



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

JACKELINY CALIXTO DE SOUZA MORBECK

**FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EXTREMAMENTE
JOVEM**

Goiânia
2016

JACKELINY CALIXTO DE SOUZA MORBECK

**FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EXTREMAMENTE
JOVEM**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - em Atenção a Saúde - nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Área de Concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde.

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

Goiânia

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

JACKELINY CALIXTO DE SOUZA MORBECK

FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EXTREMAMENTE
JOVEM

Avaliada em 14 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

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

Profª Drª Márcia Maria de Souza
Membro Efetivo, Externo ao Programa – FEN-UFG

Profª Drª Eliane Terezinha Afonso
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás

Profª Drª Priscila Valverde Oliveira Vitorino
Membro Suplente da banca, Interno ao Programa - PUC Goiás

DEDICATÓRIA

A Deus, por me fazer andar em lugares que jamais imaginei, e se não fosse por ele eu jamais chegaria até aqui. Ao meu esposo Denis que sempre me incentivou, apoiou e esteve ao meu lado em todos os momentos dessa jornada. A minha mãe e filho Victor Hugo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus por tudo.

À Profa Dra Maria Aparecida da Silva Vieira por sua competência, sabedoria, disponibilidade, dedicação, paciência e motivação em todos os momentos. A você toda minha gratidão.

À Profa Dra Ruth Minamisava, por sua disposição, sugestões e contribuições.

Às Profas Dra Márcia Maria de Souza, Dra Eliane Terezinha Afonso, Dra Priscila Valverde Oliveira Vitorino, componentes da banca examinadora deste estudo, por suas contribuições para o enriquecimento da pesquisa.

Aos demais coordenadores e docentes deste Programa de Pós-Graduação que influenciaram e compartilharam seus conhecimentos.

À Gabriela Polícena pelo solidarismo e contribuição.

Às minhas irmãs Samira e Stefanne e mãe por cuidarem, com todo carinho, do meu filho em minha ausência.

Ao meu filho Victor Hugo pela paciência.

Ao meu esposo Denis por seu incentivo, aporte, paciência e consideração. Muita gratidão a você.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

MORBECK, J. C. S. Fatores associados à gravidez na adolescência extremamente jovem. 2016. Dissertação - Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

A adolescência constitui a transição da infância à vida adulta abrangendo indivíduos na faixa etária entre 10 e 19 anos. Os riscos de gravidez na adolescência são complexos e multifatoriais e estudos mostram que a gravidez na adolescência é mais preocupante quando ocorre na fase extremamente jovem (≤ 15 anos). Mães com idade inferior a 15 anos experimentam piores resultados obstétricos e maiores taxas de morbidade relacionada com a gravidez do que as mães com idades entre 15 a 19 anos. Na América Latina, há uma tendência crescente de fertilidade observada em menores de 15 anos, no entanto, não existem registros suficientes para inferir a magnitude em todos os países da região. Deste modo, este estudo visa analisar a gravidez no contexto da adolescência extremamente jovem. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, que utilizou informações das declarações de nascidos vivos obtidas do SINASC, de filhos de mães com idade entre 10 e 15 anos, residentes no município de Goiânia, Goiás, no ano de 2015. Do total de nascidos vivos (18.840) de mães residentes no município de Goiânia, em 2015, 12,6% (IC95% 12,1-13,0) eram filhos de mães adolescentes (10-19 anos). Nesta faixa etária, a proporção da gravidez na adolescência extremamente jovem (≤ 15 anos) foi de 11,9% (IC95% 10,6-13,3). Essas mães tinham idade entre 11 e 15 anos com média de 14,6 ($\pm 0,7$) anos. No presente estudo, as regiões de maior ocorrência das gravidezes na adolescência extremamente jovem foram: Noroeste (21,6%), Sudoeste (17,6%) e região Oeste (16,2%) respectivamente. Observou-se, na análise univariada, associação do desfecho com a raça e situação conjugal. Na análise multivariada, a raça (IRR:1,85 IC95%:1,31-2,62) e a situação conjugal (IRR:8,23 IC95% 5,66-11,97) permaneceram associadas à gravidez na adolescência extremamente jovem. O presente estudo identificou que a situação conjugal e a raça das adolescentes menores de quinze anos foram associadas à maternidade precoce. Houve a ocorrência de maiores proporções de nascimento de filhos de adolescentes extremamente jovens em regiões menos favorecidas do município. Os achados deste estudo evidenciam a necessidade de implementação do Programa Saúde nas Escolas com foco na promoção da saúde dos escolares com atividades de capacitação de profissionais da área da saúde e educação para minimizar as diversas vulnerabilidades a que estão expostos, especialmente a gravidez da adolescência.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Adolescência extremamente jovem; Adolescência.

ABSTRACT

MORBECK, J. C. S. Fatores associados à gravidez na adolescência extremamente jovem. 2016. Dissertação - Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Adolescence is the transition from childhood to adulthood covering individuals aged between 10 and 19 years. The risks of pregnancy in adolescence are complex and multifactorial, and studies show that teenage pregnancy is more worrying when it occurs in the extremely young phase (≤ 15 years). Mothers under the age of 15 experience worse obstetric outcomes and higher rates of pregnancy-related morbidity than mothers aged 15 to 19 years. In Latin America, there is a growing fertility trend observed in children under 15 years of age, however, there are not enough records to infer the magnitude in all the countries of the region. Thus, this study aims to analyze pregnancy in the context of extremely young adolescence. This is a cross-sectional population-based study, which used information from live birth statements obtained SINASC, children of mothers aged between 10 and 15 who live in the city of Goiânia, Goiás, in 2015. Of the total of live births (18,840) of mothers living in the city of Goiânia in 2015, 12.6% (95% CI 12.1-13.0) were children of adolescent mothers (10-19 years old). In this age group, the proportion of extremely teenage pregnancy (≤ 15 years) was 11.9% (95% CI 10.6-13.3). These mothers were aged between 11 and 15 years with an average of 14.6 (± 0.7) years. In the present study, the regions with the highest occurrence of pregnancies in extremely young adolescents were: Northwest (21.6%), Southwest (17.6%) and West region (16.2%) respectively. In the univariate analysis, the association of outcome with race and marital status was observed. In the multivariate analysis, the race (IRR: 1.85 CI95%: 1.31-2.62) and marital status (IRR: 8.23 CI95% 5.66-11.97) remained associated with extremely teenage pregnancy young. The present study identified that the marital status and race of adolescents under fifteen years of age were associated with early motherhood. There was a higher proportion of children born to extremely young adolescents in less favored regions of the municipality. The findings of this study highlight the need to implement the Health Program in Schools with a focus on health promotion of schoolchildren with training activities for health and education professionals to minimize the vulnerabilities to which they are exposed, especially teenage pregnancy.

Keywords: Adolescent pregnancy; Extremely young adolescence; Adolescence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 -	Localização da área de estudo.	35
Figura 2 -	Regiões de Goiânia.	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Prevalência de Nascidos Vivos de mães adolescentes, por ano, no município de Goiânia, Goiás 1995-2014	31
Tabela 2 -	Prevalência de gravidez na adolescência extremamente jovem, por ano, no município de Goiânia, Goiás 2010-2014	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Adolescência
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
Art.	Artigo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CEPEA	Centro de Ensino Pesquisa e Extensão do Adolescente
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
DNV	Declaração de nascidos vivos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FJP	Fundação João Pinheiro
FLASOG	<i>Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología</i> (Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia)
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GA	Gravidez na adolescência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	Instituto Dom Fernando
IDF	Instituto Dom Fernando
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecção sexualmente transmissível
MS	Ministério da Saúde
NECASA	Núcleo de Estudos e Coordenação de Ações para a Saúde do Adolescente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Pnaisari	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSE	Programa Saúde na Escola
RGA	Recorrência de gravidez na adolescência
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIS	Sistemas de Informação em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i> (Fundo de População das Nações Unidas)
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS DO ESTUDO	24
3	REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1	Sexualidade e reprodução na adolescência	25
3.2	Vulnerabilidade na adolescência	25
3.3	Prevalência da gravidez na adolescência	25
3.4	Fatores associados à gravidez na adolescência e suas consequências	
3.5	Políticas públicas para a prevenção da gravidez na adolescência	
3.6	Situação da gravidez na adolescência no município de Goiânia	
3.7	Sistemas de Informação em Saúde	
4	MATERIAL E MÉTODO	27
4.1	Desenho e período do estudo	28
4.2	Local e população do estudo	
4.3	Critérios de inclusão e exclusão	29
4.4	Coleta de dados	46
4.5	Análise dos dados	
4.6	Aspectos éticos	54
6	RESULTADOS	55
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	
	ANEXOS	
	Anexo A	64
	Anexo B	65

1 INTRODUÇÃO

A maternidade na adolescência caracteriza-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo (UNFPA, 2012; UNICEF, 2014b; BARBOSA, 2015). A gravidez, nesta fase da vida, é preocupante, pois os jovens deveriam estar se preparando para a idade adulta, especialmente em relação à continuidade dos estudos para escolher uma profissão e, assim, um melhor ingresso no mercado de trabalho (BARBOSA, 2015).

Segundo a Unicef (2014b), depois da África-subsaariana, a América Latina e o Caribe são considerados as regiões com maiores taxas de gravidez na adolescência. Projeções recentes sugerem que a taxa de fecundidade em adolescente na América Latina será a mais alta no mundo e ficará estável durante o período de 2020 – 2100 (UNICEF, 2014b).

No Brasil, estima-se que quase 18% de todos os partos são de mulheres menores de 20 anos (UNFPA, 2015). No país como um todo, houve um aumento de 5,0% no número de nascidos vivos de mães com idades entre 10 e 14 anos, e uma queda de 19,1% entre as mães na faixa etária de 15 a 19 anos (VAZ; MONTEIRO; RODRIGUES, 2016). O decréscimo na faixa etária de 15 a 19 anos ocorreu em todas as regiões brasileiras.

Em 2012, do total de nascidos vivos no Brasil, 1% era crianças cujas mães tinham menos de 15 anos (UNICEF, 2011; 2014b). Taxas discrepantes nesta faixa etária foram encontradas em diferentes regiões do Brasil: em Pelotas (12,0%) (COELHO et al., 2013), Maceió (13,4%) (SILVA et al., 2015), Rio de Janeiro (15,3%) (VIELLAS et al., 2012), Minas Gerais (24,2%) (GUANABENS et al., 2012) e Ceará (29,4%) (BRUNO et al., 2009).

Os riscos de gravidez na adolescência são complexos e multifatoriais (GARWOOD et al., 2015). Dentre os fatores fortemente associados à gravidez na adolescência destacam-se histórico materno de gravidez na adolescência, vulnerabilidade socioeconômica (ACHARYA et al., 2010; SMID et al., 2014) e principalmente baixa renda familiar e baixa escolaridade (NETO et al., 2007).

Estudos mostram que a gravidez na adolescência é mais preocupante em relação aos desfechos obstétricos e psicossociais quando ocorre na fase

extremamente jovem (MALABAREY et al., 2012; CHANTRAPANICHKUL; CHAWANPAIBOON, 2013). Mães com idade inferior a 15 anos experimentam piores resultados obstétricos e maiores taxas de morbidade relacionados com a gravidez do que as mães com idades entre 15 a 19 anos (MALABAREY et al., 2012).

Um estudo conduzido nos Estados Unidos comparou desfechos obstétricos ocorridos com adolescentes menores de 15 anos e com idade entre 15 a 19 anos. Os piores resultados ocorreram entre adolescentes extremamente jovens, respectivamente: parto prematuro (21,3% vs 13,0%), morte fetal (4,1 vs 3,3%), baixo peso ao nascer (12,6 vs 8,5%), mortalidade infantil (15,4 vs 9,1 / 1.000), e início do pré-natal tardio ou nenhum acompanhamento (16,1 vs 7,0%) (MENACKER et al., 2004). Também são menos propensas a usar anticoncepção no início da vida sexual (SMID et al., 2014). Outros investigadores também evidenciaram que os fatores de riscos se diferenciam das adolescentes com idade entre 15 e 19 anos (Smid et al., (2014).

Entre os determinantes sociais da gravidez com menos de 15 anos incluem a falta de projeto de vida, o início precoce das relações sexuais, a crescente erotização e liberação sexual dos meios de comunicação e ambientes sociais, educação sexual inadequada, falta de políticas de saúde sexual e reprodutiva destinadas a este grupo etário, o que resulta em deficiências na adesão dos contraceptivos (FLASOG, 2011).

Em 2014, foi considerada pela UNICEF a necessidade de haver maiores investimentos na Juventude (tema do Dia Mundial da População 2014) no Brasil. Foi também construída uma Agenda pela Infância (2015-2018), que declarou a necessidade de olhar com mais atenção para a saúde de seus adolescentes (UNICEF, 2015b). Neste documento foi fixada uma pauta com o compromisso de implementar políticas públicas de prevenção à gravidez na adolescência (UNICEF, 2015b).

Na América Latina, há uma tendência crescente de fertilidade observada em menores de 15 anos. No entanto, não existem registros suficientes para inferir a magnitude em todos os países da região (FLASOG, 2011). No Brasil ainda não há registros de estudos quanto a esta problemática, portanto este estudo visa analisar a gravidez no contexto da adolescência extremamente jovem, e para tal, é necessária a compreensão de aspectos desta circunstância.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Geral

Analisar a prevalência e os fatores associados à gravidez em adolescentes extremamente jovem no município de Goiânia, Goiás.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil das adolescentes extremamente jovens residentes no município de Goiânia;
- Descrever a prevalência da gravidez na população do estudo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A adolescência constitui a transição da infância à vida adulta (BOCARDI, 2003). É uma das etapas do desenvolvimento humano, em que ocorrem as maiores modificações no processo vital do nascimento à morte (BOCARDI, 2003; OUTEIRAL, 2003)

No latim, a palavra adolescência porta 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 o possibilita crescer ou que já se encontra em crescimento (OUTEIRAL, 2003). A segunda origem “adoecer” trata de um sujeito que adoecer pelas modificações e enfrentamentos característicos desta fase (OUTEIRAL, 2003).

