



## Gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos da maternidade precoce no estado do Pará, Brasil

*Adolescent pregnancy: epidemiological aspects of early motherhood in the state of Pará, Brazil*

*Nataly Salvatierra Sodré<sup>1\*</sup>, Nádia Teresinha Schröder<sup>2</sup>, Eliane Fraga da Silveira<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Mestranda do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas (RS), Brasil; <sup>2,3</sup>Docentes do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas (RS), Brasil.

\*Autor correspondente: Nataly Salvatierra Sodré – E-mail: natalyssodre@gmail.com

### RESUMO

A adolescência é caracterizada por modificações físicas, mentais e comportamentais nesta fase de transição para a vida adulta. Avaliaram-se a taxa de fecundidade de mulheres de 15 a 19 anos residentes nas macrorregiões de saúde do estado do Pará e seus parâmetros sociodemográficos, da gestação e parto, no período de 2010 a 2020. O estudo é descritivo e analítico e utilizou dados do SINASC/DATASUS. Em 2014, a maior taxa de fecundidade (106,5%) foi na Macrorregião de Saúde III. As mães solteiras ou em união consensual, cor/raça parda e entre 8 a 11 anos de estudo foram as predominantes. O pré-natal foi de quatro a seis consultas entre 37 e 41 semanas. A gravidez precoce em adolescentes expõe a riscos sociais e de saúde como abandono escolar, falta de rede de apoio nos cuidados do bebê, prejuízo na colocação no mercado de trabalho e problemas de saúde mental.

**Palavras-chave:** Gravidez na adolescência. Saúde reprodutiva. Taxa de fecundidade.

### ABSTRACT

Adolescence is the transition phase to adulthood when physical, mental, and behavioral changes occur. The study evaluated the fertility rate of women aged 15 to 19 years living in the health macroregions of the state of Pará and their sociodemographic parameters, pregnancy and childbirth, from 2010 to 2020. The study is descriptive and analytical and uses data from SINASC/DATASUS. In 2014, the highest fertility rate (106.5%) was in Health Macroregion III. Single mothers or mothers in consensual unions, brown color/race, and between 8 and 11 years of study were the predominant ones. They had four to six prenatal care appointments between 37 and 41 weeks. Early pregnancy in adolescents exposes them to social and health risks such as school dropout, lack of support network in baby care, disadvantage in the labor market, and mental health problems.

**Keywords:** Pregnancy in adolescence. Reproductive health. Fecundity rate.

*Recebido em Setembro 15, 2022*

*Aceito em Maio 21, 2023*

## INTRODUÇÃO

A adolescência é caracterizada pela segunda década de vida durante o desenvolvimento humano, na qual ocorrem transformações e adaptações nas dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais de um indivíduo<sup>1</sup>. Nessa fase é que há a descoberta do corpo e do prazer sexual, possibilitando um aumento nos riscos da gravidez precoce e indesejada<sup>2</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu o grupo etário de 10 a 19 anos correspondente à adolescência<sup>3</sup>. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define “criança” como sendo a pessoa até 12 anos de idade incompletos; e “adolescente”, aquela que possui entre 12 e 18 anos de idade<sup>4</sup>. O Estatuto da Juventude definiu como “adolescentes-jovens” aqueles situados entre 15 e 17 anos<sup>5</sup>. O marco etário é fundamental para o planejamento e implantação de políticas públicas, todavia, devido às singularidades das idades e experiências, a atenção integral à saúde para esse grupo permanece um desafio<sup>6</sup>.

Anualmente, cerca de 16 milhões de mulheres entre 15 e 19 anos ficam grávidas no mundo<sup>7</sup>. A gravidez na adolescência é uma condição que oferece grande risco, tanto para a saúde da mãe quanto para a do recém-nascido, pois são frequentes os casos de síndrome hipertensiva, parto prematuro, anemia, entre outros<sup>8</sup>. Nessa faixa etária, a probabilidade de morte da mãe, decorrente de complicações, é duas vezes maior quando comparada às de jovens-adultas<sup>8</sup>. Além do mais, quando a gestação é indesejada e/ou sem apoio familiar, os abortos são provocados em condições inapropriadas nos países onde a prática é clandestina, tornando-se a principal causa de óbito das adolescentes<sup>8</sup>.

Algumas outras dificuldades estão associadas à gravidez na adolescência, tais como as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), uso de drogas, distúrbios alimentares,

depressão e violência<sup>9,10,6</sup>. As baixas condições socioeconômicas relacionam-se com essas vivências; e, juntas, elas têm influência na evasão escolar, falta de qualificação profissional e abandono dos projetos de vida, que acentuam a vulnerabilidade social<sup>10,11</sup>. Dessa forma, os países subdesenvolvidos apresentam os maiores números de casos de parturientes adolescentes na escala global<sup>12</sup>.

O Brasil é um dos líderes em relação à maternidade precoce na América Latina, com um risco de gravidez quatro vezes superior aos países da Europa<sup>13,14</sup>. Em 2020, o Brasil registrou 14% de nascidos vivos de adolescentes até 19 anos, e a maior média (21,3%) está registrada na Região Norte, além das Regiões Nordeste e Centro-Oeste<sup>15,16</sup>. A análise da variação espacial da gravidez na adolescência realizada no Brasil evidenciou que as medianas mais altas da taxa de fecundidade ocorreram em mulheres de 15 a 19 anos com escolaridade inferior a oito anos de estudo, residentes nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste<sup>14</sup>. Na Região Norte, o estado do Pará ocupa a segunda posição quanto à maior incidência de mães adolescentes<sup>17</sup>.

