

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Hilana Aparecida de Oliveira Melo Santos

FATORES ASSOCIADOS À REINCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Goiânia
2018

Hilana Aparecida de Oliveira Melo Santos

FATORES ASSOCIADOS À REINCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção à Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida da Silva Vieira

Goiânia
2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

Hilana Aparecida de Oliveira Melo Santos

FATORES ASSOCIADOS À REINCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Maria Aparecida da Silva Vieira
Presidente da banca e orientadora - PUC Goiás.

Profª Drª Eliane Terezinha Afonso
Membro convidado interno - PUC - Goiás

Profª Drª Márcia Maria de Souza
Membro convidado externo - UFG - Goiás

Profª Drª Ruth Minamisava
Membro Suplente - convidado externo - UFG - Goiás

DEDICATÓRIA

Dedico e agradeço ao nosso poderoso Deus que me conduziu a lugares mais altos do que aqueles que já pude sonhar ou imaginar.

Ao meu amor, amigo e companheiro Carlos que foi suporte em tudo, incentivando e sonhando meus sonhos.

A você princesa Milena, minha inspiração para crescer.

Aos meus pais Aulete e Cleuzete, as bases de tudo que sou hoje, me lançaram como flecha ensinando princípios e caráter de uma mulher de Deus.

Às minhas irmãs Jordana e Lorena, que me fizeram sentir grande e capaz.

À minha orientadora Maria Aparecida Vieira que acreditou em mim, com paciência e loganimidade.

À Madalena Lacerda que me despertou como profissional e ao mestrado.

AGRADECIMENTOS

*A minha gratidão a **DEUS**, por me amar tanto assim... Mesmo sem eu merecer. Por me escolher, por me fazer um milagre: em finalizar esse sonho.*

*Muito obrigada **Carlos**, meu amor, meu príncipe, por tudo mesmo. Com você a caminhada se tornou mais leve, e quando pesava me ajudava ombreando lado a lado. Meu incentivador a sonhar grande, meu companheiro, auxiliando a cuidar da nossa Milena, da casa e de mim.*

*A você minha **Milena**, que mesmo sem entender direito, me incentivou a crescer e a acreditar que podemos ir além quando alguém depende nós. Desculpe, meu amor, pela ausência que às vezes foi inevitável, pelas falhas que tive como mãe neste tempo.*

*Obrigada **Pai**, por me admirar e me olhar com esse amor mesmo sem merecer, por achar que eu sou demais, que tem orgulho de mim, mas na verdade isso é reflexo de seus ensinamentos.*

*Muito obrigada **Mãe**, por orar nos momentos difíceis me ensinando a sonhar grande, por ficar com a Milena várias vezes até mesmo no seu trabalho.*

*Jordana, minha **irmã**, você foi peça fundamental para concretização deste trabalho. Por muitas vezes ficou com a Milena, mesmo trabalhando, sempre diz sim. Pude contar sempre com você quando ninguém podia.*

*Lorena, minha **irmã**, neste período, você me incentivou a não desistir, a olhar para o futuro e principalmente a agradecer o agora. Desculpe por eu não conseguir te ajudar mais com as meninas.*

*Professora **Maria Aparecida da Silva Vieira**, nem sei como agradecer...Por me conduzir com paciência, sem reter todo seu conhecimento e principalmente por pegar na minha mão sempre que precisei. Deus a retribua, pois seu coração é grande e sensível para abençoar.*

RESUMO

SANTOS, H. A. O. M. **Fatores associados à reincidência da gravidez na adolescência**. 2018. 54f. Dissertação – Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Introdução: A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, e ainda mais relevante quando o evento é repetido. Cada gravidez aumenta a probabilidade da adolescente interromper, postergar ou não concluir seus estudos e ter uma profissão. Entender os fatores associados à reincidência da gravidez permitirá conhecer o fenômeno da gravidez em fases precoces da vida. O objetivo do estudo foi analisar os fatores associados à reincidência de gravidez na adolescência. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, cujos dados foram obtidos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Foram identificadas as mães com idade entre 10 e 19 anos que tiveram filhos em 2016, residentes no município de Goiânia, Goiás, Brasil. Para a análise estatística foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Foram calculadas medidas de tendência central e dispersão; realizado Teste Qui-quadrado; razão das chances e intervalo de confiança 95% com nível de significância de 5%. **Resultados:** Em 2016, do total de 20.821 nascidos vivos de mães residentes em Goiânia, 1.402 eram filhos de mães adolescentes, correspondendo a 6,7% (IC95% 14,2-14,7). Dentre estas, 606 tinham histórico de uma ou mais gestações anteriores. A proporção de reincidência de gravidez na adolescência foi de 43,2% (IC95% 40,6- 45,8) e tinham idade entre 13 e 19 anos com média de 18,0±1,1 anos. Destas, 94 (15,5%) tiveram mais de duas gravidezes na adolescência. A amostra foi predominantemente formada por meninas não brancas (83,3%), sem companheiro (61,1%), e 86,2% dos pais eram homens com idade superior a 20 anos. A análise multivariada identificou que a escolaridade manteve associada à reincidência de gestação [OR=7,43 (IC95%1,52-36,37)]. **Conclusões:** O percentual de reincidência da gravidez na adolescência foi elevado. O grau de escolaridade foi associado à gravidez em fase precoce da vida. Os resultados desta investigação poderão proporcionar subsídios norteadores destinados a programas de educação que favoreçam transpor e reduzir os riscos abrangentes a comportamento sexual, por meio de avaliações e intervenções que fortaleçam a prevenção, a contracepção e o sexo seguro, com o objetivo de criar ou fortalecer programas detinados às ações de planejamento e estratégias de um adolescer saudável.

Palavras-chave: Adolescente, Gravidez na adolescência, Reincidência, Epidemiologia.

ABSTRACT

SANTOS, H. A. O. M. **Factors related to the pregnancy recurrence in adolescence.** 2018. 54f. Master's Dissertation - Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia.

Introduction: Pregnancy in adolescence is a complex phenomenon and it is still more relevant when the event is repeated. Each pregnancy reduces the probability of the adolescent complete the studies and to have a profession. It's essential to understand the related factors to the pregnancy recurrence because it will permit them to realize what predispose these girls to get pregnant in so early stages of their lives. The objective of this study was to analyze the related factors to the pregnancy recurrence in adolescence. Method: This is a cross-sectional, population-based study, which data was obtained from the Information System about Live Births (SINASC). Mothers aged between 10 to 19 years old, that were residents in the city of Goiânia, Goiás, Brazil, and had children in 2016 were identified. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used for the statistical analysis. Measures of central tendency and dispersion were calculated; chi-square test was realized; odds ratio and confidence interval of 95% with significance level of 5%. Results: In 2016, the total of 20.821 live births from mothers residents in Goiânia, 1402 were children from adolescents from adolescent mothers, corresponding to 67% (IC95% 14,2-14,7). Among these, 606 had a history of one or more previous pregnancy. The proportion of pregnancy recurrence in adolescence was around 43,2% (IC95% 40,6-45,8%) and aged between 13 to 19 years old with average of 18,0+1,1 years. Among these ones, 94 (15,5%) had more than two pregnancies in adolescence. The sample was mostly composed by non-white girls (83,3%), without partners (61,1%), and 86,2% of the fathers were men aged >20 years old. The multivariate analysis identified that the schooling was associated with the pregnancy recurrence [OR=7,43(IC95% 1,52-36,37)]. Conclusions: The percentage of pregnancy recurrence in adolescence was high. The level of schooling was associated to the pregnancy in an early stage of life. The results of this investigation can provide guiding subsidies for education programs that help to transpose and reduce the broad risks of sexual behavior, through assessments and interventions that strengthen the prevention, contraception and safe sex, with the objective to create or reinforce the programs intended for planning actions and strategies of a healthy youth.

Keywords: Adolescent; Pregnancy in Adolescence; Recurrence; Epidemiology.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Publicações Brasileiras sobre Recorrência da Gravidez na adolescência nos períodos compreendidos entre 2011 e 2017.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DVN	Declaração de nascido vivo
EUA	Estados Unidos da América
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUC-GOIÁS	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i> (Fundo de População das Nações Unidas)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	11
2	INTRODUÇÃO	12
2.1	Aspectos físicos, sociais, culturais da sexualidade na adolescência	13
2.2	Vulnerabilidades na adolescência	17
2.3	Gravidez na adolescência	19
2.4	Reincidência da gravidez na adolescência	22
2.5	Aspectos epidemiológicos da reincidência da gravidez na adolescência e seus determinantes	24
3	OBJETIVO	31
4	MATERIAL E MÉTODO	32
4.1	Desenho e período do estudo	32
4.2	Local e população do estudo	32
4.3	Critérios de inclusão e exclusão	32
4.4	Fontes de dados	32
4.5	Processamento e análise dos dados	33
4.6	Aspectos éticos	33
5	RESULTADOS	34
5.1	Artigo	34
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	46
	ANEXO	53
	ANEXO A – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	54

1 APRESENTAÇÃO

Este estudo integra a linha de pesquisa relacionada à atenção à saúde do adolescente que vem sendo conduzida por pesquisadores do Mestrado em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Esta linha está relacionada também ao cuidado na saúde do adolescente e sua família, cuja finalidade é de compreender o processo saúde e adoecimento, propondo intervenções voltadas para essa fase da vida.

A gravidez na adolescência ainda é um evento comum e de consequências adversas multifacetária nos contingentes sociais, políticos e econômicos.

Neste contexto, algumas meninas mesmo engravidando em fases precoces da vida e vivenciando uma experiência em sua maioria desafiadora, ainda recorrem ao fenômeno.

A reincidência da gravidez na adolescência pode estar associada a diversos fatores. Dentre as condições que favorecem a multigestação nesta faixa etária, as vulnerabilidades sociopolíticas, são aspectos que corroboram para a exposição dessas jovens.

Diante das consequências pessoais e sociais que uma nova gestação acarreta, esta investigação nos despertou interesse em realizar uma análise dos possíveis fatores associados à reincidência da gravidez na adolescência, a qual poderá apontar possibilidades de intervenção destinadas a essa população.

2 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de crescimento e desenvolvimento humano que ocorre entre a infância e a idade adulta (WHO, 1986). Palavra que se deriva do latim *adolescere*, origem dupla *ad* (a, para), *olescer* (crescer); e da palavra “adoecer” (OUTEIRAL, 2003). A primeira origem etimologicamente dá o conceito de indivíduo que atingiu um estágio de desenvolvimento que significa “crescer” ou “crescer até a maturidade”, ou que já se encontra em crescimento (MUSS, 1974; OUTEIRAL, 2003). A segunda origem “adoecer” trata-se de um sujeito que adoecer pelas modificações e enfrentamentos característicos desta fase (OUTEIRAL, 2003).

Neste período, ocorrem muitas transformações no ser humano, dentre elas; as físicas, psíquicas e sociais (OUTEIRAL; CEREZER, 2005; PATTON et al., 2016). É uma fase vital do desenvolvimento em que o indivíduo ingressa na segunda década da vida (CAAMAÑO; CASTRO; ACOSTA, 2015). Trata-se de um momento em que acontecem as maiores modificações, pois a puberdade é a maturação do corpo, e a adolescência é a maturação do ser (PIGOZZI, 2002).

Além das alterações biopsicossociais é um novo ciclo de transição do mundo da infância ao tão desejado mundo adulto (ABERASTURY, 1971; PIGOZZI, 2002; SILVA et al., 2013; NERY et al., 2015). Etapa em que se conquista o chamado pensamento formal que proporciona raciocinar sobre hipóteses e elaborar conclusões a partir delas (OUTEIRAL; CEREZER, 2005).