Até o final do século XIX, a adolescência não era reconhecida socialmente como uma etapa do ciclo de vida (SANTOS, 2008). Entendia-se que o indivíduo em desenvolvimento passava diretamente da infância à idade adulta, sem transitar por um estágio intermediário (SANTOS, 2008). Atualmente, a adolescência é considerada um período importante do ciclo de vida humana, que possui características próprias que a diferencia das demais faixas etárias (MOREIRA et al., 2008).

A adolescência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a faixa etária entre 10 e 19 anos, abrangendo, assim, indivíduos na segunda década de vida (UNICEF, 2011). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) adota um conceito de maioridade do ponto de vista legal, compreendendo esta fase como a faixa etária que vai dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

O ECA reconhece os adolescentes como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado (BRASIL, 1990). No entanto, o Ministério da Saúde (MS) segue as recomendações preconizadas pela OMS quanto à definição do período da adolescência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância, a adolescência é compreendida em dois ciclos (inicial e final), sendo o inicial o que oscila dos 10 aos 14 e o final, dos 15 aos 19 anos de idade (UNICEF, 2011). No ciclo inicial, começam

as mudanças físicas, normalmente com uma aceleração repentina do crescimento, seguida pelo desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias (UNICEF, 2011). Os adolescentes tornam-se mais conscientes de seu gênero do que quando eram crianças e podem ajustar seu comportamento ou sua aparência para enquadrarem-se nas normas observadas em grupos (UNICEF, 2011).

No ciclo final, as principais mudanças físicas normalmente já ocorreram, embora o corpo ainda se encontre em desenvolvimento (UNICEF, 2011). No início deste ciclo, as opiniões dos membros de seu grupo ainda são importantes, mas essa influência diminui à medida que o adolescente adquire maior clareza e confiança em sua própria identidade e em suas opiniões (UNICEF, 2011).

Nesta fase da vida, a sexualidade tem dimensão especial, que é o aparecimento da capacidade reprodutiva no ser humano concomitante à reestruturação do seu psiquismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Por isso, além de ser vista como um fenômeno biológico, a sexualidade inclui também aspectos afetivos, eróticos, amorosos, entre outros aspectos que estão relacionados à história de vida e valores culturais do indivíduo (COSTA; PRADO, 2001).

No passado, a repressão continha a expressão da sexualidade dos adolescentes, em especial no sexo feminino (COSTA; PRADO, 2001). Entretanto, esse cenário veio sofrendo modificações em vários aspectos (ARUDA; BURKE, 2013). As conquistas do movimento feminista, a facilidade de acesso à informação, o movimento de liberação sexual intensificado a partir da década de 60 em conjunto com a influência midiática na veiculação de informações de caráter erótico e pornográfico motivaram a mudança comportamental da sociedade (COSTA; PRADO, 2001; DA GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002; RANGEL; QUEIROZ, 2008; ARUDA; BURKE, 2013).

Assim, a adolescência passou a incorporar novas características, as quais contribuíram significativamente para a iniciação sexual precoce deste grupo (COSTA; PRADO, 2001; DA GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002; RANGEL; QUEIROZ, 2008; ARUDA; BURKE, 2013). Todavia, as informações difundidas não abarcaram a elucidação de seus espectadores, e o debate acerca da sexualidade dentro das famílias e das escolas não acompanhou as mudanças (DA GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002; RANGEL; QUEIROZ, 2008).

Este contexto tem comprometido a formação do adolescente no que tange ao exercício pleno de sua sexualidade e conseqüentemente trouxe prejuízos para toda a sociedade (RANGEL; QUEIROZ, 2008). Dentre os prejuízos destacam-se o aumento da incidência de aborto, o não uso e/ou uso inadequado de métodos contraceptivos, número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e gravidez indesejada na adolescência (MANFRÉ; QUEIRÓZ; MATTHES, 2010).

3.1 Sexualidade e reprodução na adolescência

A sexualidade é um fenômeno intrínseco do desenvolvimento humano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). É percebida desde o período fetal e se intensifica na puberdade, com o desenvolvimento gonadal, com a capacidade reprodutiva e com o prazer (DA SILVA HOFFMANN; ZAMPIERI, 2009). Além do aspecto biológico, envolve o social e psicológico através dos elementos fisiológicos, históricos, culturais, religiosos, políticos e principalmente familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). Pode ser expressa pelo afeto, prazer, emoção, influenciando a vida de todos (DA SILVA HOFFMANN; ZAMPIERI, 2009).

A sexualidade também integra o desenvolvimento da personalidade, algo que se constrói e aprende, e que é capaz de interferir no processo de aprendizagem, na saúde mental e física do indivíduo (BRÊTAS et al., 2011). Desse modo, o grupo de inserção do adolescente, tanto pode influenciar o comportamento responsável, a maturidade e o desenvolvimento saudável, como pode implicar na adesão a condutas de risco (DIAS; DE MATOS; GONÇALVES, 2012).

Um estudo realizado em escolas públicas de diferentes regiões de Portugal, com propósito de detectar condições predisponentes para o comportamento sexual de risco, identificou que as fracas relações e a estreita comunicação familiar quanto à temática da sexualidade deixam os adolescentes vulneráveis às influências externas do meio (DIAS; DE MATOS; GONÇALVES, 2012).

Os conflitos familiares, estilo parental autoritário, proibições e regras rígidas, podem ter efeitos adversos e promover comportamentos de riscos, devido à falta de autonomia e confiança (DIAS; DE MATOS; GONÇALVES, 2012).

Nesse sentido, jovens salientam que o estilo parental democrático em que os pais não proíbem, mas estão vigilantes e alertam quanto aos perigos, promove a responsabilização, proporciona um sentimento de confiança, uma maior vontade de respeitar os pais e de evitar condutas de risco (DIAS; DE MATOS; GONÇALVES, 2012).

A iniciação sexual é normal no desenvolvimento humano (SKINNER et al., 2015). E a busca de prazer nas relações e o sexo pelo adolescente são uma forma de expressão, bem-estar e talvez uma das primeiras manifestações de inserção no universo adulto (BESERRA et al., 2008). Entretanto, estudos mostram que, no ciclo vital, a maturidade biológica tem sido alcançada cada vez mais cedo, e a psicológica e social, cada vez mais tarde (COSTA; PRADO, 2001; TAQUETTE, 2008; SKINNER et al., 2015).

A antecipação da maturidade biológica é uma tendência secular, pois a idade da menarca está em declínio a uma taxa de 2-3 meses por década desde o século XIX, resultando em declínios globais de cerca de 3 anos (CHEN et al., 2007). Nesse sentido, ao comparar mulheres nascidas antes de 1920 com mulheres nascidas em 1980-1984, nos Estados Unidos, McDowell, Brody e Hugues (2007) encontraram declínio na idade média da menarca que variou de 0,7 a 1,4 anos, (dependendo do grupo de raça/etnia). Outros autores identificaram média da menarca de 12,5 anos, também nos estados Unidos (ANDERSON; DALLAL; MUST, 2003; HE; MURABITO, 2014). Na Austrália, foi encontrado média de 12,8 anos (MARINO et al., 2013).

No Brasil, a média da menarca foi de 12,1 anos em Londrina-PR (BORGES; JÚNIOR, 2012), 12,1 e 12,5 anos respectivamente no estado de São Paulo (SYLVIA et al., 2003; SANTOS et al., 2009), No Rio Grande do Sul, a média foi de 12,4 anos (CHEMELLO, 1999). No Rio de Janeiro, a ocorrência da menarca foi de 12,2 anos (MOREIRA; FRAGOSO; OLIVEIRA JÚNIOR, 2004). Em Sergipe, as médias estiveram entre 13,2 e 13,7 anos (LIMA; PALMEIRA; CIPOLOTTI, 2006) E por fim, em Goiás, Moura Borges (2009) encontrou média de 12,3 anos e Barbosa (2015) identificou que a menarca ocorreu entre os 11 e 13 anos.

Devido à urgência biológica a ser satisfeita e à ausência de parâmetros de comportamento sexual e social claros, os jovens se encontram túrbidos a exercerem a sexualidade de forma plena (DIAS; DE MATOS; GONÇALVES, 2012). Vários estudos têm observado interferência da imaturidade de adolescentes quanto ao

exercício da sexualidade (AMORIM et al., 2009; SHRIM et al., 2011; PHIPPS; NUNES, 2012). Neste sentido, estudo realizado no Nordeste do Brasil identificou iniciação da atividade sexual precoce e a imaturidade própria da idade das adolescentes estudadas que não cogitam riscos e nem consideram prevenção, o que, em muitas vezes, resulta em gravidez indesejada e agravos à saúde (AMORIM et al., 2009).

Nos estudos de Phipps e Nunes (2012), realizados com 300 adolescentes grávidas nos Estados Unidos, verificou-se que a maioria das adolescentes não usava nenhum método contraceptivo, mesmo tendo acesso. Dentre essas, 46% pensavam que a gravidez não pudesse ocorrer, e 52% não pensavam em controlar a natalidade (PHIPPS; NUNES, 2012).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar realizada em 2015, verificou que 27,0% dos adolescentes brasileiros com idade entre 13 e 15 anos já tiveram relação sexual alguma vez (PENSE, 2016). Ao analisar a sexarca por gênero, esse mesmo inquérito identificou proporção de 34,5% e 19,3% para meninos e meninas respectivamente (PENSE, 2016).

Outros estudos encontraram dados semelhantes referentes à iniciação sexual de adolescentes. No interior de São Paulo, a média da sexarca foi de 13,5 anos (SANTOS et al., 2009) e em Pernambuco, foi de 13,9 anos (SILVA et al., 2013). Na Paraíba, a sexarca antes dos 15 anos foi associada à gravidez na adolescência (AMORIM et al., 2009).

Em Goiás, a sexarca ocorreu entre 13 e 15 anos (VIEIRA et al., 2004; BARBOSA, 2015). No Rio de Janeiro, a maioria das adolescentes (59,5%) teve a sexarca entre 11 e 14 anos (JORGE et al., 2014). E ao analisar documentos de adolescentes grávidas em uma maternidade carioca Spindola e Silva (2009) observaram que estas tiveram sexarca entre um a três anos após a menarca (55,3%).

A sexarca precoce (antes dos 15 anos) está associada com relações sexuais desprotegidas, contracepção inadequada, múltiplos parceiros, IST, violência por parceiros, baixa escolaridade e gravidez indesejada (SKINNER et al., 2015). Segundo a OMS, o uso de preservativos protege de gravidez indesejada e também das IST, incluindo a AIDS, e o não uso constitui um marcador de relação sexual de

risco (IBGE, 2009). A gravidez na adolescência está no topo da lista das consequências do sexo inseguro, seguida de infecção por HIV e outras ISTs (JONAS et al., 2016).

Portanto, o uso de métodos contraceptivos é essencial e constitui um dos marcos da vivência saudável da sexualidade na adolescência (BORGES et al., 2016). Entretanto, o conhecimento, as informações disponíveis e o acesso a esses métodos ainda são limitados (BORGES et al., 2016).

A questão de gênero, também, é um aspecto importante a ser considerado, pois permeia a saúde sexual e reprodutiva. Neste sentido, as adolescentes e mulheres jovens estão relacionadas aos principais problemas registrados quanto à sexualidade e reprodução (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b). Isto se deve ao fato da responsabilização cultural e social das mulheres pela reprodução e pelos cuidados de saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b). Este cenário reflete as desigualdades de poder nas relações de gênero, pois o menor poder de mulheres termina por expô-las à gravidez não planejada e aos riscos de infecções sexualmente transmissíveis, bem como a distintas formas de violência que afetam sua saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b).

A iniciação sexual na adolescência é uma realidade inegável, visto que as dificuldades em aceitar o exercício da sexualidade na adolescência como de fato pela família e sociedade têm sido um dos principais obstáculos na implantação de programas de educação de saúde sexual e reprodutiva (MELHADO et al., 2008).

O Brasil vive um momento especial de transição de uma população com significativa participação percentual de adolescentes (11% do total) para uma população que tende a ter maior proporção de adultos. (UNICEF, 2014a). Contudo, ainda é um dos países mais desiguais do mundo (UNICEF, 2015a). Aqui, crianças e adolescentes ainda convivem com violações de direitos como violência física, sexual, negligência, trabalho infantil e discriminação dentre outros (UNICEF, 2014a).

As condições de vulnerabilidade como a atividade sexual precoce, o sexo desprotegido, a não contracepção, a falta de conhecimentos quanto à proteção/prevenção são fenômenos ainda comuns, nessa fase da vida, que resultam na contaminação por IST e gravidez precoce não planejada com consequências para toda a vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b; 2013; JONAS et al., 2016).

Outros aspectos da vulnerabilidade que permeiam a adolescência serão discutidos a seguir.

3.2 Vulnerabilidade na adolescência

A adolescência é um momento importante para adoção de novas práticas, comportamentos e ganho de autonomia (OUTEIRAL, 2003). No entanto, também é uma fase de exposição a diversas situações de risco presentes e futuras para a vida dos adolescentes (PENSE, 2009).

