



UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA – UFDPAr
CAMPUS MINISTRO REIS VELLOSO

RICARDO ANTONIO LO RÉ

PANORAMA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DO PIAUÍ

Parnaíba
2022

RICARDO ANTONIO LO RÉ

PANORAMA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DO PIAUÍ

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal do Delta do Parnaíba, campus Ministro Reis Velloso, como requisito para obtenção de Título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Dra. Laise Cajubá Almeida Britto

**Parnaíba
2022**

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Delta do Parnaíba
Biblioteca Central Professor Cândido Athayde
Serviço de Processamento Técnico

R281p Ré, Ricardo Antonio Lo.

Panorama da gravidez na adolescência no estado do Piauí. [recurso eletrônico] / Ricardo Antonio Lo Ré. – 2022.

1 Arquivo em PDF.

TCC (Bacharel em Medicina) – Universidade Federal do Delta do Parnaíba, 2022.

Orientação: Prof.^a Dra. Laise Cajubá Almeida Britto.

1. Gravidez na adolescência. 2. Adolescência. 3. Gestação. I. Título.

CDD: 618.2

RICARDO ANTONIO LO RÉ

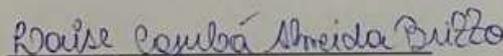
PANORAMA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DO PIAUÍ

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal do Delta do Parnaíba, campus Ministro Reis Velloso, como requisito para obtenção de Título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Dra. Laise Cajubá Almeida Britto

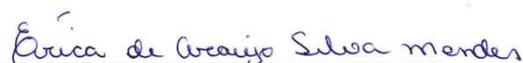
Aprovado em: 10 de Maio de 2022.

BANCA EXAMINADORA



Orientador(a)

Prof. Laise Cajubá Almeida Britto (UFDFPar)
Orientadora



Profa. Érica De Araújo Silva Mendes (UFDFPar)
Examinador interno



Prof. Thiago Santos Lima Almendra (UFDFPar)
Examinador interno

RESUMO

Introdução: A adolescência, por ser um breve período da vida humana na qual há mudanças anatômicas, fisiológicas, comportamentais, sociais e emocionais, é uma fase em que há preocupação em relação à atividade sexual e reprodutiva no que tange a possibilidade de contrair infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e de gravidez precoce e/ou indesejada. Há diversos fatores que contribuem para o aumento da ocorrência de gravidez na adolescência (GA), como mudança nos padrões de sexualidade, redução de tabus, falta de diálogo familiar, falta de informação sobre sexualidade e outros. A GA é fator de risco para complicações tanto maternas como fetais, sendo a gravidez, parto, pós-parto e as complicações destes eventos o principal motivo por internações na faixa de 15 a 19 anos. Além de riscos à saúde, a GA tem impactos socioeconômicos na vida das mães e das famílias. **Metodologia:** Utilizou-se metodologia quantitativa para analisar os dados disponíveis sobre as características da GA no estado do Piauí disponíveis no site do DATASUS. A população foi constituída de nascidos vivos de mães entre 10 e 19 anos, no período de 2016 a 2020. **Resultados:** Verificou-se que houve 46.281 nascimentos de mãe adolescentes entre 2016 e 2020. 66,55% das mães tinham ao menos 8 anos de estudo e 32,29% tinham até 7. O estado civil foi dividido entre solteira (43,95%) e união consensual (45,69%). O pré-natal foi em maioria satisfatório, com 61,10% classificados como entre intermediário e mais que adequado. A maioria dos partos foi em hospital, com 99,16% dos casos. A gestação durou, em maioria, 37 a 41 semanas, e os bebês nasceram majoritariamente com peso entre 3.000g a 3.999g e com Apgar no 5º minuto de 8 a 10. **Conclusão:** Evidenciou-se que a GA não é necessariamente um fator de mau prognóstico para os bebês e que as adolescentes grávidas tiveram seus filhos com mais anos de estudo, o que indica uma gravidez com mais anos de vida, o que diminui intercorrências no processo de gestação e parto. A maioria dos partos foi vaginal, o que traz benefícios para a mãe e bebê. Sendo a maioria dos partos em ambiente hospitalar, nota-se que há suporte de profissionais de saúde, diminuindo desfechos negativos.