Esta fase da vida é marcada pelo início da autonomia e independência, bem como da experimentação de novos comportamentos e vivências. Tais transformações devem decorrer de forma mais saudável possível, a fim de evitar malefícios ao adolescente (OUTEIRAL; CEREZER, 2005; MORRIS et al., 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como o período compreendido dos 10 aos 19 anos de idade (WHO, 1986). É subdividida cronologicamente em adolescência inicial/precoce que varia dos 10 aos 14 anos, em média dos 15 aos 16 anos e em tardia dos 17 aos 20 anos de idade (WHO, 1986). O Ministério da Saúde segue as recomendações preconizadas pela OMS para definir o período da adolescência (BRASIL, 2008). No entanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera esta fase dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990). O ECA dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente (Art. 1º) (BRASIL, 1990).

Registros da Organização das Nações Unidas estimam que a população global atualmente esteja em média entre 7,6 bilhões de habitantes e deve crescer para 8,6 bilhões até 2030, a cada ano a população mundial aumenta em 83 milhões de pessoas (ONU, 2017).

Dados da Organização das Nações Unidas sobre o Brasil apontam que existem mais de 51 milhões de jovens com idade entre 15 e 29 anos, o equivalente a 27% da população total; para a faixa etária de 15 a 24 anos, o total supera 34 milhões de pessoas, ou 18% da população aproximadamente (ONU, 2017). Em média, as pessoas entre 10 e 24 anos correspondem a 25% dos seres humanos, e a tendência é de crescimento e em 2050, serão dois bilhões (ONU, 2017).

Em Goiás, conforme população estimada pelo IBGE, no ano de 2017, esse número chegou a 6.778.772 e Goiânia, capital localizada no Centro-Oeste, registrou 1.466.105 habitantes. Com uma estimativa de 105.882 meninas adolescentes de 10 a 19 anos e 67.610 mulheres com idade de 20 a 24 (IBGE, 2017).

O presente estudo considerou a população também definida pela OMS (10 a 19 anos).

2.1 Aspectos físicos, sociais, culturais da sexualidade na adolescência

A pós-modernidade configura como importante as mudanças sociais e culturais que vem acontecendo a partir do século XX em muitas sociedades. É interpretada como uma etapa intermediária entre o “esgotamento” da modernidade e o período que a irá suceder no futuro. Essas intensas mudanças e transformações de paradigmas e valores influenciam também a vida dos adolescentes, proporcionam uma lacuna geracional entre os adultos se comparadas ao comportamento nos dias atuais (OUTEIRAL, 2005). A condição pós-moderna estabeleceu como um todo, uma nova estrutura, um novo conjunto de verdades, paradigmas e valores (OUTEIRAL, 2005).

A adolescência é caracterizada por diversos elementos, tais como: a perda do corpo infantil; a separação progressiva dos pais da infância e da identidade infantil; da resignificação das “narrativas” de self; da reelaboração do narcisismo; da reorganização de novas estruturas e estados mentais; da aquisição de novos níveis

operacionais de pensamento (do concreto ao abstrato) e de novos níveis de comunicação (do não verbal ao verbal) (ABERASTURY, 1971).

Ainda segundo Aberastury, esse período consiste na apropriação do novo corpo; do recrudescimento das fantasias edípicas; da vivência de uma nova etapa do processo de separação-individualização; da construção de novos vínculos com os pais como menor dependência e idealização; a procura de um objeto amoroso; da primazia da zona erótica genital; da definição da escolha profissional dentre outros. Em síntese, a essência de organizar sua identidade se faz necessária nesses aspectos.

Na fase inicial da adolescência, observa-se uma etapa em que começam as mudanças físicas, aceleração repentina do crescimento, o desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias do corpo. As mudanças externas são notáveis e podem ser motivo de ansiedade, bem como euforismo, entusiasmo e orgulho para o indivíduo cujo corpo está sofrendo transformações (TAQUETTE, 2013).

É uma fase marcada por diversos conflitos, com ênfase em sua autoimagem, por se tratar de um período de mudanças físicas em que se sentem vulneráveis e confusos, em relação à sua própria identidade pessoal e sexual. Há um processo de amadurecimento diante do novo corpo que está surgindo e passa a ser muito valorizada principalmente a aparência física (BRETAS et al., 2011).

Nessa fase precoce, é preciso proporcionar um espaço seguro e estimulante, a fim de favorecer essa transformação cognitiva, emocional, sexual e psicológica, com o total apoio da família, da escola e da comunidade. Fornecer informações sobre doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, violência e exploração sexual (RESSEL et al., 2011; TAQUETTE, 2013).

A fase tardia ou final da adolescência, de maneira geral, ocorre entre os 15 e 19 anos de idade e as principais mudanças físicas, normalmente, já ocorreram, embora o corpo ainda se encontre em desenvolvimento. O adolescente adquire maior clareza e confiança em sua própria identidade e opiniões (WHO, 1986).

As meninas, nesse momento final da adolescência, têm maior probabilidade de sofrer consequências negativas para a saúde: tais como depressão, distúrbios alimentares, anorexia, bulimia entre outros. Ansiedades em relação à sua imagem corporal, alimentadas por estereótipos da beleza feminina impostos por fatores

culturais e pelos meios de comunicação atuais (ANDERSON; PIERCE, 2015; UNICEF, 2011).

No século XVII, o comportamento sexual foi influenciado por tradições cristãs e judaicas denominadas pelos desejos humanos como a busca do prazer físico considerando aspectos biológicos, psíquicos e sociais (OUTEIRAL, 2003).

O aspecto sexual, na civilização ocidental, tem raiz do povo Hebreu, obtendo uma herança de seus princípios religiosos, morais e legais. O matrimônio era considerado divino, a mulher precisava se manter virgem até o casamento e tinha enfoque na reprodução e submissão, enquanto que o homem era livre para as relações (PARKER, 1991).

Várias mudanças ocorreram nos últimos anos, no que diz respeito à sexualidade. Paradigmas, tabus e conceitos começam a ser alterados de forma geral entre os adolescentes, ainda que esses também estejam vinculados aos aspectos sociais, clínicos, culturais e emocionais individualmente (SILVA et al., 2013; TAQUETTE, 2013).

A sexualidade é um fenômeno intrínseco do desenvolvimento do indivíduo, faz parte da vida e constitui um dos elementos da personalidade. Algo que se constrói e aprende capaz de interferir no processo de aprendizagem, na saúde mental e física (BRÊTAS et al., 2011). Os relacionamentos, o equilíbrio emocional e a manifestação de sentimentos dependem de uma boa evolução da sexualidade durante as etapas da infância à adolescência (KORENCAN et al., 2017).

Ainda existe uma desigualdade entre o feminino e o masculino, que surge a partir de dinâmicas culturais que estabelecem socialmente uma condição de inferioridade para as meninas, que reproduz os papéis sexuais de acordo com o meio sociocultural em que estão inseridas, em relação aos padrões de conduta pré-estabelecidos pelos pais e sociedade (HEILBORN et al., 2002).

O relacionamento familiar deve ser de diálogo. Quanto ao sexo e à sexualidade deve existir um bom relacionamento, pois o estilo parental autoritário com proibições e regras rígidas pode promover conflitos e conseqüentemente comportamentos de risco. Nesse sentido, alguns jovens afirmam que o estilo democrático de instruções e sem duras proibições promovem responsabilidade, confiança e maior desejo de respeitar seus pais ou tutores (ARRUDA; BURKE, 2013).

O início da atividade sexual é uma etapa normal do desenvolvimento humano. No entanto, a precocidade e a primeira relação sexual são riscos para a gravidez na adolescência não planejada e a desfechos adversos sociais, emocionais e físicos para essas jovens (CAAMAÑO; CASTRO; ACOSTA, 2015; SKINNER et al., 2015).

Esse evento pode estar associado a diversos precursores biológicos, sociais e psicológicos. Como a puberdade precoce, a adversidade da infância, o baixo nível socioeconômico, as relações familiares disfuncionais, a ausência de um pai em casa, o mau ajuste escolar, a depressão, a baixa autoestima, comportamento agressivo e delinquente, a depressão e ansiedade, o envolvimento com drogas e álcool entre outros (SKINNER et al., 2015).

As relações sexuais precoces não protegidas estão associadas ao uso de anticoncepcional inconsistente, múltiplos parceiros e resultados sociais e de saúde negativos, incluindo violência de parceiros, baixa escolaridade, podendo repercutir em gravidez não desejada e em infecção sexualmente transmissível (ANDERSON; PIERCE, 2015; SKINNER et al., 2015).

O início da experiência sexual cada vez mais precoce entre as adolescentes pode acarretar uma gravidez não intencional e, em alguns casos, pode até reincidir a gestação ainda nesse período peculiar da vida (ANDERSON; PIERCE, 2015; CAAMAÑO; CASTRO; ACOSTA, 2015).

No entanto, apesar do pouco conhecimento, existem evidências que mostram que as meninas possuem maior conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva que os meninos. Um estudo de corte transversal conduzido com 2,449 adolescentes de escolas públicas de Goiânia investigou o conhecimento e as fontes de informação sobre saúde sexual e reprodutiva, evidenciando que as adolescentes do sexo feminino apresentaram melhor conhecimento sobre métodos contraceptivos e Infecções Sexualmente Transmissíveis, em relação ao sexo masculino ($p < 0,000$) (OLIVEIRA et al., 2017).

Contudo, pode-se afirmar que a adolescência é uma etapa de intensas modificações. É uma nova geração que vivencia um momento crucial de desenvolvimento, oportunidades, idealismo e esperança, visando buscar sua própria identidade em um contexto de vulnerabilidades.

2.2 Vulnerabilidades na adolescência

A adolescência além de ser uma fase complexa de mudanças envolve também a susceptibilidade às vulnerabilidades, fatores que podem favorecer negativamente o futuro dos jovens (AYRES et al., 2003).

Vulnerabilidade é um termo que institui indivíduos ou grupos fragilizados, jurídica e politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (AYRES et al., 2003). Remete a um termo interdisciplinar aplicável a diferentes campos temáticos, no sentido dessa fragilidade (SEVALHO, 2018).

Etimologicamente, vulnerável refere-se à ferida, dano físico, emocional ou social que metaforicamente se liga ao significado de magoar, ofender, ferir sentimentos ou moral. É um termo utilizado como sinônimo de risco (SEVALHO, 2018), e conceitualmente bem aplicado à saúde (AYRES et al., 2003).

É um conceito mais especificamente aplicado à saúde (AYRES et al., 2003). É o estado de suscetibilidade a danos decorrentes da exposição a tensões associadas à mudança ambiental, social e à ausência de capacidade de adaptação (ADGER, 2006; SEVALHO, 2018). Remete à idéia de fragilidade e dependência vinculada às concepções do estado de bem-estar social de um indivíduo, conectando-se assim à situação dos adolescentes, principalmente aos de menor nível socioeconômico (FONSECA et al., 2013).

A questão social foi suscitada após constatação do distanciamento entre o crescimento econômico e o aumento da pobreza e também a ordem juridicopolítica que reconhecia o direito dos cidadãos e uma ordem econômica que os negava. Isso ocorreu após a revolução industrial gerando profundas transformações econômicas, políticas e sociais na Europa do Século XVIII (CASTEL, 1998).