Devido aos altos índices que expõem a complexidade do tema e apontam um grande problema de saúde pública, o estudo teve como objetivo analisar a taxa de fecundidade bem como as características maternas e do neonato de adolescentes de 15 a 19 anos residentes nas macrorregiões de saúde do estado do Pará, no período de 2010 a 2020.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, analítico e retrospectivo, dos nascidos vivos segundo o local de residência das mães adolescentes nas macrorregiões de saúde do estado do Pará, durante o período de 2010 a 2020. Ele possui o segundo maior território do Brasil, com uma área de 1.245.870,700 km<sup>2</sup><sup>18</sup>. Na Região Norte,

é também o mais populoso, com 8.777.124 habitantes e uma densidade demográfica de 6,07 hab./km<sup>2</sup><sup>19</sup>. No país, ocupa a 23ª posição no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), com 0,698, aparecendo junto

com outras três Unidades Federativas de médio desenvolvimento<sup>20</sup>. O estado do Pará é constituído por quatro macrorregiões de saúde, que reúnem 13 regiões de saúde e 144 municípios (Figura 1).

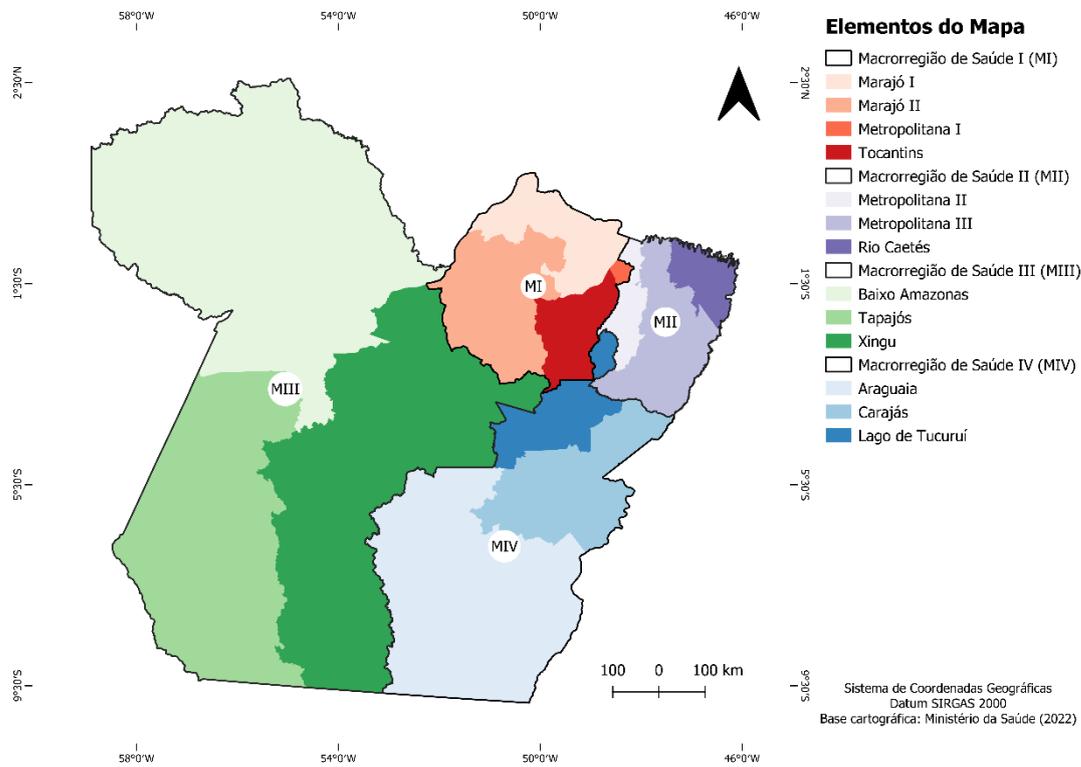


Figura 1. Macrorregiões de Saúde, Pará, Brasil.

A “macrorregião de saúde” é definida como o espaço regional ampliado que garante a resolutividade da Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>21</sup>. Nela estão integradas as “regiões de saúde”, determinadas como o espaço geográfico formado pelo agrupamento de municípios limítrofes, que compartilham identidades culturais, econômicas e sociais, além de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados<sup>22</sup>. As macrorregiões do Estado estão assim divididas em: Macrorregião de Saúde I (Marajó I, Marajó II, Metropolitana I, Tocantins), Macrorregião de Saúde II (Metropolitana II, Metropolitana III, Rio Caetés), Macrorregião de Saúde III (Baixo Amazonas, Tapajós, Xingu) e Macrorregião de Saúde IV (Araguaia, Carajás, Lago do Tucuruí)<sup>23</sup>.

Os dados foram coletados no banco do Departamento de Informática do Sistema Único

de Saúde (DATASUS), por meio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), e de outras estimativas importadas do Ministério da Saúde (MS). No SINASC, as variáveis selecionadas para a mãe com idade de 15 a 19 anos foram: número de nascidos vivos; escolaridade; estado civil; cor/raça autodeclarada; consultas pré-natal; duração da gestação; tipo de parto; e peso ao nascer. Em estatísticas demográficas e socioeconômicas do DATASUS, consideraram-se as estimativas populacionais para o sexo feminino, na faixa etária de 15 a 19 anos.

