



3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social

**Tema: “Capitalismo contemporâneo: tendências e desafios
da política social”**

Vitória (ES, Brasil), 22 a 25 de junho de 2015

Eixo: Classe social, gênero, raça, etnia e diversidade sexual.

Mulher adolescente: discutindo a gravidez na adolescência e suas implicações biopsicossociais

Maurício Pires Anastácio¹

Juliana Baptista Simoura²

Luciana Carrupt Machado Sogame³

Resumo

O índice crescente de gravidez na adolescência representa um problema social e de saúde pública para o Brasil. Estudar as principais implicações biopsicossociais da gravidez na adolescência e conhecer a realidade de uma maternidade pública de Vitória é importante para o conhecimento da realidade local e para que ações possam ser realizadas. Para tanto foi realizada pesquisa exploratória e coleta de dados em prontuários. Após esse levantamento, conclui-se que, o Espírito Santo apresenta decréscimo em relação à gravidez na adolescência. O número elevado de complicações, no serviço estudado, indica necessidade de um olhar mais cuidadoso na atenção das adolescentes grávidas.

Palavras-chave: Políticas públicas. Adolescência. Gravidez. Complicações.

INTRODUÇÃO

No Brasil a gravidez na adolescência é um importante tema de debate, pois representa um problema social e de saúde pública, devido às repercussões físicas, psicológicas e sociais que a gravidez acarreta nessa faixa etária (WHO, 2004; COSTA; SENA; DIAS,

¹ Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

² Graduada em Fisioterapia pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

³ Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Adjunta da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

2011). Além disto, observa-se o exercício da sexualidade começando cada vez mais cedo e um número alarmante de gestações não desejadas e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (MOREIRA *et al.*, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescentes as pessoas com idade entre 10 e 19 anos (WHO, 2014). A adolescência é uma fase do desenvolvimento muito importante para que o ser humano atinja a maturidade biopsicossocial, e em que a sexualidade se manifesta em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais (BRASIL, 2005).

A sexualidade é um dos importantes aspectos da adolescência, muito enfatizado não apenas pelos dados encontrados na literatura, mas também por que é nessa fase da vida do ser humano que a identidade sexual está se formando (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000). Sendo assim, os questionamentos relativos à saúde reprodutiva no Brasil têm despertado interesses de pesquisadores, gestores e sociedade por se tratar de um tema relevante para o delineamento de políticas populacionais e para o desenvolvimento socioeconômico do país (FARIA; ZANETTA, 2008).

Diante disso, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) em seu relatório nomeado de “Situação da População Mundial 2013”, mostrou que a cada ano verifica-se no mundo que 7,3 milhões de meninas menores de 18 anos dão à luz em países em desenvolvimento. No Brasil 26,8% da população sexualmente ativa iniciou sua vida sexual antes dos 15 anos. Esse mesmo estudo descreve que 12% das adolescentes de 15 a 19 anos possuem pelo menos um filho (UNFPA, 2013).

O presente artigo se propõe a apresentar as principais questões que estão relacionadas às implicações biopsicossociais vinculadas à gravidez na adolescência. E para nortear a presente reflexão foi realizada uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa de campo para conhecer a realidade da gravidez na adolescência de uma maternidade pública de referência de Vitória-ES. Para tanto foi realizado um estudo de coorte retrospectiva com análise de prontuários do total de gestantes que tiveram parto realizado na Associação Beneficente Pró-Matre de Vitória, nos meses de janeiro a fevereiro de 2011, sendo selecionadas as gestantes com idade superior ou igual a 10 anos e inferior ou igual a 19 anos.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES BIOPSISSOCIAIS

A maternidade quando ocorre na mulher adolescente é um problema de saúde pública, visto que os riscos de complicações e morte são consideráveis tanto para a mãe como para o neonato (KURAUCHI; ROTELI-MARTINS; AQUINO, 2003).

A adolescência é uma etapa evolutiva peculiar do ser humano. Nela culmina todo processo maturativo biopsicossocial do indivíduo. Por isso, não podemos compreender a adolescência estudando separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais. Eles são indissociáveis e é o conjunto de suas características que confere unidade ao fenômeno da adolescência (OSÓRIO, 1992).