A palavra vulnerabilidade remete à ideia de dependência e de fragilidade, na promoção, proteção ou garantia de direitos à cidadania (AYRES et al., 2003). Este contexto vincula-se à situação de adolescentes, principalmente os de menor nível socioeconômico (FONSECA et al., 2013).

Fatores individuais e coletivos geram indivíduos susceptíveis ou não, uma vez que dependem da disposição de maiores ou menores possibilidades de se proteger ou prevenir (AYRES et al., 2003). Ou seja, todas as pessoas estão susceptíveis a sofrer algum dano do dia a dia, no entanto algumas têm maiores condições de evitá-las por disporem de mais recursos (informação, emprego, renda, escolaridade) que outras (PAULILO; JEOLÁS, 2000).

Para uma melhor compreensão dos diferentes contextos de vulnerabilidade existentes, pode-se analisá-la a partir de três dimensões: individual, social e programática (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2010). A vulnerabilidade individual refere-se ao grau e à qualidade da informação que o indivíduo dispõe sobre o problema, à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano de preocupações; e, por fim ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras (AYRES et al., 2003; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2010).

A vulnerabilidade social refere-se à obtenção de informações, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de incorporá-las às mudanças práticas, o que não depende só do indivíduo, mas de aspectos como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar

livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas etc., (AYRES et al., 2003; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2010).

A vulnerabilidade programática refere-se aos esforços programáticos na oferta de recursos sociais de modo democrático e efetivo necessários para que os indivíduos não se exponham e protejam-se de danos (AYRES et al., 2003; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2010).

A adolescência está inserida neste cenário de vulnerabilidades, especialmente no que tange à gravidez na adolescência, pois é mais frequente no contexto de iniquidades que a produz e a reproduz, podendo fazer parte dos projetos de vida de adolescentes e até se revelar como elemento reorganizador da vida (GONTIJO; MEDEIROS, 2008; FERREIRA et al., 2012) .

Neste âmbito, mesmo com o aumento do grau de escolaridade, a ampliação do mercado de trabalho para mulheres, as campanhas em relação ao uso de preservativo, com a disseminação da informação e maior acesso aos métodos anticoncepcionais, a situação de gestação na adolescência ainda é preocupante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Ainda assim, houve declínio de gestação em faixa etárias específicas, mas não sucedeu de forma uniforme, denotando desigualdades, conforme o desenvolvimento social da região, sendo menor em extratos sociais mais excluídos (NOGUEIRA et al., 2009; FERREIRA et al., 2012; VAZ; MONTEIRO; RODRIGUES, 2016).

A escolaridade dos pais, em especial a da mãe é considerada um fator importante de proteção para a saúde de crianças e adolescentes (PENSE, 2012). Neste sentido, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), realizada com adolescentes (idade entre 13 e 15 anos) do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas de todo o país, identificou que a vulnerabilidade escolar tem atravessado gerações (PENSE, 2012). Pois, verificou-se que 34,5% e 34,7% das mães e pais dos escolares respectivamente não possuíam qualquer grau de ensino ou possuíam somente o ensino fundamental incompleto (PENSE, 2012).

A baixa escolaridade e o abandono escolar também acarretam problemas em exercer atividades remuneradas, levando ao desemprego e agravamento das condições socioeconômicas (SANTOS et al., 2009; NERY et al., 2011; SILVA et al., 2013). Mesmo não sendo o único motivo, adolescentes abandonam a escola por

causa da discriminação, da necessidade de trabalhar, da gravidez na adolescência e pelo fato de a escola não ser atrativa (UNICEF, 2015a). Neste contexto, em 2010, o IBGE contabilizou 3,8 milhões de crianças e adolescentes, de 4 a 17 anos, fora da escola (UNICEF, 2015a).

A exclusão escolar no Brasil atinge, sobretudo, meninas e meninos negros, indígenas, pobres, com deficiência, os que vivem na zona rural, no semiárido, na Amazônia, na periferia dos grandes centros urbanos (UNICEF, 2014a). Outra questão que preocupa é a gravidez na adolescência. Vários estudos têm relacionado a gravidez na adolescência como consequência de vulnerabilidades (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010; FERREIRA et al., 2012; GARWOOD et al., 2015).

A Unicef (2011) considera a gravidez na adolescência uma situação de vulnerabilidade com impactos profundos na vida dos adolescentes: em sua saúde, no seu desempenho escolar e nas suas oportunidades de formação para o trabalho. No relatório da Situação da População Mundial 2013, realizado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a gravidez na adolescência é simultaneamente uma causa e uma consequência de violações de direitos. Esta situação dificulta a capacidade de uma adolescente exercer seus direitos à educação, saúde e autonomia (UNFPA, 2013).

Os maus tratos também são um fator de risco significativo para a gravidez na adolescência. Garwood e colaboradores (2015) verificaram que o adolescente com pelo menos um histórico de maus tratos tinha cerca de 66% mais risco de engravidar precocemente. E considerando que a escolaridade dos pais é um fator de proteção à saúde das crianças e adolescentes, os estudos de Garwood e colaboradores (2015) verificaram que adolescentes que tiveram um cuidador que concluiu o ensino médio diminuiriam o risco de gravidez precoce em 25% dos casos (GARWOOD et al., 2015).

3.3 Prevalência da gravidez na adolescência

Os dados da situação mundial sobre a gravidez na adolescência são alarmantes, pois de todos os nascimentos do mundo 11% são bebês de mães adolescentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). Apesar do declínio considerável nas últimas décadas, a maior taxa de gravidez na adolescência entre

países desenvolvidos está os Estados Unidos, e desconsiderando os países do leste europeu (ex-repúblicas soviéticas), as taxas mais elevadas na Europa estão no Reino Unido, sobretudo na Inglaterra, País de Gales e Escócia (SEDGH et al., 2015). Nos Estados Unidos e Reino Unido, a taxa de gravidez é maior entre 18 a 19 anos de idade, que entre jovens de 15 a 17 anos (SEDGH et al., 2015).

Em Portugal, a taxa de fecundidade em adolescentes sofreu decréscimo acentuado ao longo das últimas décadas (11,1% em 1981; 6,1% em 2001 e 3,7% em 2012), entretanto o país reputa preocupação por estar acima da média da União Europeia (PIRES et al., 2014). No Canadá, houve estabilização em 2006 após um período de declínio e na Suécia, a taxa parece estabilizada desde de 2002 (SEDGH et al., 2015).

Em países em desenvolvimento todos os dias, 20 mil adolescentes com menos de 18 anos dão à luz, e do total anual de 7,3 milhões de novas mães adolescentes, 2 milhões têm menos de 15 anos (UNFPA, 2013). Entre as regiões em desenvolvimento, a África Ocidental e Central possui o maior percentual (6%) dos nascimentos relatados antes de 15 anos de idade, enquanto a Europa Oriental e a Ásia Central têm a percentagem mais baixa (0,2 %) (UNFPA, 2013). Na África-Subsaariana, estima-se que nos próximos 17 anos os partos em menores de 15 anos quase dupliquem (UNFPA, 2013).

Os países do Sul da Ásia (Índia, Paquistão, Sri Lanka, Nepal, Maldivas, Butão e Bangladesh) têm altas proporções de gravidez na adolescência, uma vez que o casamento precoce é comum e há uma expectativa social de ter um filho logo após o casamento (ACHARYA et al., 2010). Entre os países sul asiáticos, o Bangladesh seguido do Nepal e a Índia são aqueles com taxas mais elevadas, respectivamente, 35%, 21% e 21% (ACHARYA et al., 2010).

Os países com maiores percentuais de adolescentes mães são: Nicaragua (28%), Honduras (26%), República Dominicana (25%), Guatemala e El Salvador (24%), Equador (21%) Bolívia e Colômbia (20%) (UNICEF, 2014b). Na Colômbia, uma em cada cinco adolescentes (15-19 anos) está ou esteve grávida. A taxa da fecundidade na adolescência neste país (69 nascidos vivos por 1000 adolescentes entre 15 a 19 anos) está acima do Chile (55), Peru (51) e Argentina (54), e semelhante à Bolívia (72) e Paraguai (67) (DANIELS, 2015).

Um terço do total de gravidezes na América Latina e o Caribe corresponde às menores de 18 anos, sendo que quase 20% destas são menores de 15 anos (UNICEF, 2014b). No Brasil, a PENSE identificou o percentual de 9,0% de gravidez entre escolares do nono ano (idade entre 13 e 15 aproximadamente), representando um total de 23.620 meninas (PENSE, 2016). Este percentual apresentou grande variação nas grandes regiões do país sendo o maior percentual encontrado na região Norte, com (2,1%) e o menor percentual encontrado na região Sudeste (0,7%).

3.4 Fatores associados à gravidez na adolescência

Dentre os fatores associados à gravidez na adolescência estão: baixas condições socioeconômicas (GUPTA; KIRAN; BHAL, 2008; GARWOOD et al., 2015), as desigualdades sociais como residir em regiões de pouca infraestrutura e alta vulnerabilidade social (DANIELS, 2015), baixa escolaridade dos pais e/ou cuidadores (CAPUTO; BORDIN, 2008; GARWOOD et al., 2015), histórico materno de gravidez na adolescência (AMORIM et al., 2009), imaturidade própria da idade, baixa escolaridade (NETO et al., 2007), falta de orientação familiar (MELHADO et al., 2008), o acesso restrito às orientações de planejamento familiar (NETO et al., 2007) e acesso limitado a métodos contraceptivos (BORGES et al., 2016).

Um estudo realizado em Belo Horizonte que buscava identificar a dependência espacial de gravidez na adolescência no município identificou maior concentração nas áreas com piores condições socioeconômicas (NOGUEIRA et al., 2009). Essas áreas agregavam baixos níveis de escolaridade, domicílios precários, baixa renda, exposição a riscos ambientais (NOGUEIRA et al., 2009).

Nas pesquisas de Gupta, Kiran e Bhal (2008), adolescentes grávidas pertenciam a grupos socioeconômicos mais pobres em comparação a mulheres mais velhas. Nos estudos de Garwood e outros (2015), adolescentes que nasceram e tiveram registros contínuos de pobreza tinham 40% mais chances de gravidez precoce. Na Colômbia, nas regiões de pouca infraestrutura e alta vulnerabilidade social (Chocó, Guainía, Putumayo e Amazonas) são encontradas altas taxas (27 a 35%) de gravidez na adolescência (DANIELS, 2015).

A baixa escolaridade dos pais (CAPUTO; BORDIN, 2008; GARWOOD et al., 2015), o histórico materno de gravidez na adolescência (AMORIM et al., 2009) têm sido relatados como fatores de risco para gravidez na adolescência. A imaturidade própria da idade aliada à baixa escolaridade (NETO et al., 2007), a falta de orientação familiar (MELHADO et al., 2008), o acesso restrito às orientações de planejamento familiar (NETO et al., 2007) e acesso limitado a métodos contraceptivos (BORGES et al., 2016) também se constituem fatores de risco importantes.

Engravidar na adolescência, muitas vezes, coloca a saúde tanto da mãe quanto da criança em risco (WHITWORTH; COCKERILL, 2014; DANIELS, 2015). Diversos estudos têm relatado várias consequências da maternidade em idade precoce (MALABAREY et al., 2012; WHITWORTH; COCKERILL, 2014).

Um estudo de coorte retrospectivo, conduzido nos Estados Unidos, comparou adolescentes menores de 15 anos com mulheres com mais de 20, na qual identificou que adolescentes eram mais propensas a não ter acompanhamento pré-natal ou este ser inadequado (ADAM et al., 2009; MALABAREY et al., 2012; PHIPPS; NUNES, 2012). Este mesmo estudo verificou que as adolescentes tinham maior chance de resultados adversos como parto prematuro (CHEN et al., 2007; GUPTA; KIRAN; BHAL, 2008), natimorto ou mortalidade neonatal, muito baixo peso ao nascer (MALABAREY et al., 2012; VENTURA; VENTURA-LAVERIANO; NAZARIO-REDONDO, 2012) e restrição de crescimento intrauterino (MALABAREY et al., 2012; WHITWORTH; COCKERILL, 2014).

Estudos têm demonstrado que adolescentes têm menos taxas de cesariana, trabalhos de partos mais curtos e são menos propensas a exigir parto vaginal assistido, quando comparados com mulheres mais velhas (MALABAREY et al., 2012; WHITWORTH; COCKERILL, 2014). No entanto, as adolescentes são 50% menos propensas a iniciar o aleitamento materno e a continuar o aleitamento seis semanas após o nascimento (WHITWORTH; COCKERILL, 2010).

Sob um olhar biológico, as adolescentes são mais propensas a terem anemia ferropriva durante a gravidez (WHITWORTH; COCKERILL, 2010) e uma maior incidência à pielonefrite (GUPTA; KIRAN; BHAL, 2008). Também maior probabilidade de desenvolver depressão pós-parto e humor deprimido durante a gravidez (WHITWORTH; COCKERILL, 2010).

O abortamento também constitui uma das consequências da gestação na adolescência. Um estudo conduzido no Piauí com jovens de 15 a 19 anos identificou que quanto maior o número de gestações indesejadas, maior a chance de indução de aborto, como método de controle da natalidade (MARANHÃO; GOMES; BARROS, 2016).