A taxa específica de fecundidade (TEF) mede a intensidade de fecundidade a que as mulheres estão sujeitas em cada grupo etário do período reprodutivo, de 15 a 49 anos. Assim, para cada ano e macrorregião, calculou-se a TEF mediante a divisão do número de nascidos

vivos de mães residentes, de 15 a 19 anos, pela população total feminina residente dessa mesma faixa etária, cujo resultado foi multiplicado por mil.

Na análise dos dados, foi utilizada a estatística inferencial bivariada com o teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de independência para correlacionar as variáveis categóricas<sup>24</sup>. Verificou-se o grau de associação por meio do coeficiente V (de Crámer), que fornece uma medida entre 0 e 1. O nível de significância estabelecido foi de 5% ( $p < 0,05$ ). Ainda, foi realizada a análise de resíduos padronizados ajustados, que permite avaliar como as caselas expressas nas tabelas de contingência contribuem para o  $\chi^2$  calculado<sup>24</sup>. Os resíduos positivos e superiores a 1,96 de desvio-padrão ou negativos e inferiores a 1,96 de desvio-padrão foram considerados significantes ( $\alpha < 0,05$ ), isto é, quando as frequências observadas diferem das esperadas.

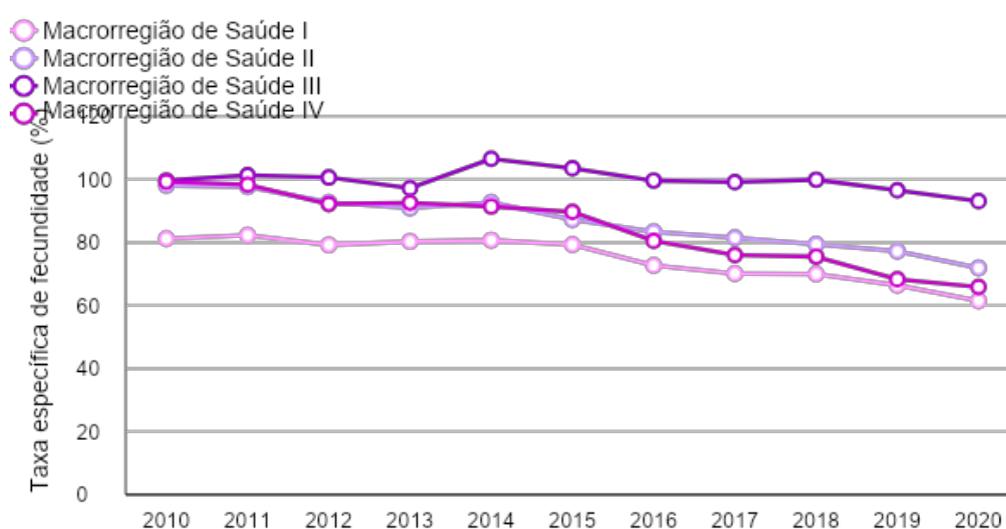
Para cada célula analisada, testou-se a hipótese nula versus a hipótese alternativa para verificar se as variáveis sociodemográficas, da gestação e parto, são independentes ou não das macrorregiões de saúde. A hipótese nula assume não haver tal associação (independência),

enquanto a alternativa determina que estão associadas (não independência).

Os dados foram tabulados no Microsoft Office Excel 2019 e, depois, analisados estatisticamente no software IBM SPSS Statistics 20. O estudo dispensa submissão ao Conselho de Ética em Pesquisa, pois não foram identificados sujeitos, e sim apenas dados secundários de domínio público.

## RESULTADO

No período de 2010 a 2020, foram totalizados 370.903 nascidos vivos de mães adolescentes de 15 a 19 anos. A taxa específica de fecundidade (TEF) da referida faixa etária foi superior na Macrorregião de Saúde III, quando comparada à taxa das outras, principalmente, em 2014, com 106,5% (Figura 2). As TEFs das demais macrorregiões declinaram, encontrando-se abaixo de 80% no último ano analisado, 2020, que apresentou o menor valor (61,5%). As Macrorregiões de Saúde II e IV tiveram índices semelhantes nos três primeiros anos, sendo 99,3 e 98,1%, 98,3 e 97,7%, e 92,2 e 92,7%, respectivamente.



**Figura 2.** Taxa específica de fecundidade de adolescentes-jovens com idade entre 15 a 19 anos, em cada macrorregião de saúde do estado do Pará, nos anos de 2010 a 2020.

Nos aspectos sociodemográficos maternos, o tempo de estudo (escolaridade) de 8 a 11 anos predominou entre as adolescentes em 2010 a 2020 (Tabela 1). O estado civil para as Macrorregiões de Saúde I e II ficou marcado com mais da metade das mães na condição de

solteiras. Já nas Macrorregiões de Saúde III e IV, as jovens possuíam união consensual. A cor/raça autodeclarada foi majoritariamente parda, abrangendo 90% de todas as adolescentes nas macrorregiões (n = 333.740).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico de mães adolescentes nas macrorregiões de saúde do Pará, no período de 2010-2020