Palavras-chaves: Gravidez na adolescência. Adolescência. Gestação.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence, being a brief period of human life in which there are anatomical, physiological, behavioral, social and emotional changes, is a phase in which there is concern about sexual and reproductive activity regarding the possibility of contracting sexually transmitted infections (STIs) and early and/or unwanted pregnancies. There are several factors that contribute to the increase in the occurrence of teenage pregnancy (TP), such as changes in sexuality patterns, reduction of taboos, lack of family dialogue, lack of information about sexuality and others. TP is a risk factor for both maternal and fetal complications, with pregnancy, childbirth, postpartum and the complications of these events being the main reason for hospitalizations in the range of 15 to 19 years. In addition to health risks, TP has socioeconomic impacts on the lives of mothers and families. **Methodology:** A quantitative methodology was used to analyze the available data on the characteristics of TP in the state of Piauí available on the DATASUS website. The population consisted of live births of mothers between 10 and 19 years old, in the period from 2016 to 2020. **Results:** It was found that there were 46,281 births to adolescent mothers between 2016 and 2020. 66.55% of the mothers were at least 8 years old of study and 32.29% had up to 7. Marital status was divided between single (43.95%) and consensual union (45.69%). Prenatal care was mostly satisfactory, with 61.10% classified as between intermediate and more than adequate. Most deliveries were in hospital, with 99.16% of cases. Most of the pregnancy lasted from 37 to 41 weeks, and the babies were born mostly weighing between 3,000g and 3,999g and with an Apgar score at the 5th minute of 8 to 10. **Conclusion:** It was evident that TP is not necessarily a poor prognostic factor for babies and that pregnant adolescents had their children with more years of schooling, which indicates a pregnancy with more years of life, which reduces complications in the process of pregnancy and childbirth. Most deliveries were vaginal, which benefits both mother and baby. Since most births take place in a hospital environment, it is noted that there is support from health professionals, reducing negative outcomes.

Keywords: Teenage pregnancy. Adolescence. Gestation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 MÉTODOS.....	11
3 RESULTADOS	12
4 DISCUSSÃO	20
5 CONCLUSÃO.....	21
6 REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

A adolescência, por ser um breve período da vida humana na qual há mudanças anatômicas, fisiológicas, comportamentais, sociais e emocionais, desperta a atenção de diversos setores da sociedade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), a puberdade compreende o período de 10 a 19 anos, já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescente aquele entre 12 e 18 anos de idade (RODRIGUES; MARTINS, 2021, 2021). Nesse sentido, é uma fase em que há preocupação em relação à atividade sexual e reprodutiva no que tange a possibilidade de contrair infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e de gravidez precoce e/ou indesejada.

Entretanto, até meados do século XX, a gravidez/gestação na adolescência (GA) não era tema de saúde pública, não recebendo atenção de pesquisadores (DIAS; TEIXEIRA, 2010). Gestações antes dos 19 anos não constituíam problema de saúde pública, no entanto, com as mudanças no padrão de fecundidade, no papel social da mulher e com o fato de a maioria delas acontecerem fora de uma relação conjugal despertaram a atenção do evento (MENDONÇA; ARAÚJO, 2009). “No Brasil, 16,4% das adolescentes são mães antes dos 19 anos” (ABRINQ, 2019) e “em 2017, o Brasil apresentou 480.923 nascidos vivos de mãe menores de 19 anos, sendo o Nordeste responsável por 163.298 casos (33, 95%)” (RODRIGUES; MARTINS, 2021, 2021).

Um fator que contribui para o aumento da ocorrência da gravidez na adolescência é a modificação dos padrões de sexualidade, uma vez que a iniciação sexual ocorre cada vez mais precocemente, em especial nos países em desenvolvimento (NERY et al., 2011). Além disso, há outros fatores envolvidos: redução de tabus e inibições sexuais, falta de diálogo e estruturação familiar, falta de informação sobre métodos contraceptivos, dificuldade de acesso a estes, queda da média da menarca, desconhecimento da fisiologia reprodutiva (incapacidade de identificar período fértil), nível de escolaridade baixo, deficiência de programas assistenciais e distanciamento entre os conteúdos ministrados em aula e a realidade (MENDONÇA; ARAÚJO, 2009). Em relação á menarca, Taborda et al. (2014) diz que “[...] a idade da menarca tem se adiantado por volta de quatro meses por década do século XX. Atualmente, a idade média para que ocorra é de 12,5 a 13,5 anos, expondo a adolescente ao risco de engravidar cada vez mais cedo”.