A vulnerabilidade está disposta em três dimensões: (i) a vulnerabilidade pessoal ou individual, associada ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre problemas e as possibilidades em os transporem por meio de práticas protegidas e protetoras. Como exemplo, aos comportamentos de infectar-se e/ou adoecer, como transmissão do HIV, as relações sexuais desprotegidas, uso de drogas, transfusão sanguínea/vertical etc. Esta dimensão dependerá do grau de informação e da capacidade de elaborá-la, bem como transformar suas práticas; (ii) vulnerabilidade social: no plano social trata-se de aspectos sociopolíticos e culturais combinados, é a obtenção de informações às

possibilidades de metabolizá-las e ao poder de incorporar mudanças práticas, o que depende também dos aspectos: acesso aos meios de comunicação, escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, enfrentamento de barreiras culturais entre outros. Esse fenômeno é compreendido como espelho das condições de bem-estar social, de moradia, acesso a bens e consumo, liberdade de pensamento e expressão; (iii) Pragmática: é quando os recursos sociais para os indivíduos precisam, para não se expor como por exemplo o HIV, se proteger dos seus danos sendo disponibilizados de modo democrático (AYRES et al., 2003).

Pode-se citar também a Institucional: que está associada à existência de políticas e ações organizadas para enfrentar problemas como exemplo a AIDS, podendo ser avaliada pelo compromisso das autoridades, ações propostas e implantadas, coalizão interinstitucional e intersetorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho etc.) (AYRES et al., 2003).

São diversos os tipos de vulnerabilidades susceptíveis na fase da adolescência, entre eles o início precoce da atividade sexual, a exposição ao uso de drogas e violências (ANDERSON; PIERCE, 2015; LOCKE et al., 2015; SKINNER et al., 2015).

A atividade sexual precoce potencializa a vulnerabilidade das adolescentes e tem ocorrido com frequência. Muitas enfrentam pressões por esse fato, tendo como consequências as infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada com reflexos sociais e econômicos negativos sobre elas, suas famílias e comunidades (ATIENZO et al., 2015; KORECAN et al., 2017).

O enfrentamento do novo e dos riscos define esse momento, quando jovens experimentam “comportamentos adultos”. Experiências com o consumo de cigarros, drogas e álcool, frequentemente, são práticas adquiridas e podem seguir por toda a fase final da adolescência e, por muitas vezes, pela vida adulta. (LOCKE et al., 2015; JONAS et al., 2016).

Algumas adolescentes, em situação de vulnerabilidade, tem início de suas atividades sexuais com a prostituição, ou passam a fazer parte do crime organizado, quando usam e traficam drogas, estão longe das escolas, passam por diversos tipos de violência ou vão morar nas ruas. Destacam-se ainda os riscos relacionados à moradia, precariedade da oferta de instituições e serviços públicos e a falta de disponibilidade dos espaços destinados ao lazer (MASSUIA et al., 2010).

Uma rede multicausal pode tornar essas meninas vulneráveis à gravidez na adolescência e dentre elas, destacam-se o contexto socioeconômico, antropológico, o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, o conhecimento e utilização de métodos contraceptivos (MADDEN, 2013).

Uma pessoa pode estar vulnerável em um determinado momento da vida (AYRES et al., 2003). Assim se faz essencial conhecer os possíveis fatores desencadeadores que podem torna-la susceptível, fortalecendo a necessidade de políticas sociais específicas para adolescente em condições de vulnerabilidade.

2.3 Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência é um problema social em todo o mundo, é um desfecho de saúde potencialmente adverso para a mãe e a criança (SKINNER et al., 2015; SECURA et al., 2014). É uma experiência complexa que afeta jovens, seus filhos e suas famílias (ARRUDA; BURKE, 2013). Ao longo das últimas décadas, a taxa de nascimento entre garotas continua a ser um importante problema de saúde pública (SECURA et al., 2014). Considerado como preocupante, tanto obstétrico quanto social (SHRIM et al., 2011).

A gravidez na adolescência pode ser o resultado da falta de informação, conhecimento e prevenção deste evento. Está vinculada a múltiplos fatores, desde a falha nas políticas públicas de ensino até à vivência sexual desprotegida, sem o uso de métodos preventivos por meio de um comportamento de risco que resulta em consequências que comprometem a saúde reprodutiva e o futuro dessas jovens (VIERA et al., 2004; TAQUETE, 2013; ATIENZO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2017).

Além dos custos pessoais, há um impacto econômico e social da gravidez na adolescência. Embora as taxas de natalidade de adolescentes tenham diminuído e as normas sociais tenham promovido uma maior tolerância à idade adulta, a gravidez na adolescência continua a ser um desafio (AZEVEDO et al., 2014; SECURA et al., 2014). É um principal fator contribuinte para um ciclo interminável de problemas de saúde e pobreza no mundo (JONAS et al., 2016).

Tornar-se mãe na juventude é um tema de discussão mundial e um problema sociopolítico (WHO, 2006). Seu estudo contribui efetivamente para o controle das taxas de fecundidade e mortalidade materna e infantil (THAITHAE et al., 2011; SAGILI et al., 2012)

Apesar de o fenômeno da gravidez na adolescência não ser um evento novo, foi somente há algumas décadas que o mesmo foi considerado como um “problema social”, inserido em um quadro de “gravidade” e “risco” que passou a demandar a tomada de ações efetivas (HEILBORN et al., 2002). Até proximadamente meados do século XX, a gravidez na adolescência não era considerada uma questão de saúde pública e também não recebia a atenção de pesquisadores como hoje em dia (DIAS E TEIXEIRA 2010; AZEVEDO et al., 2014).

A fecundidade na adolescência tem sido objeto de estudos, pois grande parte da população é constituída por adolescentes e contribui efetivamente para esse aumento e, conseqüentemente, para a mortalidade materna e infantil, por ser susceptível a complicações (SHRIM et al., 2011). Três em cada dez meninas que engravidam tem menos de 20 anos e uma em cada cinco grávidas são adolescentes (ARRUDA; BURKE, 2013).

Nos Estados Unidos, 82% das gravidezes que ocorrem entre as adolescentes não são planejadas ou desejadas. É o país que têm uma das maiores taxas de gravidez na adolescência e nascimento no mundo industrializado ocidental (FINER; KOST, 2011). A taxa de gravidez na adolescência nos EUA está entre 24% em relação aos maiores países de alta renda, enquanto mais de 50% de todos os nascimentos ocorrem durante a adolescência na África sub-saariana (JONAS et al., 2016).

Um estudo no Canadá informou sobre os resultados adversos entre os recém-nascidos de adolescentes múltiparas na faixa etária de 19 anos, revelando que o risco de parto prematuro foi 4,5 vezes maior e que os riscos de problemas e morte no nascimento foram de 1,8 e 3,8 vezes superior no grupo das adolescentes se comparado ao grupo com idade superior (SHRIM et al., 2011).

A gestação na adolescência continua sendo um grande problema de saúde na Tailândia e outros países de baixa renda. Esse país tem a segunda maior taxa de gravidez na adolescência do mundo, um *ranking* que pode ser devido à degradação ambiental, baixa renda familiar, baixa escolaridade da população e a falta de cuidados e estrutura familiar. Na Tailândia, a prevalência de gravidez na adolescência, menos de 16 anos foi de aproximadamente 9% e 1,6% (TRAISRISILP et al., 2015).

Em países de baixa e média renda, quase 10% das meninas são mães aos 16 anos e as taxas mais elevadas estão na África sub-saariana, no Centro-sul e Sudeste da Ásia (TRAISRISILP et al., 2015).

Alguns fatores estão associados à gravidez na adolescência, dentre os que corroboram, estão em destaque as desigualdades sociais, baixos níveis de escolaridade, baixa renda, cor da pele parda ou preta, desemprego, iniciação sexual precoce e desestrutura familiar (JORGE et al., 2014; JONAS et al., 2016).

O aumento da incidência de gestações, nessa faixa etária, é destacado pela existência de uma enorme “rede multicausal”, tornando as adolescentes vulneráveis a essa situação (SKINNER et al., 2015). Relações sexuais desprotegidas, não usar contraceptivo, uso inconsistente ou incorreto estão entre as razões para uma gravidez não planejada (ARRUDA; BURKE, 2013).

Diferentes investigadores concordam que a iniciação da vida sexual é apontada como destaque em ocorrência da gravidez precoce (SKINNER et al., 2015; JONAS et al., 2016). Comumente não planejada, a gestação ocorre independentemente do conhecimento ou do acesso que se tenha aos métodos contraceptivos, além de existir uma grande lacuna entre o índice de conhecer e o de utilizar, retratando, então, a dificuldade que essas jovens adolescentes apresentam em nortear sua educação reprodutiva (JONAS et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2017).

Um estudo conduzido na Austrália relacionou o comportamento problemático e antissocial da infância a uma previsão de gravidez na adolescência (SKINNER et al., 2015).

Os objetivos sobre os quais se têm debruçado em relação à gravidez precoce retratam o impacto causado a essas jovens, assim como o estado vulnerável nos contextos socioeconômicos; riscos obstétricos/perinatais; aborto inseguro; acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva; conhecimentos e utilização de métodos contraceptivos; questões socioantropológicas de sexualidade e reprodução entre outros fatores (SILVA et al., 2011; NERLANDER et al., 2014). Nesse âmbito, essas mães enfrentam circunstâncias de desafios como alterações psicossociais, conflitos familiares, abandono da escola, pressões financeiras; uniões precoces com seus parceiros e diminuição das perspectivas de trabalho, retratando as principais consequências da maternidade precoce (ASHEER et al., 2014).

Conforme o relatório sobre a Situação da População Mundial em 2013, publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), os principais

desafios da gravidez na adolescência são os graves impactos sobre as meninas em termos de educação, saúde e oportunidades de emprego (UNFPA, 2013). O aumento do risco, em comparação com grávidas adultas, quanto à interrupção da educação, desemprego e o isolamento social, reflete no desenvolvimento físico, psicológico e social (PANTOJA 2013; CAAMAÑO; CASTRO; ACOSTA, 2015).

Instabilidades nas relações conjugais e familiares acabam contribuindo para prejuízos emocionais, geralmente na gravidez indesejada (MACIEL et al., 2012; PHIPPS; NUNES, 2012). A gravidez pode alterar o futuro dessas meninas, visto que sua qualidade de vida é menor que em um adulto nas mesmas condições, especialmente se não houver apoio familiar, social e do pai da criança (CAAMAÑO; CASTRO; ACOSTA, 2015).

No entanto, para o enfrentamento é essencial procurar a superação, vivenciar uma resiliência psicológica, uma capacidade que permita minimizar ou superar o dano imposto pelas adversidades (ARRUDA; BURKE 2013; CAAMAÑO; CASTRO; ACOSTA, 2015).

Comumente não planejada, a gravidez na adolescência em sua maioria gera consequências negativas para mães e filhos. Nesse contexto, essas jovens mães precisam se sentir esperançosas, otimistas e confiantes em sua capacidade de superar através da educação e recursos para novas perspectivas (ARRUDA; BURKE, 2013; PEREIRA; MILÃO; BELASCO, 2013).

2.4 Reincidência da gravidez na adolescência

Os partos entre as adolescentes, apesar de apresentar elevados índices, têm diminuído nos últimos 20 anos (JAMA, 2013). No entanto, novos dados demonstram a necessidade de mais aconselhamento sobre a prevenção da gravidez, uma vez que quase 20% das adolescentes que dão a luz já têm pelo menos um filho (JAMA, 2013).

A preocupação com a gravidez na adolescência vem de longa data, mas a questão da reincidência de gestações, ainda nessa fase da vida, não recebeu, por muito tempo, a mesma atenção (VIELLAS et al., 2012). Trata-se de um evento ainda mais relevante quando é repetido e quando constatadas elevadas taxas de reincidência (JORGE et al., 2014). Estudos evidenciaram que é variável a chance dessas jovens engravidarem novamente no pós-parto dentro de um ano em

diferentes lugares e regiões (MADDEN, 2013; JORGE et al., 2014; ASHEER et al., 2014; ANDERSON; PIERCE, 2015; VIEIRA et al., 2016).