Variável sociodemográfica	Macrorregião de Saúde								p*
	I		II		III		IV		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Instrução da mãe (anos)</b>									<b>&lt;0,0001</b>
Nenhuma	<b>835</b>	0,64	<b>371</b>	0,44	440	0,61	<b>578</b>	0,69	
De 1 a 3	7.023	5,34	<b>5.111</b>	6,08	<b>3.313</b>	4,62	<b>4.097</b>	4,90	
De 4 a 7	<b>55.931</b>	42,54	<b>37.740</b>	44,90	<b>27.702</b>	38,61	<b>32.850</b>	39,29	
De 8 a 11	<b>61.984</b>	47,14	<b>37.993</b>	45,20	<b>37.019</b>	51,59	<b>43.883</b>	52,49	
12 e mais	<b>2.236</b>	1,70	<b>1.125</b>	1,34	<b>1.001</b>	1,40	<b>1.135</b>	1,36	
Ignorado	<b>3.479</b>	2,65	<b>1.716</b>	2,04	<b>2.280</b>	3,18	<b>1.061</b>	1,27	
<b>Estado civil da mãe</b>									<b>&lt;0,0001</b>
Solteira	<b>74.045</b>	56,31	<b>45.757</b>	54,44	<b>30.497</b>	42,50	<b>34.513</b>	41,28	
Casada	<b>4.663</b>	3,55	<b>2.955</b>	3,52	<b>5.219</b>	7,27	<b>6.346</b>	7,59	
Viúva	<b>53</b>	0,04	44	0,05	35	0,05	<b>61</b>	0,07	
Separada judicialmente	<b>79</b>	0,06	81	0,10	<b>85</b>	0,12	75	0,09	
União consensual	<b>50.807</b>	38,64	<b>34.066</b>	40,53	<b>34.709</b>	48,37	<b>41.876</b>	50,09	
Ignorado	<b>1.841</b>	1,40	1153	1,37	<b>1.210</b>	1,69	<b>733</b>	0,88	
<b>Cor/raça da mãe</b>									<b>&lt;0,0001</b>
Branca	<b>6.529</b>	4,97	<b>3.308</b>	3,94	<b>3.702</b>	5,16	<b>7.221</b>	8,64	
Preta	<b>1.630</b>	1,24	<b>1.215</b>	1,45	<b>1.567</b>	2,18	<b>3.015</b>	3,61	
Amarela	<b>148</b>	0,11	133	0,16	<b>73</b>	0,10	<b>237</b>	0,28	
Parda	<b>121.239</b>	92,21	<b>78.233</b>	93,07	<b>62.934</b>	87,71	<b>71.334</b>	85,32	
Indígena	<b>91</b>	0,07	<b>247</b>	0,29	<b>2.616</b>	3,65	<b>1.179</b>	1,41	
Ignorado	<b>1.851</b>	1,41	920	1,09	863	1,20	<b>618</b>	0,74	

\* Valores em negrito apresentam  $\chi^2$  significativa ( $p < 0,05$ ) e resíduo significativa ( $\alpha < 0,05$ ).

Para as variáveis relativas à gestação e parto, as macrorregiões de saúde do Pará manifestaram valores semelhantes (Tabela 2). De 2010 a 2020, as mães adolescentes presenciaram de quatro a seis consultas pré-natal, representando 42,4% (n = 157.222) do total. A

duração da gestação concentrou no período de 37 a 41 semanas, com 77,2% (n = 286.402). O tipo de parto mais frequente foi o vaginal, 61,7% (n = 228.686). O mesmo percentual foi observado para os nascidos com peso entre 3 kg e 3,9 kg (n = 228.861).

**Tabela 2.** Características da gestação e parto de adolescentes nas macrorregiões de saúde do Pará, em 2010-2020

Variável	Macrorregião de Saúde								p*
	I		II		III		IV		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Consultas pré-natal</b>									<b>&lt;0,0001</b>
Nenhuma	<b>8.979</b>	6,83	<b>5.092</b>	6,06	<b>2.647</b>	3,69	<b>1.598</b>	1,91	
1 a 3	<b>22.273</b>	16,94	<b>12.036</b>	14,32	<b>12.314</b>	17,16	<b>14.703</b>	17,59	
4 a 6	<b>52.706</b>	40,08	<b>37.540</b>	44,66	<b>30.356</b>	42,31	<b>36.620</b>	43,80	
7 ou mais	46.934	35,69	<b>29.092</b>	34,61	<b>25.944</b>	36,16	<b>30.383</b>	36,34	
Ignorado	596	0,45	<b>296</b>	0,35	<b>494</b>	0,69	<b>300</b>	0,36	
<b>Duração da gestação (semanas)</b>									<b>&lt;0,0001</b>
Menos de 22	91	0,07	47	0,06	58	0,08	52	0,06	
22 a 27	653	0,50	428	0,51	<b>442</b>	0,62	418	0,50	
28 a 31	<b>1.568</b>	1,19	<b>1.023</b>	1,22	986	1,37	<b>1.143</b>	1,37	
32 a 36	<b>14.233</b>	10,82	<b>9.140</b>	10,87	8.109	11,30	<b>9.741</b>	11,65	
37 a 41	<b>102.499</b>	77,95	<b>63.764</b>	75,86	<b>55.046</b>	76,71	<b>65.093</b>	77,86	
42 ou mais	<b>5.350</b>	4,07	3.942	4,69	<b>4.182</b>	5,83	<b>4.389</b>	5,25	
Ignorado	<b>7.094</b>	5,40	<b>5.712</b>	6,80	<b>2.932</b>	4,09	<b>2.768</b>	3,31	
<b>Tipo de parto</b>									<b>&lt;0,0001</b>
Vaginal	<b>80.196</b>	60,99	<b>50.267</b>	59,80	<b>51.261</b>	71,44	<b>46.962</b>	56,17	
Cesário	<b>51.151</b>	38,90	<b>33.571</b>	39,94	<b>20.384</b>	28,41	<b>36.571</b>	43,74	
Ignorado	<b>141</b>	0,11	<b>218</b>	0,26	110	0,15	<b>71</b>	0,08	
<b>Peso ao nascer (g)</b>									<b>&lt;0,0001</b>
Menos de 500	231	0,18	<b>157</b>	0,19	120	0,17	<b>94</b>	0,11	
500 a 999	<b>573</b>	0,44	<b>285</b>	0,34	249	0,35	303	0,36	
1.000 a 1.499	<b>881</b>	0,67	504	0,60	<b>404</b>	0,56	506	0,61	
1.500 a 2.499	<b>11.089</b>	8,43	<b>5.896</b>	7,01	<b>5.178</b>	7,22	<b>5.748</b>	6,88	
2.500 a 2.999	<b>37.765</b>	28,72	<b>20.948</b>	24,92	<b>18.123</b>	25,26	<b>19.932</b>	23,84	
3.000 a 3.999	<b>77.468</b>	58,92	<b>53.024</b>	63,08	<b>44.801</b>	62,44	<b>53.568</b>	64,07	
4.000 e mais	<b>3.377</b>	2,57	<b>3.170</b>	3,77	<b>2.685</b>	3,74	<b>3.409</b>	4,08	
Ignorado	<b>104</b>	0,08	<b>72</b>	0,09	<b>195</b>	0,27	<b>44</b>	0,05	