3.5 Políticas Públicas para a prevenção da gravidez na adolescência

O direito à saúde reprodutiva, inclusive o planejamento familiar e a saúde sexual, é um direito humano que faz parte do direito à saúde em geral (UNFPA, 2012). Portanto, os direitos sexuais e reprodutivos estão incorporados aos direitos humanos fundamentais, já reconhecidos em leis nacionais e internacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

O Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizado no Cairo (Egito) em 1994, que inseriu na normativa internacional o conceito de direitos reprodutivos, reconheceu que a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes inclui a prevenção de IST/AIDS, a gravidez indesejada e abortos inseguros (NACIONES UNIDAS, 1995).

A OMS (2012) elaborou diretrizes para a prevenção da gravidez precoce (antes dos 20 anos de idade) e dos eventos reprodutivos adversos para o adolescente. Um dos objetivos visa criar compreensão e apoio (educação sexual, desenvolvimento juvenil precoce, apoio social e etc.) para redução da gravidez antes dos 20 anos, pois em nível mundial uma a cada cinco mulheres com 18 anos de idade já tem um filho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). E nas regiões mais pobres do mundo, esta cifra se eleva a uma em cada três mulheres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Aumentar o uso de anticoncepcional, pois as adolescentes sexualmente ativas são menos propensas a utilizar anticoncepcionais em relação às mulheres adultas constitui o terceiro objetivo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). E por fim, reduzir as relações sexuais sob coação, pois, em alguns países, as adolescentes são forçadas a se relacionar sexualmente e, muitas vezes, com membros da família (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). Em alguns

países, mais de um terço das adolescentes declaram que o primeiro coito foi sob coação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Para prevenir os eventos reprodutivos adversos, a OMS (2012), também, elaborou dois objetivos, sendo o primeiro reduzir o aborto inseguro de adolescentes, já que estima-se que a cada ano se praticam cerca de três milhões de abortos inseguros em adolescentes entre 15 e 19 anos de idade. Esse procedimento contribui substancialmente para a mortalidade materna e problemas crônicos de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). O segundo e último objetivo é aumentar a atenção qualificada no pré-natal, no parto e pós-parto, pois, em alguns países, é menos provável que a adolescente receba atenção qualificada antes, durante e depois do parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Segundo a UNFPA, “Investir na juventude é crucial para o avanço da América Latina e Caribe”(UNFPA, 2015). No mundo existem mais de 1,8 bilhões de jovens dos quais 160 milhões se encontram na América Latina e Caribe (UNFPA, 2015). A forma como esses jovens formulam seus planos de vida não só determinará seu próprio futuro, como o de suas famílias, suas comunidades e países (UNFPA, 2015). A UNFPA vê urgência na necessidade de advogar pelo reconhecimento e pleno exercício dos direitos de adolescentes e jovens à educação integral em sexualidade, aos serviços de saúde e às ações em saúde sexual e reprodutiva (UNFPA, 2015).

No Brasil, a Constituição Federal (1988) reconheceu, no seu art. 227, crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, modificando toda uma legislação anterior que considerava meninos e meninas como propriedades de seus pais. Em 1989, o MS criou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), e entre as áreas prioritárias desse programa encontravam-se a saúde sexual e a saúde reprodutiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Doravante, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional inseriu a orientação sexual no âmbito escolar como abordagem de questão social urgente, a fim de promover a saúde de crianças, adolescentes e jovens quanto à prevenção de IST/AIDS, contracepção, abuso sexual, gravidez indesejada, aborto, bem como, incentivar o planejamento familiar (BRASIL, 1996).

Em 2003, uma parceria entre o MS e o Ministério da Educação resultou no lançamento do projeto-piloto: Programa Saúde e Prevenção nas Escolas

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). O programa propunha a redução da vulnerabilidade dos adolescentes às ISTs, à infecção pelo HIV e à gravidez não desejada, com ênfase na promoção da saúde, por meio de ações educativas de prevenção e ampliação do acesso dessa população a preservativo masculino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

No entanto, três milhões de crianças e adolescentes de 4 a 17 anos estavam fora da escola no Brasil (UNICEF, 2015a). Outros oito milhões do ensino fundamental e médio encontravam-se em atraso escolar, correndo o risco de evadir (UNICEF, 2015a). E embora as adolescentes tenham idade para frequentar o ensino médio, muitas ainda não terminaram o ensino fundamental (UNICEF, 2015a).

Em 2010, o MS elaborou Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Para o MS, investir na saúde da população adolescente e jovem é custo efetivo porque garante também a energia, espírito criativo, inovador e construtivo dessas pessoas, que devem ser consideradas como um rico potencial, capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento do País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Este documento constitui uma diretriz voltada para os direitos sexuais e reprodutivos do adolescente que não se restringem, apenas, ao campo da saúde, mas expressam e se realizam em diferentes dimensões da vida social que afetam a expressão sexualidade e a experiência da reprodução (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Recentemente, o Ministério da Saúde (2015), em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (Pnaisari), na qual se encontram as diretrizes para a implantação e a implementação da atenção à saúde prestada a adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em meio aberto e fechado. O propósito da Pnaisari é garantir que a atenção à saúde seja humanizada e qualificada para esses adolescentes, que têm prioridade e primazia nas políticas públicas conforme explicitado no ECA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Além de outros esforços esta política preconiza a realização de ações e práticas educativas, ações de assistência à saúde, imunização, saúde bucal, saúde

mental, saúde sexual e saúde reprodutiva, controle de agravos, entre outras estratégias de cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Apesar das iniciativas, as altas taxas de natalidade entre adolescentes fornecem evidências do acesso limitado aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). E devido ao aumento do número da juventude brasileira (ultrapassa 51 milhões), a Unicef (2015b) adverte que a infância e a adolescência devem ser prioridade nas políticas públicas no Brasil.

Em nível regional, o município de Goiânia, na tentativa de atender às Diretrizes Nacionais através da Secretaria Municipal de Saúde, vem implementando um conjunto de ações como o atendimento aos adolescentes em conflito com a lei, capacitação para profissionais envolvendo vários temas para lidar com a adolescência em todos os seus contextos, também, a implantação de ambulatórios de atendimento ao adolescente, favorecendo, assim, a redução da morbimortalidade (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2015).

A Universidade Federal de Goiás (UFG), no ano de 1988, criou o NECASA (Núcleo de Estudos e Coordenação de Ações para a Saúde do Adolescente), a partir de um programa multidisciplinar interno do Hospital das Clínicas/UFG, hoje chamado de CEPEA (Centro de Ensino Pesquisa e Extensão do Adolescente), o qual constitui um serviço especializado no atendimento, prevenção e pesquisa sobre as questões que envolvem os adolescentes e suas famílias, na região goiana (ALMEIDA et al., 2014).

O Instituto Dom Fernando (IDF), criado em março de 1995 (pela Sociedade Goiana de Cultura na condição de mantida) e hoje vinculado à Pro-Reitoria de Extensão e Apoio Estudantil da PUC-Goiás, atua na proposição de subsídios para elaboração de políticas públicas, na produção de conhecimento, na articulação com movimentos sociais e realiza ações com crianças, adolescentes, jovens e as famílias (SOUSA et al., 2009), por meio do diálogo entre territórios curriculares, culturais e políticos constitutivos e instituintes do ensino (graduação e pós-graduação), pesquisa, extensão e gestão universitária (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, 2017).

No entanto, nenhuma ação específica com objetivo de prevenir a gravidez na adolescência é desempenhada no município (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2015).

3.6 Situação da gravidez na adolescência no município de Goiânia

Segundo dados do MS, a prevalência de gravidez na adolescência no município de Goiânia variou entre 13,3% e 23,3% nas duas últimas décadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a). Durante esse período, a média de nascidos vivos de mães adolescentes foi de 17,8% (DP \pm 3,7%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a). As maiores taxas foram nos anos 1996, 1997 e 1998 respectivamente 23,2%, 22,9% e 22,7% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a). As taxas de gravidez na adolescência no município goiano com o passar dos anos foram reduzindo conforme dados apresentados na tabela 1 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

Tabela 1 - Prevalência de Nascidos Vivos de mães adolescentes, por ano, no município de Goiânia, Goiás 1995-2014

Ano	Total de Nascidos		Filhos de adolescentes (idade 10 -19 anos)		
	N		n	%	IC 95%
1995	22283		4941	22,2	21,6-22,7
1996	22028		5108	23,2	22,6-23,8
1997	21593		4950	22,9	22,4-23,5
1998	21050		4787	22,7	22,2-23,3
1999	20287		4432	21,8	21,3-22,4
2000	20077		4284	21,3	20,7-21,9
2001	19766		4144	21,0	20,4-21,5
2002	20037		3799	19,0	18,4-19,5
2003	20121		3625	18,0	17,5-18,6
2004	19831		3541	17,9	17,3-18,4
2005	19621		3301	16,8	16,3-17,4
2006	19783		3308	16,7	16,2-17,2
2007	19145		3033	15,8	15,3-16,4
2008	19453		2933	15,1	14,6-15,5
2009	19796		2792	14,1	13,6-14,6
2010	20014		2700	13,5	13,0-14,0
2011	20708		2755	13,3	12,8-13,8
2012	21305		2897	13,6	13,4-14,1
2013	22026		3000	13,6	13,2-14,1
2014	22962		3059	13,3	12,9-13,8

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Alguns estudos sobre gravidez na adolescência foram realizados no município como um todo e por regiões. Neste sentido, o estudo realizado por Vieira e outros (2004), no município de Goiânia com adolescentes de 15 a 19 anos identificou prevalência de 42,1% de gravidez na adolescência. A média de idade para a gravidez na adolescência encontrada foi de 16,5 anos por Menezes e Domingues (2004), sendo que 47% destas tinham menos de 16 anos.

Menezes e Domingues (2004), ao entrevistar 132 gestantes adolescente (<18 anos) inscritas no pré-natal de três serviços de saúde pública do município, verificaram que metade das gestantes (49,3%) tinha renda familiar inferior a dois salários mínimos e cerca de 77% afirmaram ter interrompido os estudos com menos de 8 anos concluídos. Quanto à situação conjugal, 64% destas tinham companheiro (MENEZES; DOMINGUES, 2004). Os pais dos filhos das gestantes tinham idade média de 21 anos, sendo que 37,1% eram adolescentes, e metade destes também tinha menos de oito anos de estudo (MENEZES; DOMINGUES, 2004)

Nos estudos de Barbosa (2015), a maioria das gestantes adolescentes (81%) era de raça/cor não branca e 32,9% estavam sem companheiro. Quanto à escolaridade, 81,2% tinham interrompido os estudos. Cerca de 44,2% das adolescentes declararam que a gravidez foi o motivo da interrupção escolar (BARBOSA, 2015). De Moura Borges e outros (2009), também, identificou-se a evasão escolar entre adolescentes grávidas no município goiano.

Em Goiânia, a prevalência deste agravo se manteve entorno dos 11% nos últimos cinco anos (tabela 2) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

Tabela 2 - Prevalência de gravidez na adolescência extremamente jovem (≤ 15 anos), por ano, no município de Goiânia, Goiás 2010-2014

Ano	Gravidez na adolescência	Gravidez na adolescência extremamente jovem		
	(10-19)	(10-15)		IC 95%
	N	N	(%)	
2010	2700	301	(11,2)	10,0-12,4
2011	2755	313	(11,4)	10,2-12,6
2012	2897	345	(11,9)	10,8-13,1
2013	3000	350	(11,6)	10,6-12,9
2014	3059	345	(11,2)	10,2-12,4

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

3.7 Sistemas de informação em saúde

Os Sistemas de Informação da Saúde (SIS) são formados por um conjunto de iniciativas políticas e institucionais que juntamente fornecem uma estrutura capaz de garantir a obtenção de dados em informação. Diversos profissionais são envolvidos em processos de seleção, coleta, classificação, armazenamento, análise, divulgação e recuperação de dados (FRANCO, 2016).

Historicamente, a experiência do Sistema de Saúde do Brasil tem sido acompanhada da implantação de vários sistemas de informação em saúde, direcionados para diferentes dimensões: epidemiológica, demográfica, de produção de serviços e outras funcionalidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Os sistemas de informações têm, basicamente, o objetivo de aquisição do conhecimento que deve fundamentar a gestão dos serviços com a finalidade de planejamento, gestão, avaliação, controle social, ensino e pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Dentre os componentes do SIS, destaca-se o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

O SINASC foi implantado a partir de 1990 e estabeleceu as diretrizes de um sistema alternativo, baseado na experiência de outros países e de alguns estados brasileiros (MELLO JORGE et al., 1993). No ano da implantação, foi elaborado um formulário denominado Declaração de Nascido Vivo (DNV) para a coleta de informações a respeito das condições gerais do recém-nascido, da mãe e do parto, preenchidos nos hospitais e nas instituições de saúde quando aí se realizassem os nascimentos e nos cartórios, quando estes fossem domiciliares (MELLO JORGE et al., 1993).

O SINASC está implantado em todos os estados brasileiros e as informações são divulgadas pelo *site* do DATASUS – Ministério da Saúde (www.datasus.gov.br) (ROMERO; CUNHA, 2006). O objetivo fundamental do SINASC é manter um sistema de informações sobre os nascimentos, com dados individualizados, que contenham informações coletadas no momento do nascimento, relacionadas à gestação, ao parto, às condições de nascimento da criança e às características da mãe (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; SAÚDE, 2007). Assim, o SINASC tem variáveis importantes, como: idade da mãe, sexo do recém-nascido, peso ao nascer, duração da gestação, grau de instrução da mãe, índice de Apgar,

tipo de parto, paridade, estabelecimento onde ocorreu o parto e município de origem da mãe (ROMERO; CUNHA, 2006).