A literatura mundial revela que existem fatores contribuintes à reincidência da gravidez na adolescência que predisõem o evento. Dentre eles destacam-se os comportamentos sexuais de risco, envolvendo o uso inconsistente ou incorreto de contraceptivos, relacionamento com múltiplos parceiros, violência baseada no gênero, desigualdade socioeconômica, saída da casa dos pais, falta de afeto e cuidados familiares, abandono escolar, uso de drogas/substâncias, envolvimento com a criminalidade, vivências positivas ao fato de ser mãe, falha na estrutura dos programas preventivos de saúde entre outros (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012; CHANTRAPANICHKUL E CHAWANPAIBOON, 2013; GOESLING et al., 2013; MADDEN, 2013; JORGE et al., 2014; NERY et al., 2015; JONAS et al., 2016). Assim, a vulnerabilidade social permeia a reincidência de gravidez nessas meninas (UNFPA, 2013).

Uma recente pesquisa retrata que em média 25% das adolescentes parturientes de 15 a 19 anos já têm um filho e, quando a maternidade se inicia precocemente, elas tendem a ter um número maior de filhos durante toda vida reprodutiva (ALBUQUERQUE et al., 2017). O fato mais preocupante é que grande parte dessas mães afirma que a sucessiva gestação não foi planejada (NERY et al., 2011).

A repetição rápida de gravidez (< 24 meses) é comum entre as adolescentes no pós-parto, com uma chance de 50% de engravidar novamente dentro de um ano (MADDEN, 2013). Visto que esse evento é corroborado por diversos resultados socioeconômicos, meninas adolescentes que têm um segundo filho antes da idade de 20 anos têm menor probabilidade de concluir os estudos e alcançar autossuficiência econômica de ingressar no mercado de trabalho (MADDEN, 2013).

Analisando a incidência de gestação de repetição rápida em um estudo entre as adolescentes após os dois anos do primeiro parto, foi constatado um alto índice de meninas que engravidaram novamente nesse período. Destas, em torno de 42,6% têm mais de uma gravidez, com poucas evidências que respondem ao porquê dessa adolescente que já passou pela experiência da maternidade precoce e conhece os métodos de contracepção engravidar novamente (ALBUQUERQUE et al, 2017).

As taxas elevadas de gravidez e reincidência, mesmo em serviços de planejamento familiar especializado, evidenciam que sua redução não depende simplesmente do conhecimento e acesso fácil aos métodos contraceptivos (GOESLING et al., 2013). O aspecto da negligência quanto à contracepção entre as adolescentes com vida sexual ativa as expõe a uma nova gestação dentro de um ano, e o não uso de nenhum método contraceptivo potencializa essa chance de repetição, em média, nove para cada dez adolescentes (NERY et al., 2011; ALBUQUERQUE et al, 2017).

A multiparidade na adolescência é considerada como fator agravante tanto para o aumento da morbidade do binômio mãe-filho como para consequências de ordem social. Esta preocupação é ainda maior quando se constata que a cada nova gravidez diminui a probabilidade de a adolescente continuar ou concluir os estudos e de ter um emprego estável (SILVA et al., 2013; ALBUQUERQUE et al, 2017).

Diante das implicações que a reincidência da gravidez na adolescência pode acarretar, faz-se necessário conhecer, compreender e analisar os possíveis fatores associados a esse fenômeno, a fim de reforçar e desenvolver políticas públicas no contexto e realidade cotidiana de vida dessas garotas por meio de ações de intervenção.

Neste cenário, identificar os possíveis determinantes que predisõem a multigestação na adolescência é crucial para as políticas públicas. Assim, intervir nesse importante e preocupante evento possibilita nortear melhor o planejamento das estratégias educacionais, de saúde e socioeconômicas que representam o caminho de intervenções apropriadas para preparar essas jovens meninas para um futuro mais seguro e com melhores oportunidades.

2.5 Aspectos epidemiológicos da reincidência da gravidez na adolescência e seus determinantes

Globalmente, quase 16 milhões de meninas com idade entre 15 e 19 anos têm a possibilidade de engravidar a cada ano, e cerca de 2,5 milhões desses nascimentos ocorrem em idade inferior a 16 anos (WHO, 2018). Isto é, cerca de 11% de todos os nascimentos, em todo o mundo, ocorrem na adolescência (WHO, 2018). Uma em cada cinco adolescentes que dão a luz já tem um filho (VOELKER, 2013).

As evidências têm mostrado que três em cada dez mulheres jovens têm um filho antes da idade de 20 anos e cinco delas irá passar por uma subsequente gravidez ainda na fase da adolescência (ASHEER et al., 2014).

Um estudo no Canadá informou sobre os resultados adversos entre os recém-nascidos de adolescentes múltiparas na faixa etária de 19 anos ou mais jovens. Os resultados deste estudo mostraram um risco de 4,5 vezes maior de parto prematuro entre as adolescentes e de morte no nascimento que variaram de 1,8 a 3,8 vezes maior no grupo das adolescentes se comparado com o grupo das mães não adolescentes (SHRIM et al., 2011).

No Brasil, entre os determinantes para a reincidência de gestação foram identificados: baixa escolaridade, baixa renda familiar, cor da pele preta ou parda, menarca precoce, coitarca < 15 anos, envolvimento com parceiro mais velho, longo tempo de relacionamento ou mudança de parceiro (JORGE et al., 2014; NERY et al., 2014; ZACHI et al., 2017).

A repetição de uma ou mais gestações na adolescência pode estar associada à baixa escolaridade ou evasão, quanto menor nível escolar maior a chance de gravidez. Adolescentes que engravidam outra vez, geralmente, estudaram menos de oito anos, apresentam, assim, maiores riscos de engravidar em relação às que estudaram mais. Isso reforça a associação de recidiva à gravidez vinculada com o grau de instrução, gerando assim um aumento do percentual de adolescentes fora da escola (JORGE et al., 2014; SKINNER et al., 2015).

Ao comparar as características socioeconômicas, socioculturais e familiares, foi observado que as recorrentes gestantes apresentam maiores chances de ter estudado menos, de ter pais separados, iniciam a vida sexual mais cedo, procuram menos o serviço de saúde antes da primeira relação sexual e fazem menos uso de preservativo (masculino) (JORGE et al., 2014; ANDERSON; PIERCE, 2015; SKINNER et al., 2015).

Por outro lado, as adolescentes que mudam de companheiro engravidam com maior frequência, apresentam maior risco de uma nova gravidez. Quando estas encontram um novo parceiro acabam tendo maior chance de uma nova gestação, ao contrário de quando permanecem com o mesmo parceiro, pai de seu primeiro filho. Portanto, há uma maior frequência de nova gravidez entre as solteiras com companheiro, ou seja, que só namoram, mas não moram juntos (ANDERSON; PIERCE, 2015).

A gravidez indesejada pode desempenhar um papel substancial no aumento do risco de resultados maternos e neonatais adversos associados à gravidez e sua recorrência na adolescência (PHIPPS; NUNES, 2012). Existem riscos durante o parto, relacionados à suposta imaturidade anátomo-fisiológica da qual decorrem outros problemas de saúde como uma maior incidência de baixo peso da criança ao nascer e/ou prematuridade (SHRIM et al., 2011).

Outros resultados adversos da recorrência da gravidez na adolescência podem estar relacionados com parto prematuro (idade gestacional < 37 semanas); baixo peso ao nascer; complicações na gravidez; complicações no parto cirúrgico; distócias de parto vaginal (vácuo e fórceps); hipertensão, pré-eclampsia; diabetes gestacional; ruptura prematura de membranas ou aborto espontâneo (PHIPPS; NUNES, 2012). Setenta mil adolescentes morrem anualmente de complicações obstétricas e um milhão de crianças nascidas de mães adolescentes morrem antes da idade de um ano (SHRIM et al., 2011).

O risco relacionado ao aborto assume destaque quando associado à ideia de rejeição pela gravidez, uma prática frequente entre elas. Por outro lado, o uso de contraceptivos hormonais de longa duração, nível de escolaridade compatível com a idade, relacionamentos estáveis e melhores perspectivas de vida são destacados como fatores de proteção para essas adolescentes (ARRUDA; BURKE, 2013).

A tabela 1 apresenta um resumo dos principais estudos brasileiros sobre a recorrência da gravidez na adolescência publicados entre 2011 e 2017. Observa-se que a prevalência de recorrência da gravidez na adolescência foi identificada somente em três estudos. E, apenas seis estudos conduzidos nas regiões Sudeste (n=3) e região Norte (n=3) identificaram os fatores associados à reincidência da gravidez na adolescência no Brasil, indicando que ainda existe uma lacuna na literatura.

Tabela 1 – Publicações Brasileiras sobre Recorrência da Gravidez na adolescência nos períodos compreendidos entre 2011 e 2017

Autor, Ano, Local	População N	Faixa etária (anos)	Método	Objetivos	Prevalência de Gravidez (%)	Prevalência de Reincidência de Gravidez (%)	Fatores de Risco/ Associados à Reincidência de Gravidez	Principais Resultados
BRÊTAS et al., 2011 São Paulo	920	12 e 19	Descritivo	Identificar aspectos da sexualidade de adolescentes de ambos os sexos	-	-	-	Equivalência entre garotas e rapazes com relação à busca de informações sobre sexualidade; 39% dos rapazes e 17% das garotas tinham prática sexual, destes, 77% dos rapazes e 84% das garotas utilizavam preservativo
NERY et al., 2011 Teresina	464	15 a 19	Descritivo	Analisar os fatores sócio-econômico-cultural e obstétrico da reincidência de gravidez na adolescência.	-	-	-	Destas, 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.
SILVA et al., 2011 Rio de Janeiro	14.816	10 a 19	Transversal	Descrever o perfil de adolescentes que tiveram filhos nascidos e identificar fatores associados à gravidez a partir dos dados do Sinasc.	-	29,2	Idade 15-19 Não realizar pré-natal Escolaridade <4 anos Ocupação dona de Casa	Jovens com mais de 15 anos apresentam uma prevalência 5,42 vezes maiores de gravidez recorrente quando comparadas com aquelas de 10-14 anos.
MACIEL et al., 2012 Caruaru	10.653	10 a 19	Transversal	Comparar características maternas das mães adolescentes e dados sobre seus recém nascidos em relação as mães adultas.	-	-	Sem companheiro Prematuridade Baixo peso ao nascer Âpgar no 5º minuto ≤ 7 Consultas de pré-natal	Altos percentuais de parto se comparado a países desenvolvidos, predomínio de mães solteiras, inadequações no pré-natal, predomínio de parto vaginal.
SILVA et al., 2013 Recife	90	15 a 19	Caso-controle	Identificar fatores associados à recorrência de gravidez em adolescentes.	-	-	Coitarca < 15a Idade da 1ª gestação < 16a Mudança de parceiro Não cuidar dos filhos Renda familiar < SM	A recorrência de gravidez na adolescência foi associada a fatores reprodutivos e socioeconômicos. A mudança de parceiro foi fator de proteção.
JORGE et al., 2014 Rio de Janeiro	168	18 a 19	Caso- controle	Identificar fatores associados a ocorrência de gravidez no final da adolescência, usuárias do Sistema Único de Saúde.	-	-	Baixa escolaridade País separados Iniciação sexual precoce Longo tempo de relacionamento.	A vulnerabilidade a que as adolescentes estão expostas, apontando a importância de Políticas Públicas voltadas para esta faixa etária.

ALBUQUERQUE et al., 2017 Caruaru	204	10 a19	Transversal	Determinar a prevalência e fatores associados a gravidez de repetição rápida.	-	42,6	Não uso de métodos contraceptivos e não planejamento da gravidez anterior	Foi elevado o percentual de rápida repetição. Não usar contraceptivos aumentou as chances e não realizar planejamento da gestação diminuiu as chances de engravidar novamente sem programação prévia.
ZACHI et al., 2017 Sul	112		Coorte	Determinar a recorrência da gravidez entre adolescentes e jovens no extremo sul do Brasil e identificar os fatores associados	-	53,6	O nível de educação, não estar na escola, transição de notas e renda.	A recorrência da gravidez na adolescência representa a falta de inserção no mercado de trabalho criando um círculo de desigualdade social.