Outro dado que explica as causas da GA: estudos realizados na América Latina têm mostrado que menos de 20% dos homens e menos de 15% das mulheres usam algum método anticoncepcional na primeira relação sexual (VIEIRA et al., 2006). Segundo Mendonça (2009), “Os altos índices de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) na adolescência denunciam a frequência com que a atividade sexual desprotegida ocorre nessa faixa etária”, o que é reforçado por Sousa e Veloso (2020) quando afirmam que “É, nesse período, que [...] os jovens iniciam suas primeiras experiências sexuais, começando cada vez mais cedo, e nem sempre de forma racional, quanto às consequências, entre elas, a gravidez”, o que corrobora com Taborda et al. (2014), que atenta: “[...] no Brasil uma em cada cinco mulheres será mãe antes de finalizar a adolescência”.

Entre jovens de 10 a 14 anos, o parto vaginal tem sido a primeira causa de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os estados do Brasil (NUNES; MADEIRO; DINIZ, 2013, 2013). Vieira et al. (2006) ressaltam que, no Brasil, na faixa etária de 15 a 19 anos, o principal motivo de internação das mulheres foi à gravidez, o parto e o pós-parto, e as complicações decorrentes desses eventos, além de que 80,3% das internações nessa faixa etária são decorrentes desses motivos, com as regiões do país tendo porcentagens semelhantes: Norte - 79,5%; Nordeste - 81,1%; Sudeste - 80,9%; Sul - 77,6% e Centro-Oeste - 80,2%.

As adolescentes grávidas têm maior probabilidade de desenvolver síndromes hipertensivas, anemia, pré-eclâmpsia, problemas consequentes de abortos provocados ou pela falta de assistência adequada, além de as mortes relacionadas à gravidez ou parto serem duas vezes mais prováveis entre os 15 e 19 anos do que nas mulheres com mais de 20, sendo cinco vezes maior em menores de 15 anos (TABORDA et al., 2014, 2014). Inclusive, complicações decorrentes da gravidez e parto formam uma das principais causas de morte de adolescentes (RODRIGUES; MARTINS, 2021, 2021).

Além de danos fisiológicos, a GA também afeta negativamente a economia das famílias das adolescentes, principalmente de baixa renda, na medida em que favorece a ampliação do quadro de pobreza devido aos custos econômicos de constituir uma família, o que se alia ao impacto do abandono escolar, desemprego e menor probabilidade de conseguir bons salários (TABORDA et al., 2014).

Ademais, em termos sociais, a GA pode estar associada com diversas condições de vulnerabilidade, como pobreza, evasão escolar, desemprego ou

inserção precoce em mercado de trabalho não-qualificado, separação conjugal, de violência e negligência, diminuição de mobilidade social e maus tratos infantis (DIAS; TEIXEIRA, 2010), o que vai ao encontro do que relata (NERY et al., 2011) em pesquisa sobre reincidência de GA em Teresina, capital do Piauí: “(das adolescentes com GA reincidente,) 47,6% encontrava-se em união consensual; 69,6% fora da escola; 86,9% com escolaridade inadequada para a idade; 72,2% sem trabalho remunerado.”

Já para o bebê, a GA traz riscos como prematuridade, baixo peso, maior vulnerabilidade a infecções, transtornos do desenvolvimento, dificuldade de amamentação, negligência e aborto natural, entre outros (ABDALA; CUNHA, 2018; DIAS; TEIXEIRA, 2010). “Os riscos da gestação na adolescência ainda estão associados à baixa adesão ao atendimento pré-natal demonstrado pelas adolescentes” (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Sendo a GA um problema de saúde pública, cabe também aos profissionais de saúde trabalharem em sua prevenção por meio da educação, abordando sexualidade e apresentando informações sobre ISTs, contracepção e serviços de saúde (RODRIGUES; MARTINS, 2021). Sabe-se que os jovens têm, em termos de cognição, dificuldade de avaliar as consequências de seus atos, o que pode dar-lhes sensação de invulnerabilidade, ou, no caso, crença de que a gravidez não lhes possa ocorrer (DIAS; TEIXEIRA, 2010). Ademais, Dias e Teixeira (2010), propõem que “a gestação adolescente pode ser associada a características da própria adolescência como: dificuldades no controle dos impulsos, na separação dos pais e na constituição da própria identidade”.