O acesso gratuito e por meio eletrônico a essas bases de dados também tem facilitado as avaliações de cobertura, de completude do preenchimento das variáveis e de confiabilidade desses SIS (DE FREITAS DRUMOND et al., 2013). O Sinasc apresenta uma cobertura superior a 90% (PEDRAZA, 2012). Estudos evidenciam um baixo percentual de informações em branco ou ignorados no Sinasc, chegando à completude de 99,8 a 100% (PEDRAZA, 2012; GABRIEL et al., 2014). Por isso, desde sua criação, o Sinasc tem sido fonte importante para vários tipos de estudos no país (VIELLAS et al., 2012; SILVA et al., 2013).

Este estudo utilizará dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que surgiu em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b). Este departamento tem como missão prover os órgãos do SUS de Sistemas de Informação tal como o SINASC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Local

Este estudo foi realizado no Município de Goiânia, capital de Goiás, localizado no planalto Central do Brasil (Figura 1). O município possui 728,841km² de área territorial e está dividido em sete regiões (Figura 2) (IBGE, 2014). A estimativa populacional no ano de 2014 foi de 1.412.364 habitantes (IBGE, 2014). Em 2013, a capital de Goiás ocupou a 12^a colocação entre os municípios mais populosos do Brasil (IBGE, 2014). O município de Goiânia constituiu uma população de 731.942 adolescentes com idade entre 10 e 19 anos no ano de 2010 (PNUD; IPEA; FJP, 2013)



Figura 1. Localização da área de estudo.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Goiânia é de 0,799, ocupando assim a 45^o colocação no Ranking de IDHM dos municípios do Brasil (PNUD; IPEA; FJP, 2013). O índice, que é medido pela escolaridade da população adulta e pelo fluxo escolar da população jovem denominado IDHM Educação, constitui 0,739. Já o IDHM Renda, índice medido pela renda mensal per capita, constitui 0,824 (PNUD; IPEA; FJP, 2013).



Figura 2. Regiões de Goiânia.

4.2 Delineamento do estudo e fonte de dados

Trata-se de um estudo transversal de base populacional que utilizou informações das declarações de nascidos vivos obtidas do SINASC, de filhos de mães com idade entre 10 e 15 anos residentes no município de Goiânia, Goiás, no ano de 2015.

O Banco de dados SINASC foi utilizado como fonte de dados. Para o presente estudo, a variável de desfecho foi a gravidez na adolescência extremamente jovem, ou seja, as mães que no momento do parto tinham idade ≤ 15 anos. E foi considerado grupo de comparação as mulheres que, no momento do parto, tinham idade entre 25 a 29 anos.

As variáveis selecionadas para o estudo foram: dados maternos - (i) idade da mãe (≤ 15 e 25 a 29); (ii) raça (branca e não branca); (iii) escolaridade (< 4 e ≥ 4 anos); (iv) situação conjugal (com e sem companheiro); (v) idade do pai (< 20 , ≥ 20);

(vi) semanas de gestação (<37 e ≥37 semanas); (vii) início de pré-natal (após 1º trimestre e 1º trimestre); (viii) número de consultas de pré-natal (<6 e ≥ 6); (ix) tipo de parto (vaginal e cesáreo). Dados do 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 ≥ 2500g); (iv) anomalia identificada (sim e não).

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foi considerado como critério de inclusão para o estudo, mães com idade entre 10 e 15 anos, residentes no município de Goiânia. Foram excluídas as mães adolescentes cujo parto ocorreu em Goiânia, mas que residiam em outro município.

4.4 Análise dos dados

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o *software STATA*, versão 13.0 (*Stata Corp, College Station, TX*). Para a caracterização da população estudada, foram utilizados procedimentos da estatística descritiva, com medidas de tendência central (frequências simples e média ± desvio padrão). A prevalência de gravidez na adolescência foi estimada considerando o número de mães extremamente jovens (≤15 anos), no numerador e o número de nascidos vivos de mães adolescentes, no denominador.

Utilizou-se a regressão de Poisson múltipla com variância robusta para verificar os fatores associados à gravidez na adolescência extremamente jovem. As variáveis independentes com valor de $p \leq 0,10$ nas análises bivariáveis foram selecionadas para análise múltipla e incluídas no modelo de regressão. Foi considerado nível de significância estatística de 5%.

4.5 Aspectos éticos

Apesar de usar dados secundários disponíveis para a consulta pública, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de

Goiás – PUC Goiás (protocolo nº: 53525615.4.0000.0037) (ANEXO A) e seguiu as orientações da Resolução 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Assim, foi solicitado ao comitê de ética a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B).

5 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão apresentados em forma de artigo científico a ser submetido à publicação na Revista Latino Americana de Enfermagem (RLAE).

Artigo: Fatores associados à gravidez na adolescência com idade materna extremamente jovem¹

Jackeliny Calixto de Souza²

1 Artigo extraído da dissertação de mestrado “FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EXTREMAMENTE JOVEM”, apresentada ao Mestrado em Atenção à Saúde da PUC-Goiás.

2 Mestranda, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Resumo

Objetivo: analisar os fatores associados à gravidez extremamente jovem (≤ 15 anos). Método: trata-se de um estudo de corte transversal, de base populacional, que utilizou dados obtidos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Foram analisadas as mães com idade ≤ 15 anos, residentes no município de Goiânia, Goiás, que tiveram filhos nascidos vivos no ano de 2015. Resultados: a proporção da gravidez na adolescência extremamente jovem foi de 11,9%. A maioria das mães adolescentes eram não brancas (IRR:8,23 IC95% 5,66-11,97), estavam sem companheiro (IRR:8,23 IC95% 5,66-11,97) e se relacionavam com homens adultos (59,4%). As regiões de maior ocorrência no município foram: Noroeste (21,6%), Sudoeste (17,6%) e região Oeste (16,2%). Conclusão: os achados deste estudo evidenciam a necessidade de implementação do Programa Saúde nas Escolas com foco na promoção da saúde dos escolares com atividades de capacitação de profissionais da área da saúde e

²Autor Correspondente: Jackeliny Calixto de Souza
R: 1034, n: 214, Ap: 201, St.: Pedro Ludovico, Goiânia, Goiás, Brasil.
Email: jackelinycalixto@gmail.com

educação para minizar as diversas vulnerabilidades a que estão expostos, especialmente a gravidez da adolescência.

Descritores: Gravidez na adolescência; Adolescente.

Key-Words: Pregnancy in Adolescence; Adolescent.

Palabras-Clave: Embarazo en Adolescencia; Adolescente.

Introdução

A gravidez na adolescência tem sido associada a uma série de desfechos desfavoráveis para o futuro das mães, criando um ciclo de condições sociais adversas, como menores oportunidades educacionais e de trabalho (1, 2). A gravidez, nesta fase da vida, ocorre em um novo cenário de mudanças sociais e culturais da transição da vida adulta, denominado pós-modernidade (3). Dentre as alterações ocorridas, destacam-se a aquisição de novas tecnologias de informação, hábitos de consumo, valores hedonistas, violência urbana e a desagregação dos laços sociais (3, 4).

Nas últimas décadas, houve redução da gravidez entre adolescentes na maioria dos países desenvolvidos, incluindo os Estados Unidos e a Europa Ocidental (5, 6). Nos Estados Unidos, o declínio da fertilidade na adolescência ocorreu rapidamente desde 2007, na faixa etária de 15 a 19 anos (6). A queda, nas taxas de gravidez na adolescência, pode ser atribuída, principalmente, à melhoria do uso de métodos contraceptivos (6) e ao aumento das oportunidades educacionais para as mulheres jovens (2).

Por outro lado, os países em desenvolvimento são responsáveis por 95% dos nascimentos globais de mães adolescentes (7). Nesses países, incluindo o Brasil, existe uma forte associação entre as desigualdades sociais (regiões mais pobres e menos instruídas) e a gravidez na adolescência (8). O Brasil está entre os sete países onde ocorre a metade dos

nascimentos de adolescentes do mundo (Índia, Nigéria, República Democrática do Congo, Brasil, Bangladesh, China e Etiópia) (9).

Atualmente, os estudos têm evidenciado uma preocupação com a gravidez em adolescentes extremamente jovem (menores de quinze anos) (10). Do total anual de 7,3 milhões de novas mães adolescentes de países em desenvolvimento, dois milhões têm menos de 15 anos (11). E as perspectivas para o futuro são as piores, pois se persistirem as tendências atuais, o número de nascimentos advindos de meninas com menos de 15 anos pode chegar a três milhões por ano em 2030 (12).

No Brasil, um estudo ecológico recente que utilizou dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) identificou que as taxas de fecundidade entre adolescentes menores de 14 anos permaneceram altas entre 2000 e 2012 (13). Os achados deste estudo mostraram uma distribuição heterogênea no país, com concentração de alta taxa de fertilidade em regiões menos favorecidas (Norte e Nordeste) e *clusters* com menores taxas no Sul, Sudeste e Centro-Oeste, indicando que a gravidez na adolescência extremamente jovem pode estar associada às desigualdades sociais e regionais (13).

Nas últimas décadas, vários estudos sobre o fenômeno da gravidez na adolescência foram produzidos (14-19). No entanto, a gravidez na adolescência extremamente jovem ainda é pouco estudada. Assim, o presente estudo analisou a proporção e os fatores associados à gravidez em adolescentes menores de quinze anos de idade.

Método

Trata-se de um estudo de corte transversal, de base populacional, que utilizou dados obtidos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Foram analisados os filhos nascidos vivos de mães com idade ≤ 15 anos, residentes no município de Goiânia, Goiás, no ano de 2015. Goiânia está dividida em sete regiões (norte, sul, leste, oeste, sudoeste,

noroeste e central) e está situada na região Central do Brasil. A população de Goiânia é aproximadamente 1.400.000 habitantes. A população de adolescentes do sexo feminino de 16 a 19 anos e de 10 a 15 anos em Goiânia, no último senso do IBGE (2010), foi de 56.556 e 49.326 pessoas respectivamente, totalizando 8,1% da população geral (20). Em 2015, houve 280 nascidos vivos de adolescentes menores de 15 anos, representando 1,5% de todos os 18.840 nascimentos de Goiânia.

A variável de desfecho deste estudo foi a gravidez na adolescência extremamente jovem, que foi definida quando as mães, no momento do parto, tinham idade ≤ 15 anos. E foi considerado grupo de comparação as mulheres que, no momento do parto, tinham idade entre 25 a 29 anos.

As variáveis independentes selecionadas para o estudo foram: dados maternos - (i) idade da mãe (≤ 15 e 25-29 anos); (ii) raça (não branca e branca); (iii) escolaridade (< 4 e ≥ 4); (iv) situação conjugal (sem e com companheiro); (v) idade do pai (< 20 e ≥ 20 anos); (vi) semanas de gestação (< 37 e ≥ 37 semanas); (vii) início de pré-natal (1º trimestre e após 1º trimestre); (viii) número de consultas de pré-natal (< 6 e ≥ 6); (ix) tipo de parto (natural e cesáreo). Dados do recém-nascido: (i) índice de Apgar no 1º minuto (< 7 e ≥ 7); (ii) índice de Apgar no 5º minuto (< 7 e ≥ 7); (iii) peso ao nascer (< 2500 e ≥ 2500 g); (iv) e anomalia identificada (sim e não).

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software STATA, versão 13.0 (*Stata Corp, College Station, TX*). Foram utilizados procedimentos da estatística descritiva, com medidas de tendência central (frequências simples e média \pm desvio padrão).

A proporção de gravidez na adolescência foi estimada considerando o número de mães extremamente jovens (≤ 15 anos) no numerador e o número de nascidos vivos de mães adolescentes no denominador. Utilizou-se a regressão de Poisson múltipla com variância robusta para verificar os fatores associados à gravidez na adolescência extremamente jovem.

As variáveis independentes com valor de $p \leq 0,10$, nas análises bivariáveis, foram selecionadas para análise múltipla e incluídas no modelo de regressão. Foi considerado nível de significância estatística de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, obedecendo à Resolução nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde (parecer nº 1.450.158).

Resultados

No ano de 2015, do total de nascidos vivos (18.840) de mães residentes no município de Goiânia, 12,6% (IC95% 12,1-13,0) eram filhos de mães adolescentes (10-19 anos). Nesta faixa etária, a proporção da gravidez na adolescência extremamente jovem (≤ 15 anos) foi de 11,9% (IC95% 10,6-13,3). Essas mães tinham idade entre 11 e 15 anos com média de 14,6 ($\pm 0,7$) anos. As características biológicas e sociodemográficas da gravidez na adolescência estão presentes na tabela 1. A maioria das mães adolescentes eram não brancas (86,4%), estavam sem companheiro (83,4%) e se relacionavam com homens adultos (59,4%). Em relação à situação obstétrica não houve diferença na duração da gestação entre os grupos ($p = 0,095$). Dentre estas, apenas 34,6% das adolescentes iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre de gestação e 29,2% tiveram menos de seis consultas de pré-natal. E apenas 52,1% tiveram parto natural.