N: número; Sinasc: Sindicato dos Agentes de Saúde e Endemias No estado do Ceará; 15^a: quinze anos de idade; 16^a: dezesseis anos de idade; SM: Salário mínimo

Portanto, ainda são escassos os trabalhos sobre reincidência de gravidez na adolescência, o que dificulta inclusive, o conhecimento da sua frequência e principalmente as implicações que podem acarretar às adolescentes. Compreender os fatores da repetição é fundamental para o desenvolvimento de intervenções adequadas.

3 OBJETIVO

- Analisar os fatores associados à reincidência da gravidez na adolescência.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Desenho e período do estudo

Estudo transversal, onde foram utilizadas informações obtidas do sistema de declaração de nascidos vivos (SINASC), de mães com idade entre 10 e 19 anos residentes no município de Goiânia, Goiás no ano de 2016. Estudo de base populacional.

4.2 Local e população do estudo

O estudo foi realizado no Município de Goiânia, capital de Goiás, localizado no planalto Central do Brasil. O município possui 733,116 km² de área territorial e está dividido em doze regiões. A população do estudo foi composta por mães adolescentes com idade entre 10 a 19 anos, residentes no município de Goiânia, no ano de 2016. Foi escolhido o ano de 2016 por se tratar de base mais recente em relação à data do estudo.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram consideradas como critério de inclusão, mães com idade entre 10 a 19 anos residente no município de Goiânia, Goiás. E como critério de exclusão, foram mães que pariram em Goiânia, mas que residem em outro município.

4.4 Fonte de dados

A fonte de dados secundária foi o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do município de Goiânia, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para o presente estudo, a variável de desfecho foi à reincidência de gravidez em adolescentes com idade entre 10 a 19 anos. Foi considerada reincidência de gravidez na adolescência quando no campo “número de filhos tidos em gestação anteriores” da declaração de nascido vivo (DNV) que havia o registro pelo menos um filho tido anteriormente, vivo ou morto. A população de referência para o presente

estudo (grupo de comparação) foram mulheres jovens com idade entre 20 a 24 anos que não apresentaram histórico de gravidez anterior.

Foram consideradas variáveis de exposição: *dados maternos*: (i) idade da mãe (10 a 19 anos); (ii) raça (branca e não branca); (iii) escolaridade (<7 e \geq 8 anos); (iv) situação conjugal (com e sem companheiro); (v) idade do pai (\leq 19 e >20); (vi) idade gestacional (\leq 36 e >37 semanas); (vii) número de consultas e pré-natal (< 6 e \geq 6); (viii) tipo de parto (vaginal e cesáreo). *Dados do recém-nascido (RN)*: (i) índice Apgar no 1º minuto (<7 e \geq 7); (ii) índice Apgar no 5º minuto (<7 e \geq 7); (iii) peso ao nascer (< 2500 e \geq 2500g); (iv) anomalia identificada (sim e não).

4.5 Processamento e análise dos dados

As análises estatísticas do banco de dados de nascidos vivos (SINASC) foram realizadas utilizando o pacote estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22, em plataforma Windows. Foram utilizados procedimentos da estatística descritiva, com medidas de tendência central (frequências simples e média \pm desvio padrão). A proporção de recorrência da gravidez na adolescência foi estimada considerando o número de mães tinham histórico de uma ou mais gestações anteriores no numerador e o número de nascidos vivos de mães adolescentes no denominador.

As diferenças entre proporções foram avaliadas pelo Teste Qui-quadrado. Foram calculadas a Razão das Chances (“Odds Ratios” - OR) e intervalo de confiança 95% (IC 95%). O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. As variáveis independentes com valor de $p \leq 0,20$ nas análises bivariáveis foram selecionadas para análise múltipla e incluídas no modelo de regressão logística binomial. Foi considerado nível de significância estatística de 5%.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo utilizou apenas dados secundários de domínio público. Assim, o mesmo não foi submetido a um Comitê de Ética.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados na forma de artigo a ser submetido para publicação em periódico nacional.

5.1. Artigo

Artigo: Fatores associados à reincidência da gravidez na adolescência

Autor: Hilana Aparecida de Oliveira Melo Santos

Resumo

OBJETIVO: Analisar os fatores associados à reincidência de gravidez na adolescência e caracterizar o perfil das mães reincidentes na adolescência. **MATERIAL E MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, cujos dados foram obtidos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Foram identificadas todas as mães com idade entre 10 a 19 anos, que tiveram filhos no ano de 2016 residentes no município de Goiânia (GO) e reacionadas variáveis de estudo. Para a análise estatística foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Calculadas medidas de tendência central e dispersão; Realizado Teste Qui-quadrado; Razão das Chances e intervalo de confiança 95% com nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** No ano de 2016, do total de 20.821 nascidos vivos de mães residentes no município de Goiânia, 6,7% (IC95% 6,4-7,1), eram filhos de mães adolescentes com idade entre 13 a 19 anos (média= 18,0±1,1 anos). A proporção de reincidência de gravidez na adolescência no município foi de 43,2%. As adolescentes que reincidiram na gravidez tinham idade entre 13 a 19 anos (média= 18,0±1,1 anos). A maioria das mães adolescentes era não branca (83,3%) e estavam sem companheiro (70,1%). A análise multivariada identificou que a escolaridade (OR=7,43; IC95% 1,52-36,37) foi associada à reincidência da gravidez na adolescência. **CONCLUSÃO:** O presente estudo identificou que a escolaridade está associada à reincidência de gravidez na adolescência. Os resultados desta investigação poderão proporcionar subsídios para ações de planejamento e estratégias para uma redução do fenômeno na adolescência.

Palavras-chave: Adolescente, Gravidez na adolescência, Reincidência, Epidemiologia.

Abstract

OBJECTIVE: To analyze the factors associated with recidivism in adolescence and to characterize the profile of recidivist mothers in adolescence. **MATERIAL AND METHOD:** This is a cross-sectional, population-based study whose data were obtained from the Live Birth Information System (SINASC). We identified all mothers aged 10 to 19 years, who had children in 2016 living in the city of Goiânia (GO). The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used for the statistical analysis. Calculated measures of central tendency and dispersion; Performed Chi-square test; Reason for Chances and 95% confidence interval with significance level of 5%. **RESULTS:** In the year 2016, of the total of 20,821 live births of mothers residing in the city of Goiânia, 6.7% (95% CI 6.4-7.1) were the children of

adolescent mothers. These mothers were aged between 13 and 19 years (mean = 18.0 ± 1.1 years). The proportion of recidivism of teenage pregnancy in the municipality was 43.2%. The adolescents who rejoined during pregnancy were aged between 13 and 19 years (mean = 18.0 ± 1.1 years). The majority of adolescent mothers were non-white (83.3%) and had no partner (70.1%). The multivariate analysis identified that schooling (OR = 7.43, 95% CI 1.52-36.37) was associated with a recurrence of pregnancy in adolescence. **CONCLUSION:** The present study identified that schooling is associated with recidivism of pregnancy in adolescence. The results of this research may provide support for planning actions and strategies for healthy adolescents.

Keywords: Adolescent, Adolescent pregnancy, Recurrence, Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência não é um fenômeno novo no Brasil, constituindo um problema social e de saúde pública em todo o mundo⁽¹⁻⁵⁾, sendo maiores os índices em países de baixa renda^(6,7).

No último século houve redefinições sociais acerca das expectativas da gravidez em fases precoces da vida, uma vez que durante muito tempo a adolescência era o momento ideal para a maternidade⁽⁸⁾ e hoje é considerada razão de oportunidades perdidas de estudo e trabalho^(2,9).

As jovens nessa faixa etária têm iniciado uma vida sexual cada vez mais precoce, o que tem refletido nos altos índices de gravidez^(10,11), podendo trazer complicações para a mãe e o recém-nascido⁽¹³⁾. Um estudo conduzido pela OMS identificou que era quatro vezes maior o risco de morte materna para adolescentes grávidas menores de 16 anos com aumento de 50% na incidência de morte neonatal⁽¹⁴⁾.

No Brasil, o Programa Saúde do Adolescente Política nacional de atenção aos adolescentes e jovens (PROSAD), instituído pelo Ministério da Saúde em 1989, estabeleceu normativas para atenção integral desta população, buscando a integralidade das ações com enfoque preventivo, multiprofissional e interinstitucional, tendo como uma de suas prioridades a assistência à sexualidade e saúde reprodutiva⁽¹⁵⁾. No entanto, a Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde, realizada em 2015, apontou que das adolescentes que haviam tido relação sexual, 9,0% disseram já ter engravidado, com maior proporção entre as meninas de escolas públicas (9,4%) do que entre as da rede privada (3,5%)⁽¹⁶⁾. Outros investigadores registraram que desde a última década há 68 nascimentos por 1.000 mulheres entre idades de 15-19 anos, um evento comum em áreas menos desenvolvidas⁽¹⁷⁾.

Comumente não planejada, a gravidez ocorre independentemente do conhecimento ou do acesso que se tenha aos métodos contraceptivos e repete-se muitas vezes ainda nessa

mesma população^(18,19). A repetição da gravidez é comum entre as adolescentes no pós-parto, com uma chance de 49% de engravidar novamente dentro de um ano⁽²⁰⁾. A taxa de reincidência pode chegar a 50% no segundo ano pós-parto subsequente, o que caracteriza um fato preocupante, mesmo após as inúmeras consequências vivenciadas previamente nesse contexto por essas jovens⁽²¹⁾.

Existe uma variabilidade nas taxas de recorrência de gravidez na adolescência identificadas nos estudos, variando de 35,0% nos Estados Unidos⁽²²⁾, 17,3% na Alemanha⁽²²⁾ e 17,6% na África do Sul⁽²³⁾. No Brasil, também há resultados heterogêneos sobre a recorrência da gravidez na adolescência, variando de acordo com a região estudada. No estado do Ceará, a taxa foi 61,0 % de nova gestação após cinco anos do primeiro parto⁽¹²⁾ e na capital do Piauí foi 25,9% de reincidência de gravidez no período de dois anos⁽²⁴⁾. No Rio de Janeiro (RJ) 31,4% apresentaram histórico de gestação anterior⁽²⁵⁾ e, em uma cidade do sul do Brasil (Rio Grande- RS), a taxa de recorrência da gravidez foi de 53,6%⁽²⁶⁾.

Existe uma rede multicausal que torna as adolescentes vulneráveis à reincidência da gravidez⁽²¹⁾. Dentre as vulnerabilidades, destacam-se o contexto socioeconômico; antropológico; ausência de suporte familiar, acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva; conhecimento e utilização de métodos contraceptivos^(10,20,27,28) o que torna essencial conhecê-los a fim de minimizar esta problemática.

Há também uma discussão sobre os desfechos desfavoráveis dos intervalos curtos da recorrência da gravidez na adolescência, ou seja, uma nova gravidez ocorrendo dentro de um intervalo de nascimento de até 24 meses^(9,29,30). A chance de uma segunda gravidez entre as mães adolescentes é maior que a probabilidade de um primeiro parto entre as adolescentes que ainda não tiveram um filho⁽³¹⁾. Outros investigadores identificaram riscos associados com pequenos intervalos de gravidez recorrente tanto para a mãe como para o recém-nascido, como o parto prematuro, baixo peso ao nascer e pré-eclâmpsia^(6,32,33), tornando a prevenção dos intervalos curtos de recorrência uma prioridade de saúde pública.