Além disso, as equipes de saúde podem incentivar maior apoio familiar por meio da introdução de um membro da família nas consultas de pré-natal e da criação de rodas de conversa para as adolescentes e suas famílias, além de incentivar a manutenção da vida estudantil (RODRIGUES; MARTINS, 2021, 2021). Como discorrem Dos Santos et al. (2020): “A família deverá estar preparada para apoiar a adolescente, os pontos fortes [...] são a proximidade e a capacidade de resposta às necessidades de cuidados, os sentimentos de apoio, lealdade e segurança”

Uma vez estabelecida a GA, ainda há ações efetivas para prevenir uma segunda gravidez enquanto adolescente, visto que, de acordo com Ximenes Neto et al. (2007), “estudos tem demonstrado que quando ocorrem orientações sobre sexualidade, a recidiva de gravidez reduz em torno de 5%”.

Profissionais médicos devem estar ativos na prevenção da GA, não devendo esperar perguntas do paciente menor de idade sobre anticoncepção ou saúde sexual, mas, sim, questionando a atividade sexual e apresentando métodos contraceptivos, além de se dispor a quaisquer dúvidas. Essa consulta deve ser regida por sigilo profissional, como consta no artigo 74 do Código de Ética Médica, que define ser vedado ao profissional médico revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Embora entre 2000 e 2015 tenha ocorrido um decréscimo de 4% nas gestações de adolescentes entre 15 e 19 anos, dados do MS revelam que em 2014 nasceram 28.244 crianças de mães entre 10 e 14 anos e 534.364 crianças de mães entre 15 e 19 anos (CIENTÍFICO; BERMUDEZ, 2018). Pinheiro, Pereira e Freitas (2019) afirmam que “No Brasil, entre 2000 e 2010, 21% de todos os nascimentos eram provenientes de mães adolescentes”. No país, em 2019, 14,7% dos nascidos vivos eram filhos de mãe menores de 19 anos e, no NE, foram 17,8%, o que representa 143.568 nascimentos (ABRINQ, 2021).

Este estudo, portanto, objetiva analisar os dados sobre a população de adolescentes que engravidaram na adolescência no período de 2016 a 2020 e esclarecer como é o panorama da GA no estado do Piauí.

2 MÉTODOS

Por meio de metodologia quantitativa, realizou-se uma análise dos dados disponíveis sobre as características da GA no estado do Piauí. Para a captura das informações epidemiológicas, foram utilizadas as ferramentas de tabulação de dados tabnet e tabwin, acessíveis no site do DATASUS (<http://datasus.saude.gov.br/>), o qual foi acessado em diversos períodos entre março e maio de 2022.

A população de estudo foi constituída por nascidos vivos e suas mães entre 10 e 19 anos. Foram selecionadas variáveis consideradas pertinentes para construir um panorama da GA no Piauí. O período de escolha foi dos anos de 2016 a 2020 (últimos 5 anos de dados disponíveis das variáveis aplicáveis à GA).

3 RESULTADOS

A população residente no Brasil em 2012 (última projeção intercensitária disponível) era de 193.976.530 pessoas, dos quais 98.983.648 (51,02%) eram do sexo feminino e, dentre estas, 17.164.248 (17,34%) encontravam-se na faixa etária entre 10 e 19 anos.

Há a disponibilidade de dados populacionais projetados para anos posteriores. Quando analisada a população de 2022, verificou-se que a população brasileira deverá ser de 214.747.509 pessoas, das quais 108.954.822 (50,73%) deverão ser do sexo feminino, sendo esta população composta por 15.529.014 (14,25%) adolescentes.