Tabela 1. Proporção da gravidez na adolescência extremamente jovem, segundo as variáveis sociodemográficas, no município de Goiânia, GO, Brasil, 2015

Variáveis	n (%)	Idade da mãe		p *
		≤15 anos (n= 280)	25-29 anos (n= 5331)	
Maternas		%	%	
Raça				
não branca	3944 (74,0)	86,4	73,3	<0,001
branca	1387 (26,0)	13,6	26,7	
Escolaridade				
<4	79 (1,5)	2,2	1,5	<0,213
≥4	5166 (98,5)	97,8	98,5	
Situação Conjugal				
sem companheiro	1846 (35,8)	83,4	33,2	<0,001
com companheiro	3336 (64,2)	16,6	66,8	
Idade do pai				
<20	18 (1,1)	40,6	0,3	<0,001
≥20	1633 (98,9)	59,4	99,7	
Semanas de gestação				
< 37	590 (12,2)	15,6	12,0	0,095
≥ 37	4241 (87,8)	84,4	88,0	
Início do pré-natal				
após 1º trimestre	620 (14,0)	34,6	12,8	<0,001
1º trimestre	3810 (86,0)	65,4	87,2	
Consultas de pré-natal				
< 6	603 (13,1)	29,2	12,1	<0,001
≥6	4013 (86,9)	70,8	87,9	
Tipo de parto				
Cesário	3888 (73,3)	47,9	74,7	<0,001
Natural	1415 (26,7)	52,1	25,3	
Recém-nascido				
Apgar 1º				
<7	228 (4,3)	6,1	4,2	0,121
≥7	5077 (95,7)	93,9	95,8	
Apgar 5º				
<7	34 (0,6)	1,4	0,6	0,099
≥7	5275 (99,4)	98,6	99,4	
Peso ao nascer				
<2500g	432 (8,1)	10,4	8,0	0,156
≥2500g	4899 (91,9)	89,6	92,0	
Anomalia identificada				
sim	19 (0,4)	0,8	0,4	0,273
não	4843 (99,6)	99,2	99,6	

*Diferença estatisticamente significativa (p-valor <0,05)

No presente estudo, as regiões de maior ocorrência das gravidezes na adolescência extremamente jovem foram: Noroeste (21,6%), Sudoeste (17,6%) e região Oeste (16,2%) respectivamente (FIGURA 1).

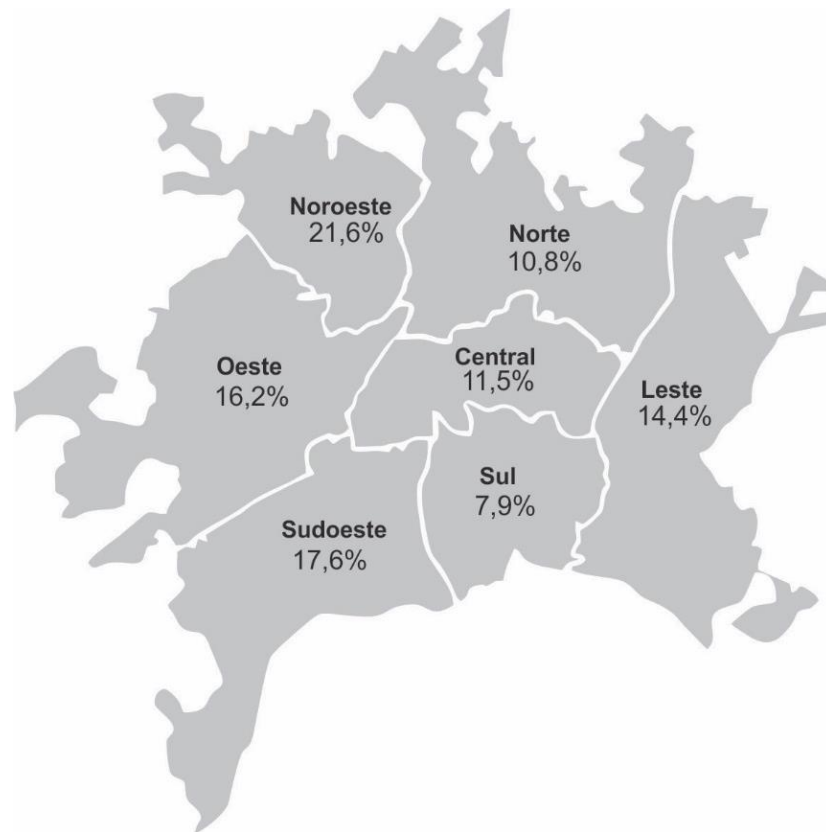


Figura 1 – Regiões de Goiânia com maiores proporções de gravidez na adolescência extremamente jovem, em 2015

Observou-se, na análise univariada, associação do desfecho com a raça e situação conjugal. Na análise multivariada, estas variáveis permaneceram associadas à gravidez na adolescência extremamente jovem (tabela 2).

Tabela 2. Fatores associados à gravidez na adolescência com idade materna extremamente jovem, Goiânia, GO, Brasil, 2015

Variáveis	IRR	IC(95%)	p	IRR ajustado	IC (95%)
Raça	2,52	1,78-3,56	<0,001	1,85	1,31-2,62
Escolaridade	1,50	0,69-3,27	0,305	-	-
Situação conjugal	7,78	5,82-10,42	<0,001	8,23	5,66-11,97

*Diferença estatisticamente significativa (p-valor <0,05)

Discussão

Esta investigação teve como foco as mães adolescentes extremamente jovens (≤ 15 anos). Os resultados deste estudo identificaram que a raça e a situação conjugal foram fatores associados à gravidez precoce entre adolescentes extremamente jovens.

No presente estudo, a proporção de gravidez em adolescentes com 15 anos ou menos encontrada foi de 11,9%. Este percentual está próximo do estimado pela OMS, em países de baixa e média rendas, que fica em torno dos 10% (21). Atualmente, os estudos mostram que a taxa de fecundidade acima dos 15 anos sofreu decréscimo no mundo (22), no entanto, em adolescentes extremamente jovens, vem aumentando nos últimos anos (23, 24).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde também evidenciam a redução da gravidez em maiores de 15 anos ($\approx 30\%$), entretanto, em adolescentes extremamente jovens, não houve alteração, mantendo-se estável (25). Um estudo recente conduzido por Borges e colaboradores em todo Brasil, também identificou a estabilidade das taxas da gravidez nesta população no período de 2000 a 2012 (13). A fragilidade das políticas públicas é destacada por alguns investigadores como uma das causas da invariabilidade desses índices, pois estas são fragmentadas, pouco integrais e não se implementam efetivamente (12).

Proporções semelhantes às deste estudo foram encontradas no Rio Grande do Sul (12,0%) (26), Alagoas (13,4%) (27) e no Rio de Janeiro (15,3%) (28). Taxas mais altas foram encontradas em Minas Gerais (29) e no Ceará (30) (24,2% e 29,4%) respectivamente. As proporções encontradas em diferentes estudos no Brasil são heterogêneas, pois dependem da região, estado ou município (13). As regiões com menores taxas de gravidez na adolescência são as de maiores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) no país (24), pois no Brasil ainda há grandes desigualdades sociais e regionais (13). Em Goiânia, o IDH é de 0,799. As

evidências sugerem que o nível de riqueza nacional, desenvolvimento econômico e a desigualdade de renda em um país estão associados com as diferenças nas taxas de natalidade dos adolescentes, entre países (31).

Foi encontrado maior proporção de parto natural nas mães adolescentes que em mulheres com idade entre 25-29 anos (52,1% vs 25,3%). Estudos mostram que a cesariana é mais frequente nas mulheres com maior idade, escolaridade, melhor condição econômica e com assistência pré-natal em serviços privados (32, 33). Os resultados perinatal dos recém-nascidos das mães adolescentes neste estudo foram todos favoráveis (Apgar no 1º e 5º minuto, peso ao nascer e anomalia identificada). Isso pode ser explicado pelo início do acompanhamento de pré-natal ter iniciado precocemente (ainda no 1º trimestre de gestação) e o número de consultas ser igual ou maior que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (≥ 6 consultas de pré-natal).

O presente estudo identificou altas proporções de gravidez em mães extremamente jovens em regiões de baixa renda do município (Noroeste, Sudoeste e Oeste). Trata-se de regiões de pouca infraestrutura básica e habitadas por populações de baixa renda oriundas da mobilidade intraurbana e da migração. Atualmente, apesar dos investimentos governamentais e da melhor cobertura de serviços de saúde (maior número de equipe de estratégia de saúde da família), essas regiões ainda concentram grande população de baixa renda. Na região Sul de Goiânia a proporção de gravidez extremamente jovem foi três vezes menor que a região Noroeste, esta região é marcada por maior adensamento de construções verticalizadas e casas luxuosas, atividades comerciais voltadas para as camadas de média e alta renda, parques e praças floridas e bem cuidadas com avenidas largas e movimentadas (34).

Uma análise da distribuição espacial da gravidez na adolescência em Belo Horizonte identificou maiores proporções em regiões com piores condições socioeconômicas (35). Nos Estados Unidos, baixa renda e morar em comunidades pobres foram riscos para a gravidez

precoce. Nesse estudo, os adolescentes com maiores registros de pobreza tinham 40% mais chance de ter gravidez precoce (22). Na Colômbia, os lugares que agregam maiores taxas de gravidez na adolescência são regiões de pouca infraestrutura e alta vulnerabilidade social (36). Segundo a Unicef, os adolescentes que vivem nas periferias dos grandes centros urbanos são aqueles que têm seus direitos mais violados no dia a dia e estão mais expostos à pobreza, à violência, à gravidez na adolescência e à exploração (23).

No presente estudo, a situação conjugal (sem companheiro) foi associada à gravidez na adolescência extremamente jovem. No Brasil, até a metade do século XX, era frequente as adolescentes casarem, engravidarem precocemente e os filhos eram bem aceitos (37). Atualmente, as modificações de concepções e valores tornam esse fenômeno difícil de ser entendido, principalmente, entre meninas menores de quinze anos, pois a prioridade é a escolarização e a preparação profissional. A sexualidade juvenil não se encontra mais submetida ao casamento como fora antigamente (38). Neste cenário, as adolescentes que possuem um companheiro e mantêm uma vida sexual ativa poderiam se proteger melhor de uma gravidez não planejada. Contudo, a OMS elaborou diretrizes para limitar o matrimônio antes dos 18 anos, como estratégia de prevenir a gravidez precoce, uma vez que, em países em desenvolvimento, mais de 30% das adolescentes se casam antes de completar 18 anos e cerca de 14%, antes dos 15 (39).

Por outro lado, estudos qualitativos realizados por psicólogos e antropólogos apontam que a gravidez pode ser uma opção das próprias adolescentes, numa busca distorcida por autonomia, autoridade, reconhecimento social pela própria família, seus amigos e colegas. Além disso, apesar de afetar principalmente as adolescentes mais pobres, é um fenômeno também presente entre as adolescentes de classe média e classe média alta (23, 40).

Outra variável que mostrou associação significativa com a gravidez precoce no presente estudo foi a raça não branca, corroborando outros estudos que identificaram que as

jovens que engravidam, ainda na adolescência, são mais propensas a serem não brancas (10, 19, 22, 41). Nesse sentido, Garwood e outros (22) evidenciaram que adolescentes da raça branca tiveram 20% menos chance de engravidar precocemente em comparação com jovens não brancas. No Brasil, apesar das desigualdades sociais e étnicas serem um problema secular (42), ainda são poucas as evidências sobre as implicações das desigualdades raciais sobre a maternidade na adolescência. Porém, alguns investigadores evidenciaram as desvantagens das mulheres pretas e pardas na assistência à sua saúde ao neonato (43). Um estudo transversal, conduzido no Rio de Janeiro, com finalidade de analisar as desigualdades raciais e sociodemográficas na assistência pré-natal e o parto identificou maior proporção de gravidez em adolescentes negras e de baixa escolaridade (43). Nos Estados Unidos, um estudo transversal comparou os fatores de risco de gravidez ocorridos antes dos 15 e entre 15 e 19 anos de idade. Este estudo identificou que a gestações ocorrida antes dos 15 anos de idade foi associada à mulheres hispânicas ou pretas comparadas com brancas e mulheres não hispânicas (10). No Brasil, um estudo que investigou a situação da adolescência brasileira, analisada a partir do recorte de raça, identificou que os adolescentes negros estão desproporcionalmente mais afetados pela pobreza (23).

No presente estudo, a escolaridade não foi associada à gravidez de adolescentes extremamente jovens na análise multivariada. Foi definido um ponto de corte de menos de quatro anos para baixa escolaridade. Assim, as adolescentes com idade inferior a 15 anos teriam a probabilidade de já ter cursado, pelo menos, três anos de estudo, devido à existência de jovens com 11 anos de idade. Diferente desses achados, pesquisas anteriores evidenciaram que o abandono e o retardo escolar podem estar na base da gravidez da adolescência, tanto em países desenvolvidos quanto nos de média e baixa rendas (11). Outros investigadores argumentam que a baixa escolaridade das jovens pode ser, concomitantemente, uma causa e uma consequência da gravidez na adolescência (44-46). Além disso, as adolescentes que

frequentam a escola usam melhor os métodos contraceptivos, retardam a idade do casamento e se empoderam para cuidarem de suas próprias vidas (2, 6, 19, 47).

Uma limitação desta investigação foi a utilização de dados secundários do SINASC, pela limitada disponibilidade das variáveis existentes. Assim, comportamentos de risco relevantes associados à gravidez na adolescência que podem ter ocorrido na população estudada (ex: renda, abuso de substâncias, não uso de métodos contraceptivos etc.) não foram identificados por este estudo. E ainda, a variável idade do pai não foi analisada por haver 69% de dados em branco (*missing*). Apesar de suas limitações, o SINASC cobre mais de 90% dos nascimentos de todo país e mostrou melhora substancial na última década (48). Com relação à variável de desfecho (idade da mãe), outros investigadores mostraram um nível muito baixo de dados faltantes (49, 50). É importante ressaltar que este estudo incluiu todos os casos de gravidez extremamente jovem ocorridos no município (base populacional) no período do estudo. Portanto, este estudo adiciona no crescente corpo de evidências sobre as implicações da gravidez para meninas extremamente jovens.