\* Valores em negrito apresentam  $\chi^2$  significativa ( $p < 0,05$ ) e resíduo significativa ( $\alpha < 0,05$ ).

O teste de  $\chi^2$  de independência apontou associação estatística entre as macrorregiões de saúde e todas as variáveis, rejeitando-se a hipótese nula. Embora significativa ( $p < 0,0001$ ), o coeficiente V mostrou fraca associação, com índices de 0,096 para cor/raça; 0,087 para estado civil; 0,076 para tipo de parto; 0,058 para consultas pré-natal; 0,043 para instrução da mãe; 0,040 para peso ao nascer; e 0,038 para duração da gestação.

## DISCUSSÃO

A gravidez precoce tem se mostrado uma realidade relevante na sociedade brasileira, apesar de não ser planejada. Esse cenário pode causar modificações não esperadas na vida familiar das adolescentes e suas famílias<sup>2,25,26</sup>. Mesmo sendo ela uma realidade no país, é possível evidenciar consecutivas quedas em seus números desde a década de 1960<sup>27</sup>.

Entre os fatores que parecem contribuir para a manutenção dos índices, destaca-se a “coerção reprodutiva”<sup>28</sup>. Esse tipo de medida desconsidera a autonomia reprodutiva por meio da pressão do cônjuge e família ou do inadequado planejamento reprodutivo, no sentido de negar contracepção ou instituir barreiras de acesso a métodos escolhidos pelas adolescentes<sup>28</sup>. De outra maneira, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos podem tanto evitar uma gravidez indesejada como proporcionar menos riscos na escolha do desfecho, portanto ela é essencial para igualdade de gênero e bem-estar da mulher<sup>29</sup>.

Contrapondo-se a isso, constatou-se que a taxa de fecundidade das adolescentes residentes no estado do Pará, durante o período de 2010 a 2020, foi elevada, com predomínio de mulheres pardas. Diferentemente desse cenário, foi observada uma queda na taxa de fecundidade entre 1991 e 2000, mais evidente entre mulheres negras, vulneráveis e com grau de instrução menor, residentes em áreas rurais e nas regiões

Norte e Nordeste. A causa pode ter sido o desejo de adiar a maternidade e o crescimento da escolarização feminina<sup>30</sup>.

Neste estudo, destaca-se que os menores percentuais de fecundidade observados ocorreram a partir de 2018 e podem ser justificados pelo aumento do acesso às informações sobre vida sexual e reprodutiva e acesso aos métodos contraceptivos. Deve-se considerar também a mortalidade pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), que afetou com maior intensidade a região Norte<sup>31</sup>. Outro motivo para a redução da TEF relaciona-se com a determinação do isolamento social como medida preventiva durante a pandemia de COVID-19<sup>32</sup>. Ainda, há o cenário de postergação da gravidez em razão da instabilidade gerada no contexto pandêmico, podendo levar ao efeito “*baby boom*”, isto é, uma futura explosão das taxas de natalidade, como já observado em outras epidemias<sup>32</sup>.

Quanto à instrução escolar das mães, o período entre 8 e 11 anos de estudo foi predominante em todas as macrorregiões de saúde. O menor tempo de estudo (4 a 7 anos) pode resultar em um acesso limitado às informações adequadas sobre saúde sexual e reprodutiva, uma vez que a escola juntamente com a família são as fontes dessas informações<sup>33</sup>. Esse atraso escolar, combinado à falta de auxílio socioeconômico, pode desencadear o abandono dos projetos educacionais e dificuldades na carreira profissional<sup>34</sup>. Além disso, o grau de instrução da adolescente grávida interfere na taxa de fecundidade em uma razão inversamente proporcional<sup>13</sup>.

