosos ou atrasados”. E, frequentemente, o núcleo familiar, não acompanha essa mudança com a velocidade que deveria [9]. Os pais, que tem a premissa de orientar seus filhos frente aos desafios da vida, não sabem como lidar com essa situação, e a proibição de tal assunto dentro do lar leva os mesmos a procurarem informações não confiáveis, ou ainda, não procurar a ajuda necessária para que uma gravidez indesejada possa vir a ser prevenida [10].

Outro fator de risco para uma gravidez na adolescência está diretamente ligado à classe social em que essa jovem está inserida. Nota-se um maior índice de fecundidade entre a faixa etária de 14 a 19 anos em regiões do país cujo IDH é mais baixo [11]. Isso vem de encontro a uma das causas predisponentes para a gravidez, que é a falta de conhecimento e/ou de acesso a métodos eficazes de contracepção. Um índice de desenvolvimento humano baixo expõe essa população a dificuldades de acesso à educação, saneamento básico, saúde e segurança, que aumentam ainda mais o risco de uma gravidez ocorrer [12]. Além disso, o impacto social na vida dessas futuras mães é muito maior comparada a uma mesma situação, em que a jovem tenha uma condição socioeconômica privilegiada, com acesso a acompanhamento médico na gravidez (pré-natal), condições financeiras para cuidar da criança e possibilidade de retorno aos estudos.

Juntamente com o IDH, a violência sexual é também um fator de risco para a gravidez na faixa etária da adolescência [12]. A ascensão de casos de abuso no ambiente familiar pode ser

relacionada com o início da pandemia do COVID-19 (no Brasil, em março/2019), que levou o mundo todo a praticar o isolamento social por um grande período de tempo e trouxe à tona vários casos de abuso cometidos por familiares próximos da vítima. Como agravante, a suspensão das aulas anula a assistência que essas adolescentes poderiam vir a ter pelo corpo docente, e posterga ainda mais a denúncia da violência e as medidas para encerrar o abuso. Sabe-se que o número de denúncias é subnotificado, o que aumenta ainda mais a preocupação com essas vítimas, que podem vir a ter uma gravidez de alto risco (tanto para a mãe, quanto para a bebê), podem abandonar a criança, ou cometer um aborto ilegal, colocando em risco a sua própria vida.

Além do desconhecimento de métodos contraceptivos, do descompasso entre desejo e risco, condições socioeconômicas precárias e violência, pode-se adicionar a essa lista o uso de drogas e álcool pelos jovens [9]. Essas substâncias são de fácil acesso, e a pressão social para o consumo dos mesmos também ocorre nesse contexto. As adolescentes são vistas como “presas fáceis” para abuso sexual após o consumo de álcool em excesso ou drogas, e o ato sexual ocorre, na maioria das vezes, sem proteção. Essa situação não é exclusiva de abuso, pois as relações sexuais também podem ocorrer com consentimento, mas com prejuízo de discernimento das consequências dessa prática sexual desprotegida.

Há também situações em que a gravidez na adolescência pode ser desejada, e considerada uma experiência gratificante para a jovem [9]. Observa-se que esse desejo precoce da maternidade está associado com uma população de nível socioeconômico menos favorecido, com relato de um contexto familiar instável, sentimento de solidão (em que o filho possa preencher esse vazio sentido pela adolescente), vontade de constituir a própria família e ainda, por ter uma visão de falta de melhores oportunidades na vida [10]. Para essas jovens, a gravidez pode proporcionar o sentimento de realização pessoal, de concretização da identidade feminina, e de dar e receber o amor em sua forma mais genuína.

## **Gravidez na adolescência no mundo, Brasil e Rio Grande do Sul**

A gravidez na adolescência é um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, 21 milhões de adolescentes engravidam entre 15 e 19 anos a cada

ano e aproximadamente 12 milhões dão à luz. Além disso, 777.000 nascimentos ocorrem em meninas com menos de 15 anos. Apesar da taxa de fecundidade geral específica para adolescentes ter diminuído nos últimos 20 anos, o número real de nascimentos de meninas adolescentes mostrou apenas um pequeno declínio. Existem diferenças regionais nas taxas de fecundidade na adolescência, e a gravidez é mais provável de ocorrer em comunidades marginalizadas, muitas vezes impulsionadas pela pobreza, educação precária e desemprego [13].