No Brasil, ainda são escassos os estudos de base populacional que incluem todas as adolescentes que tiveram reincidência de gravidez na adolescência. Neste cenário, o presente estudo propôs identificar e analisar os possíveis fatores associados à reincidência da gravidez na adolescência, com vista a subsidiar as ações de planejamento e estratégias que visem a redução desse fenômeno.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal de base populacional, onde foram utilizadas informações obtidas do sistema de declaração de nascidos vivos (SINASC), de filhos de mães com idade entre 10 e 19 anos. O estudo foi realizado no Município de Goiânia, capital de Goiás, localizado no planalto Central do Brasil. O município possui 733,116 km² de área territorial e está dividido em doze regiões. A população do estudo foi composta por mães adolescentes com idade entre 10 a 19 anos, residentes no município de Goiânia, no ano de 2016.

Foram consideradas como critério de inclusão, mães com idade entre 10 e 19 anos residente no município de Goiânia, Goiás. E como critério de exclusão foram as mães que tiveram filhos em Goiânia, mas que residem em outro município.

Foram selecionadas variáveis de exposição da D.N (declaração de nascido vivo) documento base do SINASC. A variável de desfecho foi a reincidência de gravidez na adolescência de mães com idade entre 10 a 19 anos. É definido neste estudo, como a adolescente ter mais de uma gestação antes de completar 20 anos, com RN (recém-nascido) vivo ou morto. A população de referência para o presente estudo (grupo de comparação) foram mulheres jovens com idade entre 20 a 24 anos que não apresentaram histórico de gravidez anterior.

Foram consideradas variáveis de exposição: dados maternos- (i) idade da mãe (10 a 19 anos); (ii) raça (branca e não branca); (iii) escolaridade (< 7 e ≥ 8 anos); (iv) situação conjugal (com e sem companheiro); (v) idade do pai (≤ 19 e > 20); (vi) idade gestacional (≤ 36 e ≥ 37 semanas); (vii) número de consultas e pré-natal (< 6 e ≥ 6); (viii) tipo de parto (vaginal e cesáreo). Dados do recém-nascido (RN) - (i) índice Apgar no 1º minuto (< 7 e ≥ 7); (ii) índice Apgar no 5º minuto (< 7 e ≥ 7); (iii) peso ao nascer (< 2500 e ≥ 2500 g); (iv) anomalia congênita (sim e não).

PROCESSAMENTO DOS DADOS

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o pacote estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22, em plataforma Windows. Foram utilizados procedimentos da estatística descritiva, com medidas de tendência central (frequências simples e média \pm desvio padrão). A proporção de recorrência da gravidez na adolescência foi estimada considerando o número de mães que tinham histórico de uma ou mais gestações anteriores no numerador e o número de mães adolescentes com filhos nascidos vivos com idade entre dez a dezenove anos no denominador.

As diferenças entre proporções foram avaliadas pelo Teste Qui-quadrado. Foram calculadas a Razão das Chances (“Odds Ratios” - OR) e intervalo de confiança 95% (IC 95%). O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. As variáveis independentes com valor de $p \leq 0,20$, nas análises bivariáveis foram selecionadas para análise múltipla e incluídas no modelo de regressão logística binomial. Foi considerado nível de significância estatística de 5%.

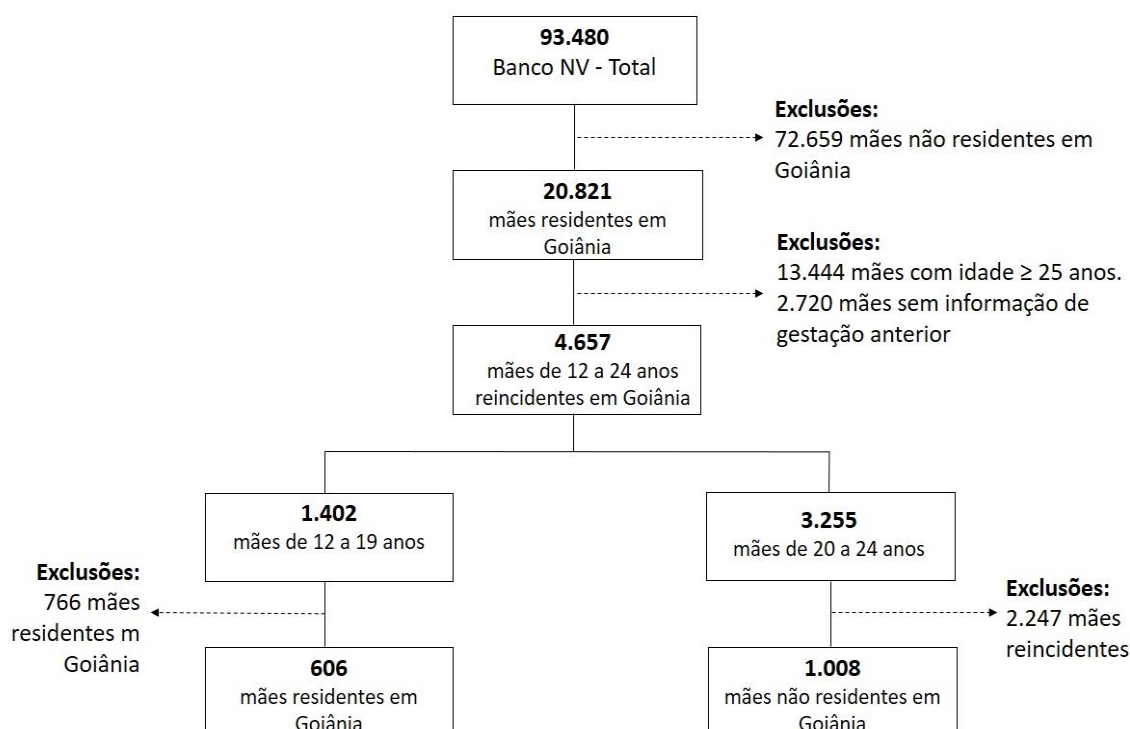
O presente estudo utilizou apenas dados secundários de domínio público. Assim, o mesmo não foi submetido a um Comitê de Ética.

RESULTADOS

No ano de 2016, do total de 20.821 nascidos vivos de mães residentes no município de Goiânia 1402 eram filhos de mães adolescentes, correspondendo a 6,7% (IC95% 6,4-7,1). Dentre estas, 606 tinham histórico de uma ou mais gestações anteriores. A proporção de reincidência de gravidez na adolescência no município foi de 43,2% (606/1402) [IC95% 40,6-45,8] e tinham idade entre 13 a 19 anos com média de $18,0 \pm 1,1$ anos. Destas, 94 (15,5%) tiveram anteriores gravidezes na adolescência.

A figura 1 apresenta as etapas do processo de inclusão e exclusões da base de dados do SINASC para se chegar à população do estudo. A população de referência para o presente estudo foram mulheres jovens com idade entre 20 a 24 anos que não apresentaram histórico de gravidez anterior.

Figura 1 - Fluxograma SINASC, Brasil, 2016.



As características das adolescentes e jovens, bem como os fatores associados à reincidência da gravidez estão apresentadas na tabela 1. Em relação às características das adolescentes, observa-se que a base populacional foi predominantemente formada por meninas não brancas (83,3%), sem companheiro (70,1%), e 87,5% dos pais eram homens adultos. E, 41,1% das adolescentes tinham baixa escolaridade.

Na análise bivariada identificou-se que a escolaridade, raça, situação conjugal, idade do pai, idade gestacional, número de consultas no pré-natal e tipo de parto foram associados à reincidência da gravidez na adolescência (Tabela 1).

Tabela 1. Características socioeconômicas e fatores associados à reincidência da gravidez na adolescência no município de Goiânia, Brasil, 2016

Variáveis	Reincidentes de gestação (adolescentes 13-19 anos) N=606		Não reincidentes de gestação (20-24 anos) N=1008		OR bruto	IC	p
	N	%	N	%			
	Escolaridade da mãe (anos)						
0-7	248	41,1	59	5,9	11,1	(8,14-15,11)	< ,000
> 8	355	58,9	937	94,1	1		
Raça							
Não branca	335	83,3	578	74,1	1,7	(1,65-2,02)	< ,000
Branca	67	16,7	202	25,9	1		
Situação conjugal							
Sem companheiro	405	70,1	524	52,7	2,1	(1,69-2,60)	< ,000
Com companheiro	173	29,9	470	47,3	1		
Idade do pai (anos)							
≤ 19	8	12,5	7	2,7	5,2	(1,83-15,06)	< ,001
≥ 20	56	87,5	257	97,3	1		
Idade Gestacional (semanas)							
≤ 36	89	15,2	84	8,6	1,9	(1,38-2,61)	< ,000
≥ 37	498	84,8	894	91,4	1		
Nº de consultas pré-natal							
< 6 consultas	363	60,2	272	27	3,29	(3,05-3,56)	< ,000
≥ 6 consultas	240	39,8	735	73	1		
Tipo parto							
Cesáreo	302	50	676	67,3	0,48	(0,40-0,60)	< ,000
Vaginal	302	50	329	32,7	1		
Apgar 1º minuto							
< 7	79	13,2	142	14,2	0,92	(0,69-1,24)	0,601
≥ 7	519	86,8	860	85,8	1		
Apgar 5º minuto							
< 7	10	1,7	13	1,3	1,29	(0,56-2,96)	0,525
≥ 7	589	98,3	989	98,7	1		
Peso ao nascer (Kg)							
< 2500	56	9,2	76	7,5	1,25	(0,87-1,79)	0,260

≥ 2500	550	90,8	932	92,5	1		
Anomalia congênita							
Sim	2	0,4	8	0,9	0,39	(0,08-1,85)	0,332
Não	567	99,6	887	99,1	1		

No modelo final da análise da regressão logística apenas a escolaridade das adolescentes manteve associadas ao desfecho (reincidência de gestação). (Tabela 2).

Tabela 2. Análise de regressão logística múltipla dos fatores associados à reincidência da gravidez na adolescência no município de Goiânia, Brasil, 2016

Variáveis	OR ajustado	IC	P
Escolaridade da mãe	7,43	(1,52 – 36,37)	< 0,013
Raça	1,73	(0,71 – 4,25)	< 0,230
Situação conjugal	1,16	(0,50 – 2,69)	< 0,723
Idade do pai	3,12	(0,60-16,15)	< 0,0174
Idade Gestacional	2,20	(0,72- 6,72)	< 0,165
Número de consultas	2,24	(0,90-5,56)	< 0,083
Tipo parto	2,11	(0,67 – 6,63)	< 0,200

DISCUSSÃO

O presente estudo relata os fatores associados à reincidência da gravidez na adolescência quando comparados com mulheres jovens primigestas com idade entre 20 a 24 anos (população de referência). O perfil predominante das adolescentes que tiveram gravidez recorrente neste estudo foi o de adolescentes não brancas, solteiras e com baixa escolaridade confirmando os achados que identificam as desigualdades sociais no Brasil.

No presente estudo, a proporção de gravidez recorrente encontrada no município de Goiânia foi de 43,2%. Existe contraste em várias regiões do mundo referentes à prevalência de recorrência de gestação na adolescência variando de 17,3% na Alemanha⁽³¹⁾, 17,6% na África do Sul, e de 31,5% nos Estados Unidos⁽¹¹⁾.

No Brasil, também existe uma variabilidade de resultados. Um estudo conduzido na cidade de Teresina no Piauí, com adolescentes de 17 a 19 anos encontrou um menor percentual de gestações sucessivas (25,4%) aos achados desta investigação⁽²⁴⁾ e, percentuais de 35,4% em cinco municípios no interior⁽²⁴⁾. Outra investigação realizada no município do Rio de Janeiro também encontrou taxas de gravidez recorrente de 31,4%⁽²⁵⁾. Estudos conduzidos no sul do país têm encontrados altas taxas de gravidez recorrentes. Em uma cidade localizada no extremo sul do Brasil, numa investigação que incluíram adolescentes e mulheres jovens (17-24 anos) encontrou uma alta taxa de recorrência de gravidez (53.6%)⁽²⁶⁾.