Em 2012, a região Nordeste continha 53.907.144 pessoas, sendo 27.596.838 mulheres, o que corresponde, respectivamente, a 27,79% e 27,88% da população brasileira desse ano. O Piauí, por sua vez, continha 1,62% da população brasileira, 1,62% das mulheres brasileiras de 2012 e 3,61% das adolescentes brasileiras.

Para 2022, projeta-se que o Piauí terá uma população de 280.584 adolescentes do sexo feminino, correspondendo a 1,80% da população adolescente feminina brasileira.

Estabelecida a situação demográfica, buscaram-se os dados sobre a GA no Piauí. Foi verificado que, de 2016 a 2020, houve 46.281 nascimentos de mães entre 10 e 19 anos no Piauí.

A cor/raça das mães adolescentes foi primariamente parda, correspondendo a 38.270 casos, o que configura 82,69%. A cor/raça branca foi anotada em 6,60%, a preta em 3,60%, amarela em 0,49%, indígena em 0,11% e, em 6,48%, foi ignorada a cor/raça (tabela 1).

Tabela 1 - Cor/raça das mães adolescentes entre 2016 e 2020 (continua)

Cor/raça	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
Branca	149	2.910	3.059
Preta	100	1.567	1.667

Tabela 2 - Cor/raça das mães adolescentes entre 2016 e 2020 (conclusão)

Cor/raça	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
Amarela	7	224	231
Parda	2.007	36.263	38.270
Indígena	6	46	52
Ignorado	147	2.855	3.002
TOTAL	2.416	43.865	46.281

Fonte: DATASUS

Em relação à instrução materna, os dados da tabela 2 demonstram que 30.804 (66,55%) mães tinham 8 ou mais anos de estudo, enquanto que 14.945 (32,29%) tinham até 7 anos de estudo.

Tabela 3 - Instrução das mães adolescentes entre 2016 e 2020

Instrução da mãe	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
Nenhuma	8	62	70
1 a 3 anos	94	834	928
4 a 7 anos	1.530	12.417	13.947
8 a 11 anos	753	29.236	29.989
12 anos e mais	4	811	815
Ignorado	27	505	532
TOTAL	2.416	43.865	46.281

Fonte: DATASUS

O estado civil das mães adolescentes foi dividido principalmente entre solteira (20.343 mães ou 43,95%) e união consensual (21.146, ou 45,69%), sendo 3811 (8,23%) mães adolescentes casadas (tabela 3).

Tabela 4 - Estado civil das mães adolescentes entre 2016 e 2020

Estado civil da mãe	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
Solteira	1.563	18.780	20.343
Casada	19	3.792	3.811
Viúva	1	22	23
Separada judicialmente	2	56	58
União consensual	771	20.375	21.146
Ignorado	60	840	900
TOTAL	2.416	43.865	46.281

Fonte: DATASUS

O pré-natal foi ao menos iniciado em 45.113 (97,47%) das gestações. Foram 4.000 (8,64%) gestações com 1 a 3 consultas, 16.019 (34,61%) com 4 a 6 consultas e 25.094 (54,22%) com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas (tabela 4). Ainda em relação ao pré-natal, verificou-se que a adequação ao pré-natal foi em maioria satisfatório, com 28.278 pré-natais (61,10%) classificados entre intermediário e mais que adequado, 28,08% inadequados e 0,46% sem pré-natal, conforme consta na tabela 5.

Tabela 5 - Número de consultas de pré-natal das mães adolescentes entre 2016 e 2020

Consultas pré-natal	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
Nenhuma	47	1.004	1.051
De 1 a 3 consultas	246	3.754	4.000
De 4 a 6 consultas	948	15.071	16.019
7 ou mais consultas	1.167	23.927	25.094
Ignorado	8	109	117
TOTAL	2.416	43.865	46.281

Fonte: DATASUS

Tabela 6 - Adequação ao pré-natal das mães adolescentes entre 2016 e 2020

Adequação ao pré-natal	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
Não fez pré-natal	11	205	216
Inadequado	859	12.137	12.996
Intermediário	248	4.172	4.420
Adequado	206	4.226	4.432
Mais que adequado	820	18.606	19.426
Não Classificados	272	4.519	4.791
TOTAL	2.416	43.865	46.281

Fonte: DATASUS

O parto foi principalmente por via vaginal, com 26.182 partos naturais e 20.078 partos cesáreos (tabela 6). Os partos foram majoritariamente em estabelecimentos de saúde (45.961), sendo 44.896 em hospitais (tabela 7).