A taxa mundial de fecundidade adolescente diminuiu 11,6% nos últimos 20 anos. No entanto, existem grandes diferenças regionais, variando de 7,1% no leste da Ásia a 129,5% na África Central. Na América Latina e Caribe, a taxa caiu de 65,6% (2010-2015) para 60,7% (2015-2020), representando uma redução de 7,5%. Os Estados Unidos mostraram um declínio de 59,8% na taxa de fecundidade específica por idade (15-19 anos) entre 2000-2018, mas ainda exibe uma taxa de 18,5%, a mais alta entre os países desenvolvidos, principalmente entre hispânicos/latinos, negros, índios nativos e jovens socioeconomicamente desfavorecidos de qualquer raça ou etnia. Segundo o Banco Mundial, houve também uma redução significativa nos países europeus [11].

Analisando a gravidez na faixa etária de 15-19 anos em cinco países africanos (Quênia, Tanzânia, Uganda, Malawi e Zâmbia) mostra que as desigualdades sociais são evidentes, com taxas mais altas em adolescentes de áreas rurais, sem educação adequada, e de famílias mais pobres. O conhecimento sobre métodos contraceptivos e o acesso à escolaridade foram determinantes importantes. Em 2017, as taxas de fecundidade entre jovens de 15 a 19 anos nesses cinco países foram de 96, 132, 140, 136 e 141%, respectivamente [11].

Embora tenha apresentado queda nos índices de gravidez na adolescência nos últimos anos, o Brasil ainda está acima da média mundial e tem registrado altas taxas de gravidez precoce em relação a outros países, inclusive entre as menores faixas etárias. De acordo com dados do Ministério da Saúde reunidos pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), são mais de 19 mil nascidos vivos por ano de mães com idade entre 10 a 14 anos [14].

A gravidez na adolescência representou 23,4% de todos os nascimentos em 2000, diminuindo para 19,3% em 2010; depois, manteve-se estável até 2013. As reduções anuais só foram observadas de 2014 (18,9%) até 2019 (4,7%). Para o período, a frequência de nascidos vivos para adolescentes diminuiu 37,2% [11]. Em números absolutos, houve 750.537 nascidos vivos de mães adolescentes em 2000, sendo 28.973 de mães de 10 a 14 anos e 721.564 nascidos de mães de 15 a 19 anos. Em 2019, observou-se redução, com 419.252 e 399.922 nascimentos, respectivamente. Estratificando os dados por idade, a redução percentual na faixa etária de 10-14 foi de 26,5% e a de 15-19 anos foi 40,7% [11].

A Região Norte apresentou a maior taxa de gravidez na adolescência, seguida pelas regiões Nordeste e Centro-Oeste. Apenas as regiões Sudeste e Sul apresentaram taxas abaixo da média brasileira [11]. Avaliando o IDH 2017 para cada região brasileira, o maior IDH foi observado nas regiões Sudeste e Sul (0,80), seguidas pelas regiões Centro-Oeste (0,79), Norte (0,73) e Nordeste (0,71). As taxas de recém nascidos para mães adolescentes nas regiões Sudeste e Sul foram as mais baixas, o que mostra uma tendência inversamente proporcional ao IDH [11].

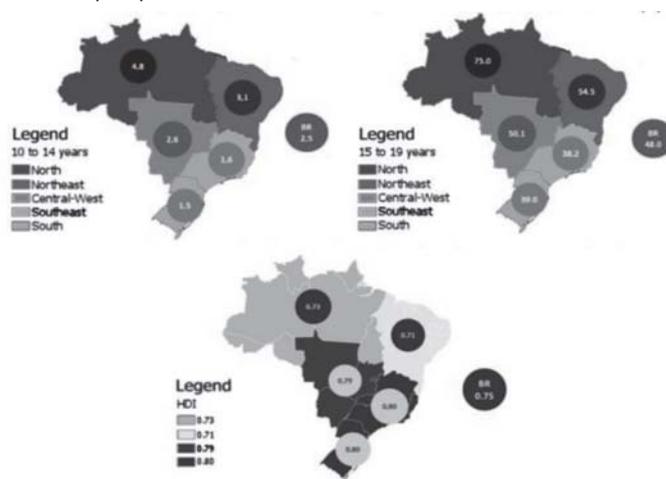


Figura 1. Distribuição da taxa de fecundidade específica por idade por 1.000 adolescentes por região (2019) e índice médio de desenvolvimento humano (IDH) por região (2017). Fonte: DATASUS/SINASC, PNUD Brasil, Ipea e FJP [15].