Sumarizando, o presente estudo identificou que a situação conjugal e a raça das adolescentes menores de quinze anos foram associadas à maternidade precoce. Os achados deste e de outros estudos indicam a necessidade de discutir e tornar visível a problemática das relações raciais no Brasil. Houve a ocorrência de maiores proporções de nascimento de filhos de adolescentes extremamente jovens em regiões menos favorecidas do município.

Esses achados evidenciam a necessidade de elaboração de políticas públicas focadas na prevenção e no enfrentamento da gravidez na adolescência. Todavia, essas políticas devem estar para além da transmissão de informações relativas à contracepção e proteção contra as infecções sexualmente transmissíveis. Elas devem agregar a lógica que orienta a experimentação sexual com o parceiro como via principal para a construção da autonomia pessoal, sendo a escola um local favorável para este exercício. Assim, o Programa de Saúde

na Escola deveria intensificar as ações de promoção da saúde no contexto escolar por meio da capacitação de profissionais da educação e saúde, bem como a Estratégia de Saúde da Família para lidarem com os adolescentes vulneráveis à gravidez em fases precoces da vida.

Percebe-se, portanto, a necessidade de estudos futuros nas regiões do município com maiores proporções de gravidez em adolescentes com idade extremamente jovem, para além dos dados que são registrados no SINASC, a fim de desvendar os motivos pelos quais estas adolescentes engravidam em idade precoce. E deste modo, assistir melhor esta população por meio de políticas públicas paltada na realidade local.

Referências

1. Fletcher JM, Wolfe BL. Education and labor market consequences of teenage childbearing evidence using the timing of pregnancy outcomes and community fixed effects. *Journal of Human Resources*. 2009;44(2):303-25.
2. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*. 2012;379(9826):1641-52.
3. Outeiral J. Adolescência: modernidade e pós-modernidade. *Rev Psicopedagogia*. 2005;22(68):119-47.
4. Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(7):1421-30.
5. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(2):223-30.
6. Lindberg L, Santelli J, Desai S. Understanding the decline in adolescent fertility in the United States, 2007–2012. *Journal of Adolescent Health*. 2016;59(5):577-83.
7. World Health Organization. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. 2011.
8. Chiavegatto Filho AD, Kawachi I. Income inequality is associated with adolescent fertility in Brazil: a longitudinal multilevel analysis of 5,565 municipalities. *BMC public health*. 2015;15(1):1.
9. Organization WH. Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Department of Making Pregnancy Safer WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2010.

10. Smid M, Martins S, Whitaker AK, Gilliam M. Correlates of pregnancy before age 15 compared with pregnancy between the ages of 15 and 19 in the United States. *Obstetrics & Gynecology*. 2014;123(3):578-83.
11. UNFPA. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. 2013.
12. Unicef. Vivências e relatos sobre a gravidez em adolescentes. República de Panamá 2014.
13. Borges ALV, do Nascimento Chofakian CB, Sato APS, Fujimori E, Duarte LS, Gomes MN. Fertility rates among very young adolescent women: temporal and spatial trends in Brazil. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016;16(1):1.
14. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage Pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2008;137(2):165-71.
15. Jonas K, Crutzen R, van den Borne B, Sewpaul R, Reddy P. Teenage pregnancy rates and associations with other health risk behaviours: a three-wave cross-sectional study among South African school-going adolescents. *Reproductive health*. 2016;13(1):1.
16. Shrim A, Ates S, Mallozzi A, Brown R, Ponette V, Levin I, et al. Is young maternal age really a risk factor for adverse pregnancy outcome in a Canadian tertiary referral hospital? *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2011;24(4):218-22.
17. Rangel DLdO, Queiroz ABA. A representação social das adolescentes sobre a gravidez nesta etapa da vida. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(4):780-8.
18. Acharya DR, Bhattarai R, Poobalan A, Teijlingen vE, Chapman G. Factors associated with teenage pregnancy in South Asia: a systematic review *Health Science Journal*. 2010;4(1):3-14.
19. Chen X-K, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International journal of epidemiology*. 2007;36(2):368-73.
20. IBGE. Censo Demográfico. 2010.
21. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health 2016 [cited 2016 01 nov 2016]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/.
22. Garwood SK, Gerassi L, Jonson-Reid M, Plax K, Drake B. More than poverty: the effect of child abuse and neglect on teen pregnancy risk. *Journal of Adolescent Health*. 2015;57(2):164-8.
23. Unicef. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Situação da Adolescência Brasileira 2011. Brasília - DF2011.

24. Vaz RF, Monteiro DLM, Rodrigues NCP. Trends of teenage pregnancy in Brazil, 2000-2011. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2016;62:330-5.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1ª edição revista ed. Brasília DF 2013. p. 136.
26. Coelho FMdC, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LdÁ, Souza LDdM, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2013;35(1):51-6.
27. Silva MJMd, Lima Sanches METd, Santos AAPd, Lima Holanda JBd, Santos MS. Assistência prestada à adolescente no momento do parto em uma maternidade de alto risco. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2015;28(1):98-105.
28. Viellas EF, Gama SGNd, Theme Filha MM, Leal MdC. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(3):443-54.
29. Guanabens MFG, Gomes AM, Mata MEd, Reis ZSN. Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. *Rev Bras Educ Médica*. 2012;36(1 Supl 2):20-4.
30. Bruno ZV, Feitosa FEdL, Silveira KP, Moraes IQd, Bezerra MdF. Reincidência de gravidez em adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(10):480-4.
31. Santelli JS, Sharma V, Viner R. 3. Inequality, National Wealth, Economic Development and Global Trends in Teenage Birth Rates, 1990-2010. *Journal of Adolescent Health*. 2013;52(2, Supplement 1):S4-S5.
32. Barros AJ, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Revista de saude publica*. 2011;45(4):635-43.
33. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGNd, Theme Filha MM, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1521-34.
34. Marinho CB. Região Sul de Goiânia: um lugar valorizado na metrópole. *GEOUSP: Espaço e Tempo (Online)*. 2006(19):113-29.
35. Nogueira MJ, Silva BFAd, Barcelos SM, Schall VT. Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte-MG. 2009.
36. Daniels JP. Tackling teenage pregnancy in Colombia. *The Lancet*. 2015;385(9977):1495-6.
37. Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silvares EdM. Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010;26(2):227-34.
38. Heilborn ML, Cabral CS, Camarano A. Parentalidade juvenil: transição condensada para a vida adulta. *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição*. 2006:225-56.

39. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenir El Embarazo Precoz Y Los Resultados Reproductivos Adversos En Adolescentes En Los Países En Desarrollo: Las Evidencias. 2012:1-8.
40. Pantoja ALN. “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil “Be someone in life”: a socio-anthropological analysis of adolescent pregnancy and motherhood. *Cad saúde pública*. 2003;19(Sup 2):S335-S43.
41. Jorge MG, Fonseca SC, Silva KSd, Costa SFd. Recorrência de gravidez em adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Adolesc Saúde (Online)*. 2014;11(3):22-31.
42. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*. 2011;377(9780):1863-76.
43. Carmo Leal M, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de saúde pública*. 2005;39(1):100-7.
44. Helena G, Santos Nd, Martins MdG, Sousa MdS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(5):224-31.
45. Silva AdAA, Coutinho IC, Katz L, Souza ASR. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. *Cad saúde pública*. 2013;29(3):496-506.
46. Adam GK, Elhassan EM, Ahmed AM, Adam I. Maternal and perinatal outcome in teenage pregnancies in Sudan. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2009;105(2):170-1.
47. Blum RW, Astone NM, Decker MR, Mouli VC. A conceptual framework for early adolescence: a platform for research. *International journal of adolescent medicine and health*. 2014;26(3):321-31.
48. Pedraza DF. Quality of the Information System on Live Births/SINASC: a critical analysis of published studies. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2729-37.
49. Jorge MHPdM, Laurenti R, Gotlieb SLD. Quality analysis of Brazilian vital statistics: the experience of implementing the SIM and SINASC systems. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(3):643-54.
50. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Ministério da Saúde Brasília; 2009.

REFERÊNCIAS

- ACHARYA, D. R. et al. Factors associated with teenage pregnancy in South Asia: a systematic review **Health Science Journal**, v. 4, n. 1, p. 3-14, 2010.
- ADAM, G. K. et al. Maternal and perinatal outcome in teenage pregnancies in Sudan. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 105, n. 2, p. 170-1, May 2009.
- ALMEIDA, M. F. et al. Intersecção entre psicanálise e atendimento público: o atendimento psicológico aos adolescentes do CEPEA/UFG. **Extramuros-Revista de Extensão da Univasf**, v. 1, n. 2, 2014.
- AMORIM, M. M. R. et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. **Rev bras ginecol obstet**, v. 31, n. 8, p. 404-10, 2009.
- ANDERSON, S. E.; DALLAL, G. E.; MUST, A. Relative weight and race influence average age at menarche: results from two nationally representative surveys of US girls studied 25 years apart. **Pediatrics**, v. 111, n. 4, p. 844-850, 2003.
- ARUDA, M. M.; BURKE, P. Pregnancy in adolescence. In: (Ed.). **Handbook of Adolescent Health Psychology**: Springer, 2013. p.551-564. ISBN 1461466326.
- AYRES, J. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 3, p. 117-140, 2003.
- AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JR, I. From natural history of disease to vulnerability. **Routledge handbook of global public health**, p. 98, 2010.
- BARBOSA, J. R. **Gravidez na adolescência: perfil epidemiológico, fatores predisponentes e repercussões perinatais em uma maternidade pública de Goiânia–GO**. 2015. 82f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.
- BESERRA, E. P. et al. Adolescência e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: uma pesquisa documental. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v. 20, n. 1, p. 32-5, 2008.
- BOCARDI, M. I. B. **Gravidez na adolescência: o parto enquanto espaço do medo**. Marília, SP: Ed. Unimar, 2003. ISBN 85-86127-71-X.
- BORGES, A. L. V. et al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl. 1, p. 15, 2016.
- BORGES, G. A.; JÚNIOR, R. P. Idade da menarca em adolescentes de Londrina-PR. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 3, p. 5-11, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa Do Brasil**. Brasília, DF 1988.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

_____. LEI nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional** 1996.

BRÊTAS, J. R. D. S. et al. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3221-3228, 2011.

BRUNO, Z. V. et al. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 10, p. 480-4, 2009.

CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. Gravidez na adolescência e uso freqüente de álcool e drogas no contexto familiar. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 402-410, 2008.

CHANTRAPANICHKUL, P.; CHAWANPAIBOON, S. Adverse pregnancy outcomes in cases involving extremely young maternal age. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 120, n. 2, p. 160-4, Feb 2013.

CHEMELLO, C. S. **Perfil epidemiológico das adolescentes grávidas na cidade São Marcos, RS**. 1999. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Materno-Infantil

CHEN, X.-K. et al. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. **International journal of epidemiology**, v. 36, n. 2, p. 368-373, 2007.

COELHO, F. M. D. C. et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 35, n. 1, p. 51-56, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília: Diário Oficial da União 2012.

COSTA, F. C.; PRADO, E. O papel do enfermeiro na orientação sexual de adolescentes no ambiente escolar. **Rev. Enfermagem UNISA** v. 2, p. 80-83, 2001.

DA GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 153-161, 2002.

DA SILVA HOFFMANN, A. C. O.; ZAMPIERI, M. D. F. M. A atuação do profissional da enfermagem na socialização de conhecimentos sobre sexualidade na adolescência. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 2, n. 1, p. 56-69, 2009.

DANIELS, J. P. Tackling teenage pregnancy in Colombia. **The Lancet**, v. 385, n. 9977, p. 1495-1496, 2015.

DE FREITAS DRUMOND, E. et al. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 26, n. 1, p. 7-19, 2013.

DE MOURA BORGES, J. et al. Gravidez na Adolescência: percepções e perspectivas. **Estudos**, v. 36, n. 1, p. 171-189, 2009.

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.

FERREIRA, R. A. et al. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência/Spatial analysis of the social vulnerability of adolescent pregnancy. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 313-23, 2012.

FLASOG. **EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**. Lima, Perú 2011.

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

FRANCO, J. L. F. **Indicadores demográficos e de saúde: a importância dos sistemas de informação**. 2016. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_8.pdf>. Acesso em: 02 dez 2016.

GABRIEL, G. P. et al. Avaliação das informações das declarações de nascidos vivos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Campinas, São Paulo, 2009. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 3, p. 183-188, 2014.

GARWOOD, S. K. et al. More than poverty: the effect of child abuse and neglect on teen pregnancy risk. **Journal of Adolescent Health**, v. 57, n. 2, p. 164-168, 2015.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. "Tava morta e revivi": significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas "I was dead, but came back to life": the meaning of motherhood for adolescent girls with a history. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 469-472, 2008.

GUANABENS, M. F. G. et al. Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. **Rev Bras Educ Médica**, v. 36, n. 1 Supl 2, p. 20-4, 2012.

GUPTA, N.; KIRAN, U.; BHAL, K. Teenage Pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 137, n. 2, p. 165-171, 2008.

HE, C.; MURABITO, J. M. Genome-wide association studies of age at menarche and age at natural menopause. **Molecular and cellular endocrinology**, v. 382, n. 1, p. 767-779, 2014.

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

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

LIMA, C. A.; PALMEIRA, J. A. V.; CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2151-2156, 2006.

MALABAREY, O. T. et al. Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. **Journal of pediatric and adolescent gynecology**, v. 25, n. 2, p. 98-102, 2012.

MANFRÉ, C. C.; QUEIRÓZ, S.; MATTHES, A. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 5, p. 48-54, 2010.