A adolescência consiste em uma etapa da vida entre a infância e a idade adulta, caracterizada pela ocorrência de muitos conflitos e modificações comportamentais e corporais (SILVA *et al.*, 2010; GURGEL *et al.*, 2008), que envolve crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias⁴, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, integração social e adaptação ambiental (SILVA, 2012).

No Brasil, nota-se que mesmo com o declínio das taxas de fecundidade desde o início dos anos 70, é cada vez maior o número de partos entre as adolescentes em comparação com o total de partos realizados no País. Segundo dados estatísticos do SUS relativo a 2000, dos 2,5 milhões de partos realizados nos hospitais públicos do país, 689 mil eram de mães adolescentes com menos de 19 anos de idade. Segundo Barroso *et al.* (2007) a cada ano, cerca de 15 milhões de adolescentes no mundo experimentam a maternidade e pesquisas de países em desenvolvimento revelam que entre 20% a 60% das gestações e nascimentos, ocorridos em mulheres com idade menor que 20 anos, são involuntários. Dadoorian (2003) afirma que a maioria das adolescentes grávidas pertence às classes populares.

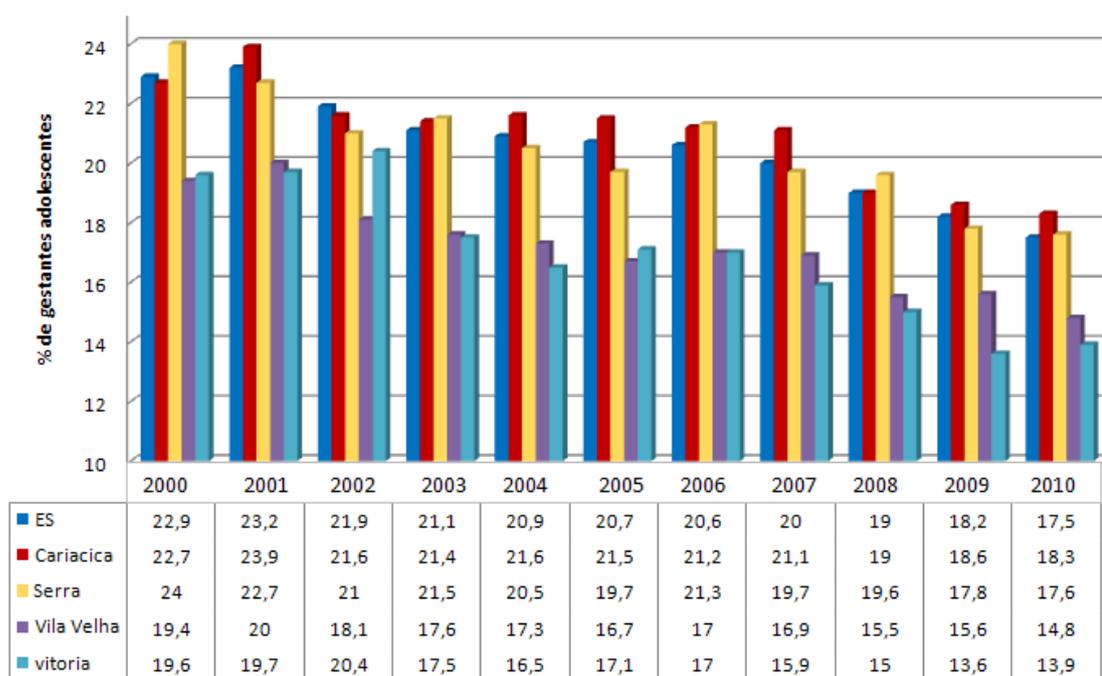
Ainda há uma importante preocupação no que diz respeito à gravidez em adolescentes em situação de vulnerabilidade social, observando-se que, conforme dados do IBGE,

⁴ As alterações físicas acontecem rapidamente na adolescência. O amadurecimento sexual ocorre com o desenvolvimento das características sexuais primárias e secundária. As características primárias são alterações físicas e hormonais necessárias à reprodução, e as secundárias diferenciam externamente o sexo masculino do feminino (MOREIRA, *et al.* 2008)

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e IPEA, na série histórica 1992 a 2006, a taxa de fecundidade adolescente, em 2006, cresceu em 0,14 no quintil mais baixo economicamente (IPEA, 2006; IPEA, 2008). Uma das explicações para esse fato é a falta de informação e acesso aos serviços de saúde (IPEA, 2008).