A proporção de casos de gravidez na adolescência no Rio Grande do Sul é uma das menores do Brasil. Em 2017, segundo o DATASUS, era de 12,83% a proporção de nascidos vivos de mães com menos de 20 anos de idade, enquanto a média do Brasil era de 16,45%. Entre as unidades da federação, o RS está na 24ª colocação, acima apenas de São Paulo, Santa Catarina e Distrito Federal com, respectivamente, 12,10%, 11,89% e 11,13%. Em 2018 o indicador atingiu 12% (Figura 2), segundo a Secretaria de Saúde do Estado, confirmando a tendência de queda já observada desde 2000 (Figura 3) [16].

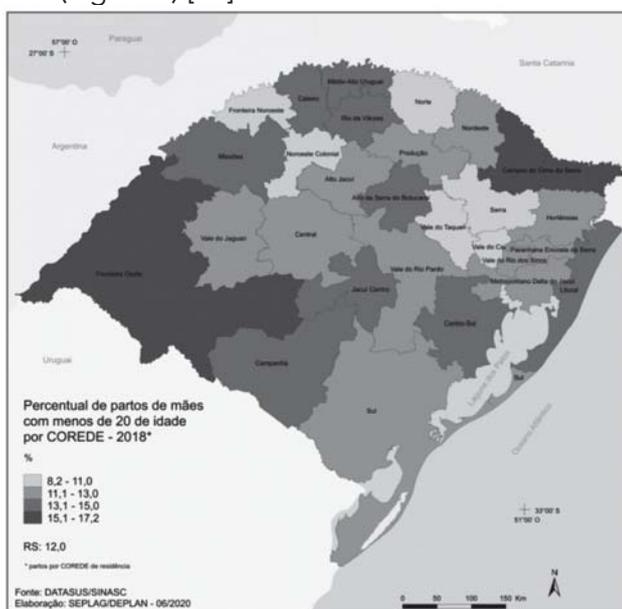


Figura 2. Percentual de partos de mães com menos de 20 anos de idade 2018. Fonte: DataSUS [16].

### ***Repercussões maternas e fetais na gravidez na adolescência***

Nas últimas décadas, têm-se discutido muito a respeito da adolescência, com uma ênfase maior no que diz respeito à complexidade e às repercussões da gravidez nessa fase. A gravidez, entre as adolescentes, é considerada um problema de saúde pública, que deve ser observado de forma ampliada, de maneira a envolver a mãe adolescente e os problemas que a cercam.

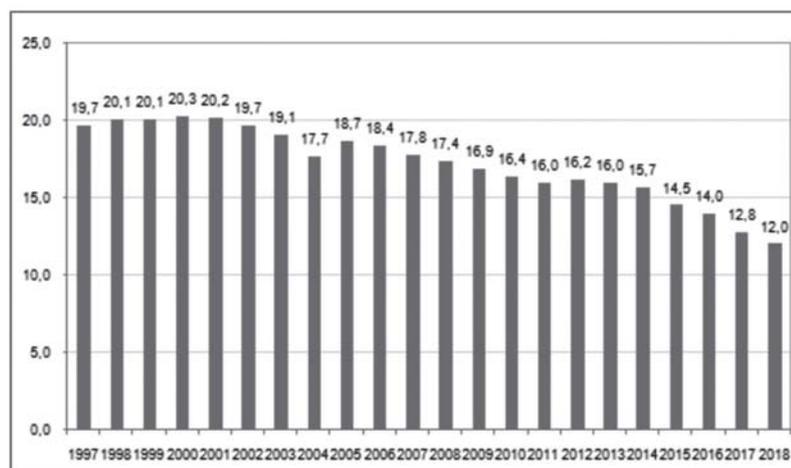


Figura 3. Percentual de partos de mães com menos de 20 anos de idade no RS no período 1997-2018. Fonte: DATASUS/SINASC [16].