A baixa escolaridade foi associada à reincidência de gravidez na adolescência nesta investigação. Este achado é corroborado por outros estudos, que mostra que a baixa escolaridade ou a falta da mesma podem estar dentre os principais fatores preditores à multigestações na adolescência ^(9, 10, 11, 23, 26, 34).

Um estudo conduzido nos Estados Unidos, com adolescentes de 13 a 19 anos, identificou que meninas que recorreram na gestação tinham baixa escolaridade ⁽¹¹⁾. Estudos nacionais robustecem esta afirmação, uma vez que jovens que não estudam ou que abandonam a escola no final da gravidez podem ter três vezes mais chances de ter outro filho comparado às jovens que permanecem em sua graduação ⁽²⁴⁾.

A baixa escolaridade e o abandono precoce dos estudos diminuem a autonomia das adolescentes para preservar-se de uma gravidez subsequente ^(9;26). Outro fator importante é o acesso à assistência à criança durante o horário escolar, geralmente fornecido por mães e avós maternas ^(23;35). Sem este suporte da família, é difícil a volta da mãe à escola. Por outro lado, quanto menor o nível de escolaridade materna, maiores serão as possibilidades de desfechos negativos ao binômio mãe e filho ⁽²⁵⁾.

Por fim, cabe destacar que o distanciamento da escola, de planos para o futuro e da carreira profissional, o cuidar dos filhos e constituir família passa a ser projeto prioritário na vida da maioria dessas garotas ⁽²⁵⁾.

O presente estudo possui algumas limitações, como a não utilização de algumas variáveis de risco que não constam na base de dados do SINASC e que podem estar associadas à reincidência da gravidez na adolescência, como renda familiar, o abuso de substâncias, o não uso de métodos contraceptivos, o acesso a cuidados pré-natais etc. Outro limite do estudo foi à impossibilidade de investigar a presença de suporte materno à adolescente, pois existem evidências associando este suporte materno como sendo importante para o retorno da adolescente à escola e para diminuir o risco de uma repetição da gravidez ⁽³⁵⁾. Por outro lado, um ponto forte do estudo foi a utilização de grandes bancos de dados, que inclui todos os nascidos vivos na cidade de Goiânia (base populacional), o que permitiu gerar resultados sobre recorrência da gravidez em fases precoces da vida para subsidiar políticas públicas voltadas para esta população.

Sumarizando, este estudo concluiu que a proporção de reincidência da gestação na adolescência foi elevada e o grau de escolaridade foi associado à gravidez subsequente na adolescência no município de Goiânia. E ainda, nossos achados identificaram características das mães adolescentes coincidentes com a realidade atual que mostram as desigualdades

sociais no Brasil, uma vez que a maioria eram adolescentes não brancas, solteiras e de baixa escolaridade.

REFERÊNCIAS

1. Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia*. 2010 jan.-abr; 20(45):123-131.
2. Klerman L. Another chance: preventing additional births to teen mothers. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Washington; 2004. Disponível em: https://thenationalcampaign.org/sites/default/files/resourceprimarydownload/anotherchance_final.pdf.
3. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008 Apr; 137(2):165-71.
4. Silva AAA, Isabela CC, Katz L, Souza ASR. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. *Cad Saúde Pública*. 2013 mar;29(3):496-506.
5. Secura GM et al. Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy. *N Engl J Med*. 2014; 371:1316-13213.
6. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(2):342–9.
7. World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development. Adolescent pregnancy – unmet needs and undone deeds. A review of the literature and programmes. 2007.
8. Heilborn ML et al. Aproximações Socioantropológicas Sobre a Gravidez na Adolescência. *Horizontes Antropológicos*. 2002;17(8):13-45.
9. Vieira CL, Flores PV, de Camargo KR, Pinheiro RS, Cabral CS, Aguiar FP, et al. Rapid repeat pregnancy in Brazilian adolescents: interaction between maternal schooling and age. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016; 29(4):382-5.
10. Silva KS, Rozenberg R, Bonan C, Chuva VCC, Costa SF, Gomes MASM. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2485-2493.
11. Anderson CA, Pierce L. Depressive symptoms and violence exposure: contributors to repeat pregnancies among adolescents. *J Perinat Educ*. 2015;24(4):225-38.
12. Bruno ZV et al. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2009;31(10):480–484.
13. Geist RR, Beyth Y, Shashar D, Beller U, Samueloff A. Perinatal Outcome of Teenage Pregnancies in a Selected Group of Patients. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006 Jun;19(3):189-93.
14. Braine T. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. *Bull World Health Organ*. 2009;87(6):410–411.

15. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2ª ed. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Brasília, DF; 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf
16. Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento Desenvolvimento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE). Rio de Janeiro;2016.
17. Atienzo EE et al. Family Formation Expectations and Early Pregnancy in Mexican Adolescents. *J Child Fam Stud*. 2015;24(9):2509–2520.
18. Pereira MTO, Milão LV, Belasco IC. Reincidência de Gravidez na Adolescência. *Colloquium Vitae*. 2013;5:39-46.
19. Arruda, M. M.; Burke, P. Pregnancy in Adolescence. *Handbook of Adolescent Health Psychology*. 2013:551-563.
20. Madden T. Long-Acting Removable Contraceptives Prevent Teen Pregnancy. *J Adolesc Health*. 2013 Mar;52(3):255-6
21. Cunha SM, Bruno ZV. Reincidência de gravidez na adolescência. *Femina*. 2007;35(1):719-722.
22. Damleet LF, Gohari AC, McEvoy AK, Desale SY, Gomez-Lobo V. Early initiation of postpartum contraception: does it decrease rapid repeat pregnancy in adolescents? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015; 28(1):57-62.
23. Mphatswe W, Maise H, Sebitloane M. Prevalence of repeat pregnancies and associated factors among teenagers in Kwa Zulu-Natal, South Africa. *Int J Gynecol Obstet*. 2016; 133(2):152-5.
24. Nery IS et al. Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015;24(4):671-680.
25. Viellas EF et al. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2012;5(3):443-54.
26. Zanchi M et al. Pregnancy recurrence in adolescents in Southern Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2017; 63(7):628-635.
27. Melhado A et al. Gravidez na adolescência: apoio integral à gestante e à mãe adolescente como fator de proteção da reincidência. *Adolescência Saúde*. 2008;5(2)45-51.
28. Ventura W et al. Perinatal outcomes associated with subsequent pregnancy among adolescent mothers in Peru. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012; (117) 56–60.
29. Richio L, Phipps M, Raker C: Repeat teen birth: does delivery mode make a difference? *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:453-455.
30. Gemmill A, Lindberg LD. Short interpregnancy intervals in the United States. *Obstet Gynecol*. 2013;122(1):64-71.
31. Reime B, Schucking BA, Wenzlaff P. Reproductive outcome in adolescent who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents first pregnancies. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008;8:4.
32. Martin J et al: Births: final data for 2010. *Natl Vital Stat Rep*. 2012; 61(1):1-72.
33. Nerlander LM, Callaghan WM, Smith RA, Barfield WD. Short interpregnancy interval associated with preterm birth in US adolescents. *Matern Child Health J*. 2015;19(4):850-8.

34. Rodriguez-Vignoli J, Cavenaghi SM. Adolescência e juventude fertilidade e desigualdade social em América Latina e Caribe: qual papel desempenhou a educação? Cad. Pesqui. 2014 augs;70:1-25.
35. Willian, S. A Review of Teenage Pregnancy in South Africa: Experiences of Schooling, and Knowledge and Access to Sexual & Reproductive Health Services. Partners in Sexual Health, 2013.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A recorrência de gravidez na adolescência representa um desfecho negativo na vida dessas adolescentes. Nossos resultados evidenciaram que a baixa escolaridade, não ser branca e ser solteira, foram fatores associados à nova repetição da gravidez nesta fase da vida. O impacto da baixa escolaridade corrobora em minimizar as oportunidades dessas adolescentes, bem como dificulta a inserção no mercado de trabalho fortalecendo o ciclo de desigualdades sociais.

Neste cenário, é imprescindível unir esforços multiprofissionais nos serviços de saúde e nas escolas em conjunto com os jovens, por meio de ações de promoção à saúde que visem uma relação crítica reflexiva transformadora dessa realidade. Portanto, o desenvolvimento dessas ações poderão favorecer eixos prioritários das políticas públicas. Os serviços de saúde devem estar mais preparados para atender essas adolescentes, aumentando o acolhimento e oferecendo um cuidado holístico.

Os estudos da reincidência de gravidez na adolescência ainda são escassos. Logo, percebe-se a necessidade da realização de novas pesquisas para uma melhor compreensão deste evento. Assim, nossos achados poderão subsidiar ações mais efetivas sobre gravidez recorrente nessa fase tenra da vida.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 13.

ABERASTURY, A. El niño y sus dibujos. **Revista Argentina de Psiquiatria Y Psicología da Infancia y Adolescencia**. v. 2, n. 1, p. 17-29, 1971.

ADGER, W. N. Vulnerability. *Global Environmental Change*. 2006; 16: 268-281.

ALBUQUERQUE, A. P. S. et al. Prevalência da gravidez de repetição rápida e fatores associados em adolescentes de Caruaru, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife. v. 17, n.2, p. 355-363, 2017.

ANDERSON, C. A.; PIERCE, L. Depressive Symptoms and Violence Exposure: Contributors to Repeat Pregnancies Among Adolescents. **The Journal of Perinatal Educatio**. v. 24, n. 4, 2015.

ARRUDA, M. M.; BURKE, P. Pregnancy in Adolescence. **Handbook of Adolescent Health Psychology**. p. 551-563, 2013.

ASHEER, S. A. et al. Engaging Pregnant and Parenting Teens: Early Challenges and Lessons Learned From the Evaluation of Adolescent Pregnancy Prevention Approaches. **Journal of Adolescent Health**. v. 54, n. 3, p. 84-91, 2014.

ATIENZO, E. E. et al. Family Formation Expectations and Early Pregnancy in Mexican Adolescents. **Journal of Child and Family Studies**. v. 24, n. 9, p. 2509–2520, 2015.

AZEVEDO, W. F. **Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura**. Einstein. 2014.

AYRES, J. R. C. M. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas desafios**. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M., organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p.117-139, 2003.

AZEVEDO, W. F. et al. **Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura**. **Einstein**. 2015; 13 (4):618-26.

BRASIL. Saúde do Adolescente: Competências e Habilidades. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde; departamento de ações programáticas estratégicas. [S.l.: s.n.], 2008. 753 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. .9788533415003>. Acesso em: 26 jul. 2017.

BRASIL. Pesquisa nacional de demografia e saúde da mulher e da criança PNDS 2006. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado 2011 Nov 03]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_fi_nal_pnds2006.pdf. Acesso em 20 mar.2018.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990, **legislação correlata 12^a ed**. Brasília: Ministério da Justiça 2014. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>>. Acesso em: 5 ago. 2016.

BRÊTAS, J. R. S. et al. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n. 7, p. 3221-3222, 2011.

CAAMAÑO, L. U.; CASTRO, A. M.; ACOSTA, C. A. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología**. v. 80, n. 6, p. 462-474, 2015.

CASTEL, ROBERT. Metamorfoses da questão social. **Editora Vozes** Petrópoles.1998.

CHANTRAPANICHKUL, P.; CHAWANPAIBOON, S. Adverse pregnancy outcomes in cases involving extremely young maternal age. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. p. 160-164, 2013.