No estado do Espírito Santo segundo os dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, houve uma queda no percentual de gestantes adolescentes (10 a 19 anos) em relação ao total de gestantes, no ES, entre 2000 e 2010 (Tabela 1).

Tabela 1- Incidência de gestantes adolescentes em relação ao total de gestantes no Estado do Espírito Santo e municípios entre 2000 e 2010⁵



Fonte: Secretaria de Saúde do Espírito Santo (2011).

A problemática da gravidez na adolescência vem assumindo proporções significativas e diversos estudiosos têm destacado fatores que podem influenciar a incidência desse fenômeno, dentre eles estão: a não adoção dos métodos contraceptivos ou o uso incorreto e o desconhecimento da fisiologia reprodutiva. Todavia, o início cada vez mais precoce da puberdade, provoca a redução da idade da primeira menstruação nas

⁵ Dados cedidos através de mensagem eletrônica (endereço eletrônico:) por Herlam Wagner Peixoto, Psicólogo da Área Técnica Saúde do Adolescente e do Jovem (PMV_SEMUS/GAS). Recebido em 09 de Junho de 2011 por meio do endereço eletrônico herlamwp@hotmail.com.

adolescentes e favorece a instalação precoce da capacidade de reprodução desse grupo (BRASIL, 2005).

Anualmente o mundo assiste a pelo menos 60 mil mortes de adolescentes, em decorrência de complicações da gravidez e do parto, tendo em vista que a maternidade precoce está correlacionada com o pior prognóstico materno fetal, sendo responsável por altos índices de partos prematuros (SECUNDO *et al.*, 2009).

Constata-se que além das alterações biológicas inerentes a uma gestação, a gravidez na adolescência acarreta também complicações familiares, emocionais, econômicas, jurídico-sociais, que atingem a gestante isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade (VITALLE, 2001).

Segundo César, Ribeiro e Abreu (2000), as consequências para a saúde das jovens mães e seus filhos não dependem somente das razões meramente biológicas como as relacionadas ao peso, estatura, status nutricional e desenvolvimento do aparelho reprodutivo das adolescentes, mas também de um componente social que influencia tanto comportamento reprodutivo quanto a morbimortalidade da mãe e da criança.

O estado gravídico e a maternidade na adolescência exercem efeitos negativos sobre a qualidade de vida, uma vez que prejudicam as condições de estudo e intensificam as dependências familiares, advindo, assim, consequências desfavoráveis na perspectiva de vida e trabalho (STEVENS-SIMON; LOWY, 1995).

Um estudo que avaliou a ocorrência de gravidez na adolescência mundialmente relata que as meninas que permanecem mais tempo na escola são menos propensas a engravidar, além disso, descreve que o Brasil teria um aumento de produtividade equivalente a mais de US\$3,5 bilhões, ou seja, mais de 7 bilhões de reais se as adolescentes tivessem adiado a gravidez até os seus vinte e poucos anos (UNFPA, 2013).

Segundo Moreira *et al.* (2008) a gestação na adolescência é, de modo geral, enfrentada com dificuldade porque a gravidez nessas condições significa uma rápida passagem da situação de filha para mãe, do *querer colo* para *dar colo*. Nessa transição abrupta do seu papel de mulher, ainda em formação, para o de mulher-mãe, a adolescente vive uma

situação conflituosa e, em muitos casos, penosa. A grande maioria despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer o novo papel materno, o que compromete as condições para assumi-lo adequadamente e, associado à repressão familiar, contribui para que muitas fujam de casa e abandonem os estudos. Sem contar com as que são abandonadas pelo parceiro, muitas vezes também adolescentes.