A gestação na adolescência é externada como fator de risco tanto para mãe quanto para o neonato, podendo acarretar complicações obstétricas, além de ser um fator agravante ou desencadeador de transtornos psicológicos e sociais. Segundo a Organização Mundial de Saúde, muitos problemas de saúde estão particularmente associados a resultados negativos da gravidez na adolescência. Estes incluem anemia, malária, HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis e hemorragia pós-parto. Até 65% das mulheres com fístula obstétrica desenvolvem a doença na adolescência, com consequências terríveis para suas vidas, física e socialmente [17]. A gravidez nesta faixa etária tem sido associada substancialmente à repercussões fetais negativas: baixo peso ao nascer, parto prematuro, restrição de crescimento fetal, aborto espontâneo e morte fetal, e também apresenta complicações a mãe, como maiores taxas de depressão pós-parto, que influenciam o vínculo materno-neonatal e reduzem a adesão ao aleitamento materno e síndrome emocional na prole [18].

Um estudo foi realizado com o objetivo de comparar as complicações específicas da gravidez em relação ao desfecho materno-fetal de mulheres adolescentes, adolescentes tardias e adultas e revelou que a gravidez na adolescência, especialmente as gestações do início da meia-idade (11-16 anos), está associada

a riscos aumentados de desfechos adversos da gravidez, como parto prematuro, ruptura prematura das membranas, episiotomia, desfechos neonatais como admissão em UTI neonatal [19].

Tabela 2. Comparação de algumas complicações gestacionais e desfecho entre os grupos de adolescentes, adolescentes finais e adultos. Fonte: Bostanci *et al.* [30].

Desfecho	Idade materna			p
	Adolescente precoce (%)	Adolescente tardia (%)	Adultas (%)	
Pré-eclâmpsia	4,8	2,7	5,9	< 0,001
PP	37,2	12,8	2,2	< 0,001
RPM	37,2	10,2	8,5	< 0,001
RCIU	9	3,3	5,4	< 0,001
AUCIN	18	11,7	10	0,009
Pós-termo	0,7	5,9	8,7	> 0,05
Episiotomia	79,3	69,8	70	> 0,05
Desfecho neonatal	2,1	1,1	2,1	> 0,05
PBN	17,9	13,2	13,1	> 0,05
PMBN	4,1	3,4	2,7	> 0,05
Cesariana	17,2	25,7	29,6	0,001

PP: parto pré-termo. RPM: ruptura prematura de membranas. RCIU: restrição de crescimento intrauterino. AUCIN: admissão em unidade de cuidados intensivos neonatais. PBN: peso baixo ao nascimento. PMBN: peso muito baixo ao nascimento.

Segundo Karaçam *et al.*, foram fornecidos dados sobre níveis baixos de hemoglobina ou prevalência de anemia. Os resultados agrupados com base nesses dados indicaram que a prevalência de níveis baixos de hemoglobina ou anemia foi duas vezes maior em gestações adolescentes (OR: 2,60,  $p < 0,001$ ) e a incidência de trabalho de parto prematuro na gravidez na adolescência foi duas vezes maior do que na gravidez adulta [20].

Os riscos evitáveis incluem início tardio do pré-natal, má nutrição, abuso de substâncias e infecções genitais, por consequência devem-se prevenir nessas jovens partos pré-termos,

atentar-se para possíveis reservas nutricionais diminuídas, DSTs, uso de drogas, álcool e tabaco, fatores que também se associam a piores resultados perinatais [21].

A falta de atendimento pré-natal precoce tem sido citada como um dos principais contribuintes para esse problema, tal assistência inadequada colabora para complicações maternas e perinatais gestacionais, na adolescência e a maior importância é dada ao início precoce das visitas ao médico e ao conteúdo ministrado nestes encontros. A adesão ao atendimento pré-natal é quase que primordial para conservar a saúde da gestante e do recém-nascido, já que o auxílio de profissionais da saúde coopera para menor incidência de quase todas as complicações expostas, reduzindo, assim, a mortalidade materna e perinatal, embora não seja a única causa desses resultados adversos nessa população de pacientes e, portanto, serve como foco de muitas pesquisas sobre como melhorar os resultados nesta população de alto risco [22].