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

DIAS, S.; DE MATOS, M. G.; GONÇALVES, A. Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. **Análise Psicológica**, v. 25, n. 4, p. 625-634, 2012.

FINER, L. B.; KOST, K. Unintended pregnancy rates at the state level. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**. v. 43, n. 2, p. 78–87, 2011.

FONSECA, F. F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 31, n. 2, p. 258-264, 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. O Direito de Ser Digital: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. **Situação da adolescência Brasileira** p. 182, 2011a. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf>. Acesso em: 26 abril 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Situação mundial da infância**. 2011. UNICEF, 2011b. Disponível em: <https://www.unicef.pt/18/Relatorio_SOWC_2011.pdf>. Acesso 10 out. 2016.

GOESLING, B. et al. Programs to Reduce Teen Pregnancy, Sexually Transmitted Infections, and Associated Sexual Risk Behaviors: A Systematic Review. **Journal of Adolescent Health**. V.54, p. 499-507, 2014.

HAMILTON, B.; MARTIN, J.; VENTURA, S. B. Preliminary data for 2011. **National Vital Statistics Reports**. v. 61, n. 6, p. 1–19, 2012.

HEILBORN et al. Aproximações sociantropológicas sobre a gravidez da adolescência. **Horizontes antropológicos**. v.8, p.3-45, 2002.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017. **Resultados dos Dados do Censo do Município de Goiânia – 2017**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/goiania/panorama>. Acesso em: 03 mar. 2018.

JAMA. One in 5 Teens Giving Birth Already Has a Child. News from the centers for disease control and prevention. **Editor: Rebecca Voelker**. v. 309, n.19, 2013.

JONAS, K. et al. Teenage pregnancy rates and associations with other health risk behaviours: a threewave cross-sectional study among South African school-going adolescents. **Reproductive Health**. v. 13, n. 1, p. 50, 2016.

JORGE, M. G. et al. Recorrência de gravidez em adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Adolescência & Saúde**. v. 11, n. 3, p. 22-31, 2014.

KORENCAN, S. et al. The Outcomes Of Pregnancy And Childbirt. In Adolescents In Slovenia. **Zdr Varst**. v. 56, n.4, p.268-275, 2017.

LOCKE, G. W. et al. Interpersonal Guilt and Use of Substances in University Students. **Sub Abus**. v. 36, n.1, p. 113-118, 2015.

MACIEL, S. S. S. V. et al. Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru, PE. **Revista da AMRIGS**. v. 56, n. 1, p. 46-50, 2012.

MADDEN, T. Long-Acting Removable Contraceptives Prevent Teen Pregnancy. **Journal of Adolescent Health**. v. 52, n. 3, p. 255–256, 2013.

MARTIN, J. A. et al. Births: final data for 2010. **Natl Vital Stat Rep**. v. 61, n.1, p. 1-72, 2012.

MASSUIA, D. et al. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista - Centro Universitário São Camilo**. v. 4, n.4, p.423-430, 2010.

MUSS, R. **Teorias da adolescência**. Trad. Instituto Wagner de Idiomas. 4. ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1974.

MORRIS, J. L.; RUSHWAN, H. Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. **Int J Gynaecol Obstet** [Internet]. 2015.;131 Suppl 1:S40-2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.006>. Acesso em: 15 mar. 2018

NERLANDER, L. M. et al. Short Interpregnancy Interval Associated with Preterm Birth in US Adolescents. *Matern Child Health J*. **Springer Science+Business Media New York (outside the USA)**, 2014.

NERY, I. S. et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 64, n.1, p. 31-7, 2011.

OLIVEIRA, P. C. et al. Conhecimento em saúde sexual e reprodutiva: estudo transversal com adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 19, nov. 2017. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/39926>>. Acesso em: 25 fev. 2018. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v19.39926>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS- ONU. Adolescentes e jovens são 28% da população mundial; ONU pede mais investimentos. **ONU BR**. 10 julho 2014. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/adolescentes-e-jovens-sao-28-da-populacao-mundial-onu-pede-mais-investimentos/>. Acesso em: 25 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS- ONU. O mundo é dos jovens: ONU registra recorde histórico na população de 10 a 24 anos. **O Globo**, Rio de Janeiro, 18 novembro 2014. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/o-mundo-dos-jovens-onu-registra-recorde-historico-na-populacao-de-10-24-anos-14587036>. Acesso em: 25 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS- ONU. População mundial atingiu 7, 6 bilhões de habitantes. **ONA News**. 21 junho 2017. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2017/06/1589091-populacao-mundial-atingiu-76-bilhoes-de-habitantes>. Acessado em: 25 fev. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Prevenir El Embarazo Precoz Y Los Resultados Reproductivos Adversos En Adolescentes En Los Países En Desarrollo: Las Evidencias**. p. 1–8, 2012.

OUTEIRAL, J. *Adolescer: Estudos revisados sobre adolescência*.(rev., atual. e ampl.). **Rio de Janeiro: Revinter**, p. 4-65, 2003.

OUTEIRAL, J. *Adolescência: Modernidade e Pós-modernidade*. **Revista de Psicopedagogia**. v. 22, n.68, p. 119-47, 2005.

OUTEIRAL, J.; CERZER, C. *O mal estar na escola*. **Editores Revinter**. 2ª Edição, 2005.

PARKER, R.G. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Best Seller, 1991.

PATTON, G.C. et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. **Lancet** [Internet]. 387(10036):2423-78. 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1). Acesso em: 15 mar. 2018.

PEREIRA, M. T. O.; MILÃO, L. V.; BELASCO, I. C. Reincidência de Gravidez na Adolescência. **Colloquium Vitae**. v. 5, n. Especial, p. 39-46, 2013.

PHIPPS, M. G.; NUNES, A. P. Assessing Pregnancy Intention and Associated Risks in Pregnant Adolescents. **Maternal and Child Health Journal**. v. 16, n. 9, p. 1820-1827, 2012.

PIGOZZI, V. Celebre a autonomia do adolescente: entendendo o processo de iniciação na vida adulta. **Editora Gente**. São Paulo, 2002.

RESSEL, L. B. et al. A influência da família na vivência a sexualidade. **Esc Ana Nery**. v. 15, n. 2, p. 245-250, 2011.

SECURA, G. M. et al. Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy. **The New England Journal of Medicine**. v. 371, p. 1316-13213, 2014.

SEVALHO, GIL. **O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire**. *Interface*. v. 22, n. 64, p.177-88, 2018.

SHRIM, A. et al. Is young maternal age really a risk factor for adverse pregnancy outcome in a canadian tertiary referral hospital? **Journal of Pediatric e Adolescent Gynecology**. v. 24, n. 4, p. 218-22, 2011.

SILVA, K. S. et al. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 5, p. 2485-2493, 2011.

SILVA, A. A. A. et al. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Caderno de Saúde Pública**. v. 29, n. 3, p. 496-506, 2013.

SKINNER, S. R. et al. Childhood behavior problems and age at first sexual intercourse: a prospective birth cohort study. **Pediatrics**, v. 135, n. 2, p. 255-263, 2015.

THAITHAE, S.; THATO, R. Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in 300 Thailand. **J Pediatr Adolesc Gynecol**. v. 24, n. 6, p. 342-346, 2011.

TAQUETTE, Stella R. Sexualidade na adolescência. **A saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades**. p. 1-7, Disponível em: <http://www.bntusina.seed.pr.gov.br/redeescola/escolas/8/240/60/arquivos/File/equip_e_multi/7_encontro/Asaudeadolescentesejovens.pdf>. Acesso 04 mar. 2018.

TRAISSILP, K. et al. Pregnancy outcomes among mothers aged 15 years or less. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**. v. 41, n. 1, p. 1726-1731, 2015.

UNITED NATIONS POPULATION FUND - UNFPA. **Adolescent Pregnancy-A review of the evidence**. New York: UNFPA, 2013.

VIELLAS, E.F. et al. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 5, n. 3, p. 443-54, 2012.

VIEIRA, M. A. S. et al. Fatores associados ao uso do preservativo em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia. **DST – J bras Doenças Sex Transm**. v. 16, n.3, p. 77-83, 2004.

VOELKER, R. V. News from the centers for disease control and prevention. **Journal of the American Medical Association**. v. 309, n. 9, p. 1987, 2013.

World Health Organization (WHO). **Young people's health: a challenge for society**. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All by theYear 2000. Geneva: World Health Organization; 1986. Acesso 25 fev. 2018.

World Health Organization (WHO). Pregnant adolescents. **Delivering on global promises 289 of hope**. www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241593784/en/. 290 Published 2006. Acesso 5 mar. 2018.

World Health Organization (WHO). **Maternal, newborn, child and adolescent health**.http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/. 2018. Acesso em: 24 mar. 2018.

ZANCHI, M. et al. Pregnancy recurrence in adolescents in Southern Brazil. **Rev Assoc Med Bras**. v. 63, n. 7, p. 628-635, 2017.

ANEXO

ANEXO A- DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

I Cartório	1	Cartório	Código	2	Registro	3	Data
	4	Município				5	UF
II Local da Ocorrência	6 Local da Ocorrência		7 Estabelecimento		Código		
	1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros Estab. Saúde 3 <input type="checkbox"/> Domicílio						
	4 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado						
8 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da mãe (Rua, praça, avenida, etc)				Número	Complemento	9 CEP	
10 Bairro/Distrito			Código	11 Município de ocorrência		Código	12 UF
13 Nome da Mãe					14 Cartão SUS		
III Mãe	15 Idade (anos)	16 Estado Civil		17 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos)		18 Ocupação habitual e ramo de atividade	
	1 <input type="checkbox"/> Solteira 2 <input type="checkbox"/> Casada	3 <input type="checkbox"/> Viúva 4 <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/divorciada		1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 3		Código	
	3 <input type="checkbox"/> De 28 a 31 4 <input type="checkbox"/> De 32 a 36	5 <input type="checkbox"/> De 37 a 41 6 <input type="checkbox"/> 42 e mais		3 <input type="checkbox"/> De 4 a 7 4 <input type="checkbox"/> De 8 a 11		5 <input type="checkbox"/> 12 e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	9 <input type="checkbox"/> Ignorado						19 Núm. de filhos tidos em gestações anteriores (obs.: utilizar 99 se ignorados)
Residência da mãe		Logradouro		Número	Complemento	21 CEP	
22 Bairro/Distrito			Código	23 Município		Código	24 UF
IV Gestação e Parto	25 Duração da gestação (em semanas)			26 Tipo de gravidez		27 Tipo de parto	
	1 <input type="checkbox"/> Menos de 22 2 <input type="checkbox"/> De 22 a 27			1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla		1 <input type="checkbox"/> Vaginal	
3 <input type="checkbox"/> De 28 a 31 4 <input type="checkbox"/> De 32 a 36			3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		2 <input type="checkbox"/> Cesáreo		
5 <input type="checkbox"/> De 37 a 41 6 <input type="checkbox"/> 42 e mais					9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
9 <input type="checkbox"/> Ignorado					28 Número de consultas de pré-natal		
					1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 3 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6		
					4 <input type="checkbox"/> 7 e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
V Recém Nascido	29 Nascimento		30 Sexo		31 Índice de Apgar		
	Data		Hora		<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino		
	<input type="checkbox"/> I - Ignorado				1º minuto		
32 Raça/cor				33 Peso ao nascer		5º minuto	
1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena				em gramas			
34 Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica?							Código
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Qual ?							
9 <input type="checkbox"/> Ignorado							
VI Identificação	35 Polegar direito da mãe			36 Pé direito da criança			
VII Preench.	37 Responsável pelo preenchimento			38 Função		39 Identidade	
	Nome					40 Órgão Emissor	
					41 Data		

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.