Tabela 7 - Tipo de parto das mães adolescentes entre 2016 e 2020

Tipo de parto	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
Vaginal	1.349	24.833	26.182
Cesário	1.067	19.011	20.078
Ignorado	-	21	21
TOTAL	2.416	43.865	46.281

Fonte: DATASUS

Tabela 8 - Local do parto das mães adolescentes entre 2016 e 2020

Local ocorrência	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
Hospital	2.348	42.548	44.896
Outro Estabelecimento de Saúde	51	1.014	1.065
Domicílio	10	204	214
Outro	7	97	104
Ignorado	-	2	2
TOTAL	2.416	43.865	46.281

Fonte: DATASUS

A idade gestacional dos bebês foi, em maioria, entre 37 e 41 semanas (37.890 bebês ou 81,86%), sendo as idades gestacionais de 32 a 36 semanas e de 42 semanas ou mais responsáveis por 4.826 e 2.086 nascimentos, respectivamente, ou, em porcentagens, 10,42% e 4,50% (tabela 8).

Tabela 9 - Duração da gestação das mães adolescentes entre 2016 e 2020

Duração gestação	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
Menos de 22 semanas	4	22	26
De 22 a 27 semanas	21	227	248
De 28 a 31 semanas	55	481	536
De 32 a 36 semanas	337	4.489	4.826
De 37 a 41 semanas	1.874	36.016	37.890
42 semanas ou mais	87	1.999	2.086
Ignorado	38	631	669
TOTAL	2.416	43.865	46.281

Fonte: DATASUS

O peso ao nascer foi majoritariamente entre 3.000 e 4.000g (62,55%), seguido de peso entre 2.500 e 3.000g (24,74%) e peso entre 1.500 e 2.499g (7,67%). Dos nascimentos, 1,28% foram de bebês com menos de 1.500g (tabela 9).

Tabela 10 - Peso ao nascer dos bebês das mães adolescentes entre 2016 e 2020

Peso ao nascer	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
Menos de 500g	1	27	28
500 a 999g	24	195	219
1.000 a 1.499 g	30	316	346
1.500 a 2.499 g	248	3.303	3.551
2.500 a 2.999 g	663	10.790	11.453
3.000 a 3.999 g	1.390	27.559	28.949
4.000g e mais	60	1.669	1.729
Ignorado	-	6	6
TOTAL	2.416	43.865	46.281

Fonte: DATASUS

O Apgar no 5º minuto foi principalmente de 8 a 10 (87,87%), seguido de Apgar ignorado (9,56%). Um Apgar de 0 a 7 no 5º minuto foi encontrado em 2,55% dos nascidos vivos de mãe adolescentes (tabela 10).

Tabela 11 - Apgar dos recém nascidos filhos das mães adolescentes entre 2016 e 2020 (continua)

Apgar 5º minuto	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
0 a 2	10	119	129
3 a 5	14	232	246

Tabela 12 - Apgar dos recém nascidos filhos das mães adolescentes entre 2016 e 2020 (conclusão)

Apgar 5º minuto	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
6 a 7	56	751	807
8 a 10	2.072	38.599	40.671
Ignorado	264	4.164	4.428
TOTAL	2.416	43.865	46.281

Fonte: DATASUS

4 DISCUSSÃO

O perfil da GA é composto principalmente por mulheres pardas com ao menos 8 anos de estudo e solteiras ou em união consensual, fato interessante, dado que a maior quantidade de anos estudados pode indicar o não abandono da vida escolar, além de indicar também que, possivelmente, as adolescentes têm filhos com mais idade, ou seja, mais afastadas dos primeiros anos da adolescência.

Mães grávidas tendem a realizar diversas consultas de pré-natal e realizar um pré-natal de intermediário a mais que adequado. Atenta-se que 10,35% dos partos não foram classificados quanto à adequação ao pré-natal, o que pode revelar subnotificação de inadequação.