A gravidez na adolescência, geralmente indesejada, e também desprovida de apoio, levam adolescentes a apelar à prática do aborto em condições precárias – advertindo que o aborto é ilegal, de acordo com Código Penal Brasileiro, Artigo 128 do Decreto Lei no 2.848, com exceção da gravidez que representa risco de vida à gestante e gravidez oriunda de estupro, acrescidos dos casos de feto anencéfalo, de acordo com a decisão sobre o assunto pelo Supremo Tribunal Federal em 2012. No ano de 1998, em torno de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto. Dentre essas, três mil jovens se encontram com idade entre 10 e 14 anos. A informação supracitada preocupa pelo fato de que abortos ilegais quase sempre resultam em complicações nem sempre reversíveis, como agressão ao útero, impedindo novas gestações, hemorragias que podem levar ao óbito entre outras.

A mortalidade materna, de acordo com a OMS, é umas das maiores complicações que a gravidez na adolescência pode oferecer. Trata-se da morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da implantação do ovo, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação, ou por medidas tomadas em relação a ela, excluindo-se acidentes ou incidentes. Do ponto de vista médico, a gravidez na adolescência apresenta maior risco de complicações e há evidências de que a mortalidade materna na faixa etária de 13 a 19 anos é duas vezes maior em comparação com a faixa etária de 20 a 34 anos [20].

Também faz parte das reproduções fetais e neonatais a incidência de falecimentos no 1º mês de vida são 50-100% mais elevados se a mãe é adolescente, comparadas à idade adulta. Partos pré-termo, baixo peso ao ano nascer e asfixia são elevados em crianças cujas mães são jovens, aumentando assim a chance de morte e problemas de saúde futuros para o bebê [21]. Os filhos de adolescentes com gestações sucessivas possuem duas vezes a chance dos filhos de adolescentes primigestas de morrer no período perinatal [22]. Além disso, é importante salientar que o bebê prematuro exibe maiores riscos na acomodação à vida extrauterina devida à imaturidade dos órgãos e sistemas e maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças. Os problemas de saúde que acometem tanto a adolescente como o bebê e podem estar mais relacionados ao estado de pobreza que à idade da jovem propriamente dita, pois, boa parte da população de gestantes adolescentes encontra-se em condições socioeconômicas precárias, o que se associa a uma maior ausência de condições adequadas de higiene, habitação, alimentação e saúde.

Nesse contexto, destaca-se a importância da realização de estudos para mais esclarecimentos sobre repercussões fetais e também sobre as intercorrências maternas relacionadas à gravidez na adolescência, para que se possa ampliar o conhecimento clínico quanto a essas complicações, a fim de minimizar os desfechos adversos. Esse fato reforça a importância da prevenção dessas variáveis na assistência pré-natal e no parto.

### **Gravidez na adolescência: quais as estratégias possíveis para evitar ?**

A gravidez na adolescência pode ser evitada conhecendo bem os fatores de risco já citados anteriormente. Estratégias que envolvam a educação da população em diversos ambientes, com o escolar, familiar e através da saúde pública são de fundamental importância para impedir tanto gestações indesejadas quanto o risco de infecções transmitidas com contato sexual sem proteção. O conhecimento deve ser disseminado para adolescentes acerca dos métodos contraceptivos, da diversidade deles e da forma como eles previnem uma gestação sem planejamento. Além disso, deve-se entender os diferentes contextos em que as garotas estão inseridas, a diversidade de cultura e de nivelamento social é importante para ajudar a planejar melhores estratégias [23].

Percebe-se que muitas vezes essas jovens não estão frequentando o ambiente escolar, possuem a autoestima baixa, não possuem um projeto de vida e isso dificulta a conscientização acerca do perigo de uma gestação nessa idade. Algumas garotas se sentem importantes depois de terem filhos, pois se sentem úteis, por isso é tão importante um foco na vida delas. Entender que as realidades são diferentes e que cada mulher tem um contexto é crucial para desenvolver novas estratégias que evitam gravidez na adolescência. O crescimento pessoal, a falta de incentivo educacional e de mercado de trabalho fazem com que muitas delas encontrem na gestação e no papel social de ser mãe um plano de vida. Dessa forma, percebe-se que é preciso ter discernimento para lidar com a os diferentes contextos, realidades, contradições e dilemas éticos [5].