A escola é o espaço de debate e tem um papel fundamental nos esclarecimentos de informações seguras aos adolescentes, a fim de prevenir uma gravidez precoce e indesejada. Além dela, o seio familiar também deveria ser um ambiente para os questionamentos, porém a falta de diálogo com a família sobre o assunto pode ocasionar tomada de decisões equivocadas nesse momento de vida<sup>35</sup>. Nesse sentido, estudos

relatam associação com iniciação sexual, gravidez e casamento precoces entre adolescentes que não frequentavam a escola, em países africanos e asiáticos<sup>36,37,38</sup>.

O estado civil “em união consensual” para as Macrorregiões de Saúde III e IV exibe uma possível estruturação familiar, sendo ela nuclear ou não. Nas demais macrorregiões, o grande número de solteiras pode revelar o estabelecimento de famílias monoparentais femininas, cuja responsabilidade do filho é inteiramente da mãe, ao qual ela passa a dar maior atenção e cuidado quando não tem a presença do cônjuge. Se, de um lado, essa condição leva à maior independência feminina, de outro pode sobrecarregar a mãe<sup>39</sup>. A maioria das adolescentes com estado civil “solteira” e integrantes de famílias não nucleares apresentou fatores de risco para ocorrência da gravidez precoce, quando comparadas às jovens de famílias formadas por casal de ambos os sexos<sup>34</sup>. Em um estudo realizado em Goiás, Região Centro-Oeste brasileira, 30% das adolescentes grávidas eram solteiras e 75% não a planejaram<sup>40</sup>.

As características da gestação e parto das adolescentes em todas as macrorregiões de saúde alcançaram o esperado para um ciclo gravídico-puerperal saudável<sup>41,42</sup>. As consultas pré-natal das adolescentes deste estudo atingiram o número entre quatro e seis. O número mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde é de seis consultas<sup>41</sup>. Além disso, a adesão precoce às consultas, desde o primeiro trimestre, diminui a chance de morbimortalidade materna e do bebê<sup>41</sup>. É sabido que as grávidas adolescentes costumam ter acesso mais inadequado ao pré-natal, tendendo a iniciá-lo mais tardiamente e a ter um menor número de consultas, quando comparadas às adultas<sup>43</sup>.

A duração média da gestação foi a termo (entre 37 e 41 semanas). Esses dados estão em consonância com o tempo-limite do período de gestação indicado pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas

(ACOG) e pela Sociedade de Medicina Materno-Fetal (SMFM)<sup>42,44,45</sup>. Os partos vaginais foram predominantes entre as adolescentes do estado do Pará. Essa via de parto é também mais frequente entre as adolescentes brasileiras (62,9%), especificamente as mineiras (54,7%), uma vez que a probabilidade de prematuridade é menor nessa condição<sup>41,45,46</sup>. Concomitantemente, o peso dos recém-nascidos estava dentro da normalidade, considerado baixo quando menor que 2,5 kg<sup>41</sup>. Cabe destacar que tem sido relatada para o Brasil e outros países maior probabilidade de: parto prematuro em gestante adolescente; recém-nascido com baixo peso; mortalidade materna e do bebê; além de outras intercorrências durante a gravidez<sup>47,48</sup>.

## CONCLUSÃO

A quantidade de nascidos vivos de mães adolescentes do Pará evidencia as dificuldades enfrentadas na educação em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Apesar da fecundidade elevada, as taxas mostraram tendência de declínio em todas as macrorregiões de saúde do estado. Nestas, as adolescentes apresentaram predominantemente entre 8 e 11 anos de estudo, entretanto o tempo escolar entre 4 e 7 anos foi relevante. O estado civil “solteira” foi predominante nas Macrorregiões de Saúde I e II. A cor/raça parda correspondeu ao perfil sociodemográfico do território e corrobora a existência de desigualdades raciais de autonomia reprodutiva.

O acompanhamento pré-natal ficou dentro do limite recomendado, porém as adolescentes residentes nas Macrorregiões de Saúde I e II não realizaram a totalidade de suas consultas. Os dados de 37 a 41 semanas de idade gestacional, parto prevalentemente vaginal e o peso de 3 kg a 3,9 kg do recém-nascido foram considerados satisfatórios para uma gravidez saudável, assim como o desenvolvimento adequado do neonato.

A gravidez precoce em adolescentes é preocupante, pois pode resultar em prejuízos emocionais e socioeconômicos, tais como abandono escolar e impossibilidade de continuação dos estudos, principalmente, no ensino superior, falta de rede de apoio nos cuidados ao bebê, dificuldades na inserção do mercado de trabalho e problemas de saúde mental. Dessa forma, a atenção à saúde das adolescentes grávidas no Pará é suficiente, mas não ideal. Para que haja avanços, são necessárias políticas públicas de saúde que ampliem, qualifiquem e humanizem essa assistência.

A taxa de fecundidade, por apresentar um padrão inversamente proporcional ao nível de escolaridade, pode ser utilizada como um indicador pelos gestores de políticas públicas. Para prevenção e controle dessa condição que interfere nas famílias e no Sistema Único de Saúde, o incremento da educação é prioritário, já que a educação formal vai refletir na saúde sexual e reprodutiva da população.

A ausência de dados atuais no SINASC é apontada como uma limitação desta pesquisa. Isso dificultou a observação do comportamento da gravidez precoce durante o segundo ano da pandemia de COVID-19.