A responsabilidade precoce imposta pela gravidez, junto ao processo de amadurecimento, resulta em uma adolescente sem nenhum preparo para assumir as responsabilidades psicológicas, sociais e econômicas que a maternidade abrange. A instabilidade das relações conjugais também acaba colaborando para a ocorrência de prejuízos emocionais e até mesmo de transtornos de ordem afetiva, muitas vezes agravados por um ambiente familiar pouco acolhedor e muito mobilizado pela notícia da gestação. Alguns estudos também mostram que o risco dos filhos serem vítimas de maus-tratos é maior, especialmente nos casos em que a gravidez foi indesejada (SABROZA *et al.* 2004).

Em decorrência da instabilidade e imaturidade emocional, a adolescente tem dificuldade em se adaptar a sua nova condição, exacerbando sentimentos que já estavam presentes antes da gravidez como: ansiedade, depressão e hostilidade. As taxas de suicídio nas adolescentes grávidas são mais elevadas em relação as não grávidas, principalmente nas jovens grávidas solteiras (CABRERA, 1995; DINIZ, 2010).

Cabe reforçar que algumas complicações, mesmo não sendo específicas da gestação precoce, podem ser agravadas nessa fase. Por isso, a OMS considera de alto risco a gravidez entre mulheres de 10 a 19 anos, tanto por ser um fator limitante e de impedimento ao desenvolvimento social e educacional como pela associação à morbidade nesta faixa etária (BARROSO *et al.*, 2007).

O CASO DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EM MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA EM VITÓRIA-ES

No Brasil os dados do censo de 2010 apontam que a taxa de fecundidade na população de 15 a 19 anos é de 17,7% (IBGE, 2010). No Espírito Santo segundo dados fornecidos

pela Secretaria Estadual de Saúde⁶ ocorreu uma redução na prevalência da gravidez na adolescência entre o período de 2000 a 2010 cujas prevalências foram 22,9% e 17,5% respectivamente.

A maternidade em estudo se localiza no município de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, a qual compõe a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), que abrigam quase a metade da população total do Espírito Santo. A Associação Beneficente Pró-Matre de Vitória (ABPMV) presta atendimento ambulatorial e internação/UTIN a gestantes ou com suspeita de gravidez, oferecendo à população atendimento 24 horas por dia, durante todos os dias da semana. A maternidade dispõe de 59 (cinquenta e nove) leitos do SUS; 10 (dez) leitos particulares; 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Infantil; 05 (cinco) leitos semi-intensivo.

Nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2011 foram realizados 1005 partos na ABPMV dos quais 144 eram gestantes adolescentes onde 96,5% evoluíram para parto e 3,5% para abortamento. Sendo assim, a prevalência de gravidez na adolescência no presente estudo foi igual a 14,3%. Este valor é inferior ao descrito por Gradim; Ferreira; Moraes (2010) que afirmam uma variação de 17 a 25% de prevalência para as outras regiões do Brasil.

Em 2010, a prevalência de gravidez na adolescência no município de Vitória foi igual a 13,9%, valor semelhante ao encontrado no presente estudo. Destaca-se que a taxa de gravidez na adolescência encontra-se em declínio de em média 1% ao ano no Espírito Santo. Acredita-se que esse fato é um reflexo da eficácia das ações implantadas pelo Programa Saúde da Mulher do estado.

Muitas estratégias visando à redução da incidência da gravidez na adolescência têm sido bem sucedidas, dentre elas as que visam aproximação entre escola, família e profissionais de saúde. É também necessário considerar a inclusão das adolescentes nos programas de assistência à saúde com ênfase em anticoncepção e orientações sexuais, e considerar a assistência a esta faixa etária como uma das prioridades na atenção primária à saúde. Domingos (2010) reforça que estes programas devem focar, além dos

⁶ Dados cedidos através de mensagem eletrônica (e-mail) por Herlam