Primeiramente, é visto a efetividade de intervenções educacionais para a prevenção da gravidez na adolescência. Para isso, uma ampla variedade de intervenções educativas têm sido observadas, dentre elas vê-se intervenções educativas com abordagem tradicional, focada no atraso na idade de início das relações sexuais; intervenções de promoção da contracepção, que procuram melhorar o nível de conhecimento e a taxa de utilização dos métodos contraceptivos e, por fim, as intervenções combinadas, onde a prevenção é abordada combinando as duas já citadas [23].

Outrossim, analisando o uso de contracepção, nota-se uma ferramenta eficaz que impede a ocorrência disso. Nos Estados Unidos há uma redução da gravidez na adolescência desde 1990, o que pode estar associado com programas educacionais que abordam a sexualidade responsável e uso de anticoncepcionais entre a juventude [24]. Qualquer método reversível de contracepção pode ser usado para adolescentes, inclusive muitos são ofertados gratuitamente pelo sistema único de saúde, tais como pílulas anticoncepcionais, camisinhas, diafragma e dispositivo intrauterino. Porém, muitas vezes essas moças nem sabem das possibilidades de contracepção ou não entendem como funcionam esses métodos. Portanto, é fundamental a união de informações e contraceptivos. Muito se discute sobre os LARC (Contracepção de longa duração) e deve-se promover políticas públicas para ampliar o conhecimento e o uso entre as garotas [5].

Nota-se que tanto a educação formal quanto a sexual é importante, mas infelizmente não são todos que possuem acesso e muitas vezes são vulneráveis [5]. Segundo a Pesquisa

Nacional de Saúde (2013), foi visto que 56,6% das mulheres que engravidaram não possuíam escolaridade e o cenário atual não é diferente disso [14, 25]. Tendo isso em vista, as estratégias precisam abranger toda a população e alcançar os jovens que possuem déficit educacional.

Outro canal importante é a família que tem um papel de extrema relevância frente a isso. É corriqueiro que, sobretudo, as mães ficam com receio de abordar temas sobre relações sexuais com as filhas, porém é fundamental que haja diálogo sobre métodos contraceptivos e riscos [26]. Além disso, com um impacto social e econômico negativo sobre os adolescentes, a sociedade como um todo pode impedir essas moças de usar seu potencial para investir em sua educação, encontrar um emprego e obter uma renda. A ausência da escola também aumenta as chances de uma gravidez recorrente ainda na juventude. Nota-se que a sociedade tem o papel de alertar os adolescentes, seja por diálogos em casa, por meio da escola com matérias voltadas para esse assunto ou através de outros canais, como a mídia em geral com propagandas de conscientização e alerta [5]. Os pais além de alertar devem deixar os jovens terem autonomia de estudar e trabalhar .

Ademais, acerca das políticas públicas é importante observar a existência de planos, projetos e ações nas cidades. Os planos de intervenção tem a finalidade de elevar o conhecimento aos adolescentes sobre as causas e as principais consequências da gravidez na adolescência, sensibilizá-los sobre os riscos biológicos, psicológicos e sociais, assim como orientá-los sobre os métodos contraceptivos para prevenção de uma gestação precoce e pode ser implementado em todo o RS e Brasil, como ocorreu em Nonoai, RS [27].

Nota-se a importância dos médicos em alertar as pacientes acerca dos riscos antes delas iniciarem a vida sexual, como forma de prevenção. Consultas de rotina podem se tornar meio de disseminação de informação tanto para os pais que poderão conversar com as jovens depois, quanto para as próprias filhas. Os profissionais da saúde podem dar palestras educativas, conferências sobre temas de saúde sexual e reprodutiva, visitas domiciliares à população alvo, como foi planejado em um município do Maranhão [28]. Portanto, fica claro que deve-se ampliar o conhecimento do assunto em ambiente nacional, para que haja efetiva redução de gravidez .