MARANHÃO, T. A.; GOMES, K. R. O.; BARROS, I. D. C. Predictive factors of abortion among teenagers with obstetric experience. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 494-508, 2016.

MARINO, J. L. et al. Age at menarche and age at first sexual intercourse: a prospective cohort study. **Pediatrics**, v. 132, n. 6, p. 1028-1036, 2013.

MCDOWELL, M. A.; BRODY, D. J.; HUGHES, J. P. Has age at menarche changed? Results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999–2004. **Journal of Adolescent Health**, v. 40, n. 3, p. 227-231, 2007.

MELHADO, A. et al. Gravidez na adolescência: apoio integral à gestante e à mãe adolescente como fator de proteção da reincidência. **Adolescência e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 45-51, 2008.

MELLO JORGE, M. H. P. D. et al. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. suppl, p. 1-46, 1993.

MENACKER, F. et al. Births to 10–14 year-old mothers, 1990–2002: Trends and health outcomes. **National vital statistics reports**, v. 53, n. 7, 2004.

MENEZES, I. H. C. F.; DOMINGUES, M. H. M. D. S. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. **Revista de Nutrição**, v. 17, p. 185-194, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes.** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde: 60 p. 2007a.

_____. **Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens:** 56 p. 2007b.

_____. **Saúde do adolescente: competências e habilidades.** Brasília -DF 2008.

_____. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde.** Brasília 2009.

_____. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília – DF 2010.

_____. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Brasília - DF 2013.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a Lei : normas e reflexões.** Brasília 2015.

_____. DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. . 2016a.

_____. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. 2016b. Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/datasus> >. Acesso em: 28 nov 2016.

MOREIRA, D. M.; FRAGOSO, M. I. J.; OLIVEIRA JÚNIOR, A. V. D. Níveis maturacional e socioeconômico de jovens sambistas do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 1, p. 16-23, 2004.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 312-20, 2008.

NACIONES UNIDAS. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo. Nueva York. p. 45-46, 1995.

NERY, I. S. et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 1, p. 31-37, 2011.

NETO, X. et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2007.

NOGUEIRA, M. J. et al. Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte–MG. **Rev Bras Epidemiol**, v. 12, n. 3, p. 297-312, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenir El Embarazo Precoz Y Los Resultados Reproductivos Adversos En Adolescentes En Los Países En Desarrollo: Las Evidencias. p. 1-8, 2012.

_____. World Health Statistics 2015 Indicator compendium. **Indicator Code Book**, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; SAÚDE, F. N. D. **Métodos de investigação epidemiológica em doenças transmissíveis**. Brasília: FUNASA, 2007. 129

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

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: aproximações teóricas. **Serv. Soc. Rev**, v. 3, n. 1, p. 39-60, 2000.

PEDRAZA, D. F. Quality of the Information System on Live Births/SINASC: a critical analysis of published studies. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2729-2737, 2012.

PENSE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar -Pense**. Rio de Janeiro 2009.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012**. Rio de Janeiro, RJ 2012.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro, 2016.

PESSALACIA, J. D. R.; MENEZES, E. S. D.; MASSUIA, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Rev Bioethikos [Internet]**, v. 4, n. 4, p. 423-30, 2010.

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.

PIRES, R. et al. Trajetórias Relacionais e Reprodutivas Conducentes à Gravidez na Adolescência: a Realidade Nacional e Regional Portuguesa. 2014.

PNUD; IPEA; FJP. **O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) 2013.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS. Instituto Dom Fernando. 2017. Disponível em: < <http://sites.pucgoias.edu.br/extensao/instituto-dom-fernando/> >. Acesso em: 17 jan 2017.

PREFEITURA DE GOIÂNIA. Saúde do Adolescente: Ações. 2015. Disponível em: < <http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/secretaria/adolescente/acoes.shtml> >. Acesso em: 01 out 2015.

RANGEL, D. L. D. O.; QUEIROZ, A. B. A. A representação social das adolescentes sobre a gravidez nesta etapa da vida. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 12, n. 4, p. 780-788, 2008.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. **Disponibilidade e qualidade da informação epidemiológica e demográfica no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) para menores de um ano.** . XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. EPIDEMIOLOGIA, A. B. D. Caxambú -MG: ABEP: 1-17 p. 2006.

SANTOS, B. N. D. Sexualidade e violência sexual na adolescência: uma discussão a partir da realidade dos socioeducandos da Fundação da Criança e do Adolescente do Pará - FUNCAP. 2008.

SANTOS, J. D. O. et al. Perfil das adolescentes com reincidência de gravidez assistidas no setor público de Indaiatuba (SP). **J. Health Sci. Inst**, v. 27, n. 2, 2009.

SEDGH, G. et al. Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. **Journal of Adolescent Health**, v. 56, n. 2, p. 223-230, 2015.

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 and adolescent gynecology**, v. 24, n. 4, p. 218-222, 2011.

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

SILVA, M. J. M. D. et al. Assistência prestada à adolescente no momento do parto em uma maternidade de alto risco. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 98-105, 2015.

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.

SMID, M. et al. Correlates of pregnancy before age 15 compared with pregnancy between the ages of 15 and 19 in the United States. **Obstetrics & Gynecology**, v. 123, n. 3, p. 578-583, 2014.

SOUSA, S. M. G. et al. Investigação sobre o processo de atendimento psicossocial a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Projeto de Pesquisa. Universidade Federal de Goiás, Universidade Católica de Goiás, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. 2009.

SPINDOLA, T.; SILVA, L. F. F. D. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 99-107, 2009.

SYLVIA, M. et al. Índice de massa corporal, desenvolvimento puberal e sua relação com a menarca. **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, n. 4, p. 429-33, 2003.

TAQUETTE, S. R. Sexualidade na adolescência. **Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: MS, p. 205-12, 2008.**

UNFPA. Saúde Sexual e Reprodutiva. 2012. Disponível em: < <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/saude-reprodutiva> >. Acesso em: 14 jul 2016.

_____. **Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes** 2013.

_____. Investir em juventude é crucial para o avanço da América Latina e Caribe. . 2015. Disponível em: < <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/noticias/ultimas/1092-investir-em-juventude-e-crucial-para-o-avanco-da-america-latina-e-caribe%3E> >. Acesso em: 31 out 2015.

UNICEF. **O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Situação da Adolescência Brasileira 2011.** Brasília - DF 2011.

_____. **AGENDA PELA INFÂNCIA 2015-2018. Desafios e propostas eleições** 2014a.

_____. **Vivências e relatos sobre a gravidez em adolescentes.** República de Panamá 2014b.

_____. **ECA 25 anos Avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil.** 2015a.

_____. Ser prioridade absoluta nas políticas públicas. 2015b. Disponível em: < http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9415.htm >. Acesso em: 31 out 2015.

VAZ, R. F.; MONTEIRO, D. L. M.; RODRIGUES, N. C. P. Trends of teenage pregnancy in Brazil, 2000-2011. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 62, p. 330-335, 2016.

VENTURA, W.; VENTURA-LAVERIANO, J.; NAZARIO-REDONDO, C. Perinatal outcomes associated with subsequent pregnancy among adolescent mothers in Peru. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 117, n. 1, p. 56-60, 2012.

VIEIRA, M. A. 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.

VIELLAS, E. F. et al. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 443-54, 2012.

WHITWORTH, M.; COCKERILL, R. Antenatal management of teenage pregnancy. **Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine**, v. 20, n. 11, p. 323-328, 2010.

_____. Antenatal management of teenage pregnancy. **Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine**, v. 24, n. 1, p. 23-28, 2014.

ANEXOS**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

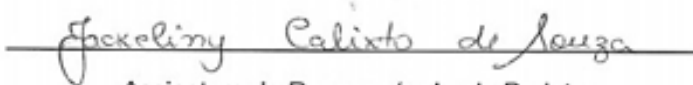
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CEP

**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

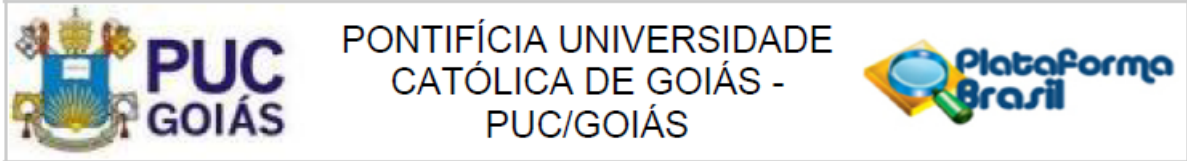
Eu, Jackeliny Calixto de Souza, pesquisadora responsável pelo projeto “PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À REINCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA, GOIÁS” solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para realização deste projeto tendo em vista que o mesmo utilizará somente dados secundários de domínio público obtido a partir do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), com as informações referentes aos participantes do estudo.

A autorização ética do estudo é importante, uma vez que, há a possibilidade de algum periódico solicitar a aprovação de um Comitê de Ética em pesquisa para publicação dos artigos. Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 e Resolução CNS 251 de 05 de agosto de 1997, referentes às informações obtidas com o Projeto.

Goiânia, 23 de fevereiro de 2016.


Assinatura do Responsável pelo Projeto

ANEXO B – APROVAÇÃO ÉTICA DO PROJETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À REINCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA, GOIÁS

Pesquisador: Jackeliny Calixto de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53525615.4.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.450.158

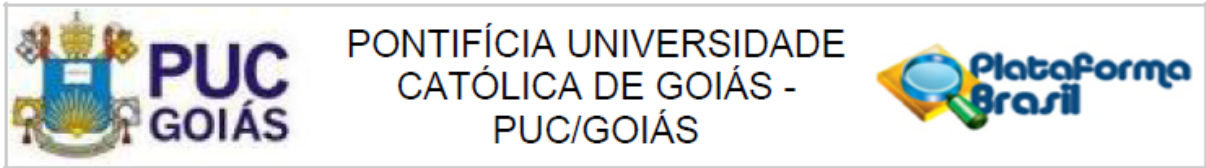
Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado que será desenvolvida no Programa de Pós-graduação Mestrado em Atenção a Saúde da PUC Goiás. O estudo terá como foco central estudar os fatores associados a reincidência da gravidez na adolescência. Os pesquisadores descrevem na justificativa que a situação mundial da gravidez na adolescência é alarmante e cerca de 20 mil adolescentes com menos de 18 anos dão à luz em países em desenvolvimento e se persistirem as tendências atuais, o número de nascimentos advindos de meninas com menos de 15 anos pode chegar a 3 milhões por ano em 2030. Para aprofundar a compreensão dessa problemática, os pesquisadores desenvolverão um estudo transversal analítico com o objetivo analisar a prevalência e os fatores associados à gravidez recorrente na adolescência, no município de Goiânia, Goiás. O estudo contribuirá para fornecer informações úteis para entender os elementos da cadeia de eventos relacionados à determinação da gravidez na adolescência. Serão coletadas as informações das declarações de nascidos vivos obtidas do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), de filhos de mães com idade entre 10 e 19 anos residentes no município de Goiânia Goiás no ano de 2013.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.450.158

- Analisar a prevalência e os fatores associados à gravidez recorrente na adolescência, no município de Goiânia, Goiás, estudando o papel das variáveis contidas no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil de adolescentes residentes no município de Goiânia (GO) que tiveram filhos nascidos vivos no ano de 2013.
- Estimar a prevalência da gravidez na adolescência no período do estudo. • Estimar a prevalência da gravidez recorrente na adolescência no período do estudo.
- Identificar a prevalência de Recém-Nascido em risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores ponderaram os riscos e benefícios de modo adequado atendendo as recomendações da Resolução 466/2012. O projeto oferece riscos mínimos e utilizara dados secundários do SINASC que estão em domínio publico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto esta metodologicamente e eticamente muito bem delineado. Trata-se de uma temática atual e relevante para aprofundar a compreensão da problemática relacionada à reincidência de gravidez na adolescência e contribuir para que os profissionais de saúde e gestores possam ter indicadores objetivos e estabelecer plano de ação pautado nas evidencias científicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram adequadamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

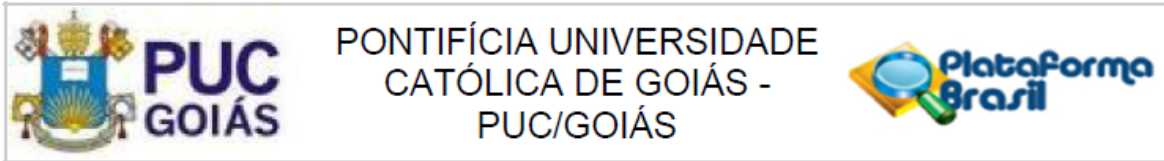
Projeto atende as recomendações das normas regulamentadoras para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR APÓS APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069		CEP: 74.605-010
Bairro: Setor Universitário		
UF: GO	Município: GOIANIA	
Telefone: (62)3946-1512	Fax: (62)3946-1070	E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.450.158

2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificar o cumprimento da Resolução CNS 466/12 e complementares.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pela Resolução CNS 466/12 e suas complementares, bem como garantir o seguimento fiel à proposta aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_502759.pdf	23/02/2016 17:52:27		Aceito
Outros	Lattes_JackelinyCalixtodeSouza.pdf	23/02/2016 17:51:22	Jackeliny Calixto de Souza	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_MariaAparecidaVieira.pdf	23/02/2016 17:48:38	Jackeliny Calixto de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/02/2016 17:44:24	Jackeliny Calixto de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinalComite.docx	23/02/2016 17:39:27	Jackeliny Calixto de Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/09/2015 21:58:49	Jackeliny Calixto de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 14 de Março de 2016

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br