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## REFERÊNCIAS

1. Dechandt MJ, Kluthcovsky ACGC, Pereira BLR, Wosniak EJM. Analysis of adolescent fertility rates and temporal trend in Brazil (2008 to 2017). *Res, Soc Dev* [internet]. 2021;10(6):e19710615664. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15664>.
2. Rosaneli CF, Costa NB, Sutile, VM. Proteção à vida e à saúde da gravidez na adolescência sob o olhar da Bioética. *Physis* [internet]. 2020;30(1):e300114. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300114>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. 132 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf).
4. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 16 jul 1990. Seção 1, p. 1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm).
5. Brasil. Lei n. 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. *Diário Oficial da União, Brasília*, 6 ago 2013. Seção 1, p. 1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2013/lei/112852.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/112852.htm).
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [internet]. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. 233 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica_2ed.pdf).
7. Dias BF, Antoni NM, Vargas D. Perfil clínico e epidemiológico da gravidez na adolescência: um estudo ecológico. *ACM arq catarin med* [internet]. 2020;49(1):10-22. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/596>.
8. Taborda JA, Silva FC, Ulbricht L, Neves EB. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2014;22(1):16-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010004>.

9. Maciel RM, Fagundes TR. Perfil materno de gravidez na adolescência: dados preliminares do ano de 2021 no estado do Paraná. *Res, Soc Dev* [internet]. 2021;10(13):e340101321270. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21270>.
10. Miura PO, Tardivo LSLPC, Barrientos DMS, Egry EY, Macedo CM. Adolescência, gravidez e violência doméstica: condições sociais e projetos de vida. *Rev bras enferm* [internet]. 2020;73(Suppl 1):e20190111. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0111>.
11. Marques TM, Marski BSL, Souza BF, Bonelli MA, Fabbro MRC, Wernet M. Adolescentes grávidas que experienciaram o nascimento prematuro: percepções acerca do cuidado pré-natal. *Esc Anna Nery* [internet]. 2022;26:e2021025373. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0253>.
12. Gutierrez ES, Salla MA, Jesus RA, Sprung LS. Uso de métodos contraceptivos e reincidência gestacional em mulheres adolescentes: uma revisão sistemática. *FEMINA* [internet]. 2021;49(8):494-500. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/10/1342420/femina-2021-498-494-500.pdf>.
13. Assis TSC, Martinelli KG, Gama SGN, Neto ETS. Gravidez na adolescência no Brasil: fatores associados à idade materna. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [internet]. 2021;21(4):1065-1074. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400006>.
14. Nascimento TLC, Teixeira CSS, Anjos MS, Menezes GMS, Costa MCN, Natividade MS. Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo ecológico de agregados espaciais. *Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2021;30(1):e2019533. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100003>.
15. Observatório da Criança e do Adolescente (Fundação Abrinq). *Cenário da Infância e da Adolescência no Brasil* [internet]. 1ª ed. São Paulo: Fundação Abrinq; 2022. 112 p. Disponível em: [https://fadc.org.br/sites/default/files/2022-03/cenario-da-infancia-e-adolescencia-no-brasil-2022\\_0.pdf](https://fadc.org.br/sites/default/files/2022-03/cenario-da-infancia-e-adolescencia-no-brasil-2022_0.pdf).
16. Monteiro DLM, Monteiro IP, Machado MSC, Bruno ZV, Silveira FA, Rehme MFB, *et al.* Trends in teenage pregnancy in Brazil in the last 20 years (2000–2019). *Rev Assoc Med Bras* [internet]. 2021;67(5):759-765. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210265>.
17. Campos FJSS, Silva ABP, Silva DFA, Pinto DS, Cunha KC. Análise dos casos de gravidez na adolescência no estado do Pará, Brasil. *Adolesc Saúde* [internet]. 2020;17(3):96-104. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Katiane-Cunha/publication/349733800\\_Analise\\_dos\\_casos\\_de\\_gravidez\\_na\\_adolescencia\\_no\\_estado\\_do\\_Para\\_Brasil/links/603f89f892851c077f14550d/Analise-dos-casos-de-gravidez-na-adolescencia-no-estado-do-Para-Brasil.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Katiane-Cunha/publication/349733800_Analise_dos_casos_de_gravidez_na_adolescencia_no_estado_do_Para_Brasil/links/603f89f892851c077f14550d/Analise-dos-casos-de-gravidez-na-adolescencia-no-estado-do-Para-Brasil.pdf)
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Área territorial brasileira. Pará; 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama>.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2021. Pará; 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama>.
20. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Fundação João Pinheiro. Radar IDHM: evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017 [internet]. Brasília: IPEA, PNUD, FJP; 2019. 65 p. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9150/1/Radar%20IDHM\\_evolu%C3%A7%C3%A3o%20do%20IDHM%20e%20de%20seus%20%C3%ADndices%20componentes%20no%20per%C3%ADodo.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9150/1/Radar%20IDHM_evolu%C3%A7%C3%A3o%20do%20IDHM%20e%20de%20seus%20%C3%ADndices%20componentes%20no%20per%C3%ADodo.pdf).
21. Brasil. Resolução n. 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*, 26 mar 2018. Seção 1, p. 135.

- Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037\\_26\\_03\\_2018.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20processo%20de,o%20inciso%20I%20do%20art.](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20processo%20de,o%20inciso%20I%20do%20art.)
22. Brasil. Resolução n. 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, 07 dez 2011. Seção I, p. 40. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001\\_29\\_09\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html).
  23. Pará. Resolução n. 140, de 09 de agosto de 2018. Diário Oficial do Estado do Pará, Belém, 20 ago 2018. p. 20-21. Disponível em: <https://cosemspa.org.br/wp-content/uploads/files/documentos/241/res-140-de-09-de-agosto-de-2018-macrorregi-es-.pdf>.
  24. Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2007.
  25. Sousa CR de O, Gomes KRO, Silva KC de O, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Andrade JX, *et al.* Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. Cad saúde colet [internet]. 2018;26(2):160–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800020461>.
  26. Borovac-Pinheiro A, Jesus EAR, Surita FG. Empowering Adolescent Mothers in the Choice of Contraceptive Methods at the Postpartum Period: Avoiding a Subsequent Pregnancy. Rev Bras Ginecol Obstet [internet]. 2019;41(10):607–12. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1697985>.
  27. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc Saúde Colet [internet]. 2018;23(6):1915-1928. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>.
  28. Senderowicz L. “I was obligated to accept”: A qualitative exploration of contraceptive coercion. Soc sci med [internet]. 2019;239:112531. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112531>.
  29. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, *et al.* Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. Lancet [internet]. 2018;391(10140):2642-2692. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9).
  30. Berquó ES, Cavenaghi SM. Notas sobre os diferenciais educacionais e econômicos da fecundidade no Brasil. Rev bras estud popul [internet]. 2014;31(2):471–82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982014000200012>.
  31. Silva GA, Jardim BC, Santos CVB. Excesso de mortalidade no Brasil em tempos de COVID-19. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2020;25(9):3345-3354. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.23642020>.
  32. Oliveira ACJ, Gonçalves ECS, Oliveira GA, Marcolino GJ, Paulino LS, Campos FAO. Saúde reprodutiva feminina no Brasil durante a pandemia da COVID-19: fecundidade, contracepção e pré-natal: uma revisão narrativa. REAS [internet]. 2022;15(3):e9684-e9684. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e9684.2022>.
  33. Piantavinha BB, Machado MS. Conhecimento sobre métodos contraceptivos de adolescentes atendidas em Ambulatório de Ginecologia. Femina [internet]. 2022;50(3):171-7. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1367570/femina-2022-503-171-177.pdf>.
  34. Silva ALR, Nakagawa JTT, Silva MJP. A composição familiar e sua associação com a ocorrência da gravidez na adolescência: estudo caso-controle. Rev Enferm UERJ [internet]. 2020;28:36283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.36283>.
  35. Matos Bezerra T, Matos CC. Impactos da gravidez na adolescência no Brasil. Res, Soc Dev [internet]. 2022;11(5):e39111528381. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsdv11i5.28381>.

36. Chirwa-Kambole E, Svanemyr J, Sandøy I, Hangoma P, Zulu JM. Acceptability of youth clubs focusing on comprehensive sexual and reproductive health education in rural Zambian schools: a case of Central Province. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2020;20(42):1-9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4889-0>.
37. Glynn JR, Sunny BS, DeStavola B, Dube A, Chihana M, Price AJ, *et al.* Early school failure predicts teenage pregnancy and marriage: A large population-based cohort study in northern Malawi. *PLoS ONE* [internet]. 2018;13(5):e0196041. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196041>.
38. Mehra D, Sarkar A, Sreenath P, Behera J, Mehra S. Effectiveness of a community based intervention to delay early marriage, early pregnancy and improve school retention among adolescents in India. *BMC Public Health* [internet]. 2018; 18(732):1-13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5586-3>.
39. Alves TF, Coelho AB, Travassos GF. Fatores que afetam os índices antropométricos infantis: um enfoque nas famílias monoparentais femininas. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2021;26(12):6141-6152. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.32442020>.
40. Honório-França AC, Cardoso APM, França EL, Ferrari CKB. Gestação precoce e reincidência de gestações em adolescentes e mulheres de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. *Rev APS* [internet]. 2013;16(2):129-35. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15111/7983>.
41. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. 318 p. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
42. Spong CY. Defining “term” pregnancy: recommendations from the Defining “Term” Pregnancy Workgroup. *Jama* [internet]. 2013;309(23):2445-2446. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.6235>.
43. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2015;37(3):140–7. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v37n3/v37n3a03.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v37n3/v37n3a03.pdf).
44. American College of Obstetricians and Gynecologists. Definition of term pregnancy. ACOG Committee Opinion n° 579. *Obstet Gynecol* [internet]. 2013;122:1139-40. Available from: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy.pdf>.
45. Santos LAV, Lara MO, Lima RCR, Rocha AF, Rocha EM, Glória JCR, *et al.* História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2018;23(2):617-625. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.10962016>.
46. Gama SGN, Viellas EF, Schilithz AOC, Filha MMT, Carvalho ML de, Gomes KRO, *et al.* Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2014;30(Suppl 1):S117–27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145513>.
47. Tuon RA, Ambrosano GMB, Silva SMCV, Pereira AC. Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2016;32(7):e00107014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00107014>.
48. Grønvik T, Sandøy IF. Complications associated with adolescent childbearing in Sub-Saharan Africa: A systematic literature review and meta-analysis. *PLoS ONE* [internet]. 2018;13(9):e0204327. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204327>.