Cuidar da saúde mental das jovens é de extrema relevância, uma vez que foi descoberto uma enorme relação entre gravidez e transtornos psiquiátricos. Mães adolescentes apresentaram níveis altos de angústia que já eram mais altos do que seus pares antes de engravidar e permaneceram após a gravidez e no início e na idade adulta [29]. A angústia pode ser um fator desencadeante para a não preocupação com a prevenção, investir na saúde mental nas escolas com projetos sociais seria uma boa estratégia para que o contexto da jovem seja melhorado pelo menos em âmbito pessoal.

## Conclusão

No mundo cerca de 18 milhões de adolescentes dão à luz a cada ano e 95% desses partos concentram-se em países em desenvolvimento. Na América do Sul, é o Brasil que tem a sétima maior taxa de gravidez adolescente. Os fatores de risco analisados durante a nossa revisão demonstram que o problema da gravidez na adolescência abrange diversos temas, tanto no contexto familiar, econômico, de saúde pública e de educação. Além da análise dos fatores epidemiológicos, destaca-se a importância da realização de estudos para mais esclarecimentos sobre as repercussões fetais e as intercorrências maternas relacionadas à gravidez na adolescência, para que se possa ampliar o conhecimento clínico quanto a essas complicações, a fim de minimizar os desfechos adversos. Esse fato reforça a importância da prevenção dessas variáveis na assistência pré-natal e no parto.

A redução nas taxas de fecundidade foi significativa, entretanto, a gravidez na adolescência ainda é um importante problema de saúde pública em todo o mundo. O Brasil, apesar de acompanhar essa redução, ainda está acima da média mundial, registrando altas taxas de gravidez precoce, inclusive entre as menores faixas etárias. Portanto, deve-se entender os diferentes contextos de diversidade cultural, familiar, escolar, autoestima e os projetos de vida da jovem para que ocorra o alerta e a prevenção da gravidez na adolescência, e nota-se que tanto a educação formal quanto a sexual é importante para isso.

## Referências

1. Alves B. O. 01 a 08/02 – Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. [Internet] 2019. <https://bvsmis.saude.gov.br/01-a-08-02-semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia>. Accessed 3 Feb 2022

2. Santos R de CAN, Silva RM da, Queiroz MVO, Jorge HMF, Brilhante AVM (2018) Realities and perspectives of adolescent mothers in their first pregnancy. *Rev Bras Enferm* 71:65–72
3. Ximenes Neto FRG, Dias M do S de A, Rocha J, Cunha ICKO (2007) Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev Bras Enferm* 60:279–285
4. UNFPA. Adolescent pregnancy. United Nations Population Fund. [internet] 2022. <https://www.unfpa.org/adolescent-pregnancy>. Accessed 3 Feb 2022
5. Silva JLP, Surita FG (2017) Pregnancy in Adolescence - A Challenge Beyond Public Health Policies. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics* 39:041–043
6. ONU Brasil. Taxa de gravidez adolescente no Brasil está acima da média latino-americana e caribenha. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. [Internet] 2018. <https://www.ufff.br/ladem/2018/03/06/taxa-de-gravidez-adolescente-no-brasil-esta-acima-da-media-latino-americana-e-caribenha>. Accessed 3 Feb 2022
7. UNFPA. Brasil tem a sétima maior taxa de gravidez adolescente da América do Sul. [internet] 2017. <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/brasil-tem-setima-maior-taxa-de-gravidez-adolescente-da-america-do-sul>. Accessed 10 Feb 2022.
8. Da Costa, Marli Marlene, & Maria Victória Pasquoto de Freitas. Gravidez na adolescência: quem são os verdadeiros culpados? *Revista sobre la infancia y la adolescencia [En línea]*, 0.19 (2020): 62-78. Web. 28 Feb. 2022
9. Dias ACG, Teixeira MAP (2010) Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 20:123–131
10. UNFPA. Gravidez na adolescência no Brasil: Vozes de Meninas e de Especialistas. [internet]. 2017. [http://unfpa.org.br/Arquivos/br\\_gravidez\\_adolescencia\\_2017.pdf](http://unfpa.org.br/Arquivos/br_gravidez_adolescencia_2017.pdf). Accessed 7 Feb 2022
11. Monteiro DLM, Monteiro IP, Machado MSC, Bruno ZV, Silveira FA da, Rehme MFB, Takiuti AD, Rodrigues NCP (2021) Trends in teenage pregnancy in Brazil in the last 20 years (2000-2019). *Rev Assoc Med Bras* 67:759–765
12. Pan American Health Organization. Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. PAHO. 2017. [internet] <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34493>. Accessed 10 Feb 2022.
13. WHO. Adolescent pregnancy. 2020. [internet] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Accessed 3 Feb 2022
14. UNFPA Brazil. Apesar da redução dos índices de gravidez na adolescência, Brasil tem cerca de 19 mil nascimentos, ao ano, de mães entre 10 a 14 anos. 2021. [internet]. <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/apesar-da-reducao-dos-indices-de-gravidez-na-adolescencia-brasil-tem-cerca-de-19-mil>. Accessed 14 Feb 2022
15. DATASUS – Ministério da Saúde. 2022 [internet] <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>. Accessed 3 Feb 2022
16. Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul. Gravidez na Adolescência e Partos Cesáreos: A proporção de casos de gravidez na adolescência no Estado é uma das menores do Brasil. 2019. [internet] <https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/gravidez-na-adolescencia-e-partos-cesareos>. Accessed 3 Feb 2022