O tipo de parto mais proeminente, com 56,57% dos casos, é o vaginal, o que é um bom indicador, uma vez que se trata de uma população extremamente jovem e que o parto por cesárea é associado a maiores riscos de complicações quando comparado ao vaginal (MASCARELLO et al., 2018).

Os bebês de mães adolescentes na amostra demonstraram ser prioritariamente nascidos a termo e com adequado peso ao nascer, além de um Apgar em 5º minuto adequado. Isso revela que a GA não é necessariamente indicador de mau prognóstico para o feto.

Observa-se que a população adolescente feminina se mantém estável no Brasil nos últimos 10 anos, com queda de aproximadamente 3 pontos percentuais (de 17,34 em 2012 para 14,25% em 2022). Seguindo a tendência do país, a proporção de adolescentes no Piauí também adota queda baixa, atingindo 1,80% da população adolescente brasileira do sexo feminino em 2022, o que representa 280584 adolescentes mulheres, cuja maioria encontra-se vulnerável à GA. Nessa perspectiva, órgãos de saúde, assim como profissionais de saúde, professores e pais/responsáveis devem ter em mente a necessidade de instrução sobre métodos contraceptivos, conversas sobre projetos de vida e apoio familiar, de forma a evitar que uma GA acabe afetando negativamente a vida dessas adolescentes.

5 CONCLUSÃO

O estudo buscou estabelecer um panorama da GA no Piauí. Evidenciou-se que a GA não é necessariamente um fator de mau prognóstico para os bebês, uma vez que a maioria dos bebês nascem a termo, com peso e Apgar adequados.

Além disso, foi verificado que as adolescentes grávidas tiveram filhos com mais anos de estudos, o que indica gravidez com mais anos de vida, fato que diminui a desqualificação profissional e minimiza intercorrências na gestação e parto.

O fato de o parto vaginal ser o mais frequente indica maiores benefícios para o binômio puérpera-bebê, como contato pele-a-pele mais precoce e maior prontidão para iniciar amamentação (ABDALA; CUNHA, 2018).

Em relação ao pré-natal, a maioria dos casos indicaram um pré-natal classificado de intermediário a mais que adequado, indicando que a GA tem suporte de profissionais da saúde, o que diminui desfechos negativos possíveis da gestação. No entanto, há grande percentual de adequação ao pré-natal não classificado, indicando subnotificação ou preenchimento incorreto de dados.

6 REFERÊNCIAS

ABDALA, Leticia Gabriel; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz da. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. **Clinical and biomedical research**. Vol. 38, n. 4 (2018), p. 356-360, 2018.

ABRINQ. Cenário da infância e adolescência no Brasil 2021. São Paulo: **Fundação Abrinq**, 2021

CIENTÍFICO, Conselho; BERMUDEZ, Beatriz Elizabeth Bagatin Veleda. Anticoncepção na Adolescência. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. 2019.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 20, p. 123-131, 2010.

DOS SANTOS, Aline Cristina Ferraz et al. Abordagem do enfermeiro na gravidez na adolescência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 17438-17456, 2020.

NERY, Inez Sampaio et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 31-37, 2011.

NUNES, Maria das Dores; MADEIRO, Alberto; DINIZ, Debora. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2311-2318, 2013.

MASCARELLO, Keila Cristina et al. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180010, 2018.

MENDONÇA, Rita de Cássia Magalhães; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista. Métodos contraceptivos: a prática dos adolescentes das escolas agrícolas da Universidade Federal do Piauí. **Escola Anna Nery**, v. 13, p. 863-871, 2009.

PINHEIRO, Yago Tavares; PEREIRA, Natália Herculano; FREITAS, Giane Dantas de Macêdo. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 363-367, 2019.

RODRIGUES, Lorena; MARTINS, Zulmira de Sousa. Projeto de intervenção: prevenção da gravidez na adolescência em uma UBS no município de São João do Piauí–Piauí. UFPI, v. 1, 2021.

SOUSA, Luciany Ferraz Osório de; VELOSO, Lorena Uchôa Portela. Projeto de intervenção para redução da gravidez na adolescência em uma cidade do interior do piauí. UFPI, v. 1, 2020.

TABORDA, Joseane Adriana et al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, p. 16-24, 2014.

VIEIRA, Leila Maria et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 135-140, 2006.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 60, p. 279-285, 2007.