17. WHO. Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? 2008. [internet] [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/events/2008/mdg5/adolescent\\_preg.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf). Accessed 3 Feb 2022
18. Wilson RE, Alio AP, Kirby RS, Salihu HM (2008) Young maternal age and risk of intrapartum stillbirth. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 278:231–236
19. Karaçam Z, Kizilca Çakaloz D, Demir R (2021) The impact of adolescent pregnancy on maternal and infant health in Turkey: Systematic review and meta-analysis. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 50:102093
20. De la Calle M, Bartha JL, Lopez CM, Turiel M, Martinez N, Arribas SM, Ramiro-Cortijo D (2021) Younger Age in Adolescent Pregnancies Is Associated with Higher Risk of Adverse Outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168514>
21. WHO. Millennium Development Goal 5. 2008. [internet] [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/events/2008/mdg5/adolescent\\_preg.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf). Accessed 3 Feb 2022
22. Viellas EF, da Gama SGN, Filha MMT, do Carmo Leal M (2012) Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 15:443–454
23. Martos SS, Medina IML, García CA, Nieto CA. Efectividad de las intervenciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia: Effectiveness of educational interventions for the prevention of pregnancy in adolescents. 2019 *Aten Primaria* 51:424–434.
24. Raidoo S, Kaneshiro B (2017) Contraception counseling for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol* 29:310–315
25. Giantomaso C. Estudo da USP mostra que gravidez na adolescência reduz salário de mulheres em até 30%. G1. 2020. [internet] <https://g1.globo.com/sp/piracicaba-regiao/noticia/2020/01/28/estudo-da-usp-mostra-que-gravid-ez-na-adolescencia-reduz-salario-de-mulheres-em-ate-30percent.ghtml>. Accessed 10 Feb 2022.
26. Dias ACG, Gomes WB (2000) Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. *Psicol Reflex Crit* 13:109–125
27. Pedraza, YM. Gravidez na adolescência: um problema de saúde da unidade básica do bairro operário no município de Nonoai, rs. 2018. [internet] UnaSUS. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13608>. Accessed 15 Feb 2022.
28. Cruz, JCD. Estratégia de intervenção educativa para prevenir a gravidez na adolescência. 2014. [Internet] UnaSUS. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3753/1/Jorge%20Carlos%20D%C3%ADaz%20Cruz.pdf> Accessed 10/2/2022.
29. Mollborn S, Morningstar E (2009) Investigating the relationship between teenage childbearing and psychological distress using longitudinal evidence. *J Health Soc Behav* 50:310–326
30. Bostancı Ergen E, Abide Yayla C, Sanverdi I, Ozkaya E, Kilicci C, Kabaca Kocakusak C (2017) Maternal-fetal outcome associated with adolescent pregnancy in a tertiary referral center: a cross-sectional study. *Ginekologia Polska* 88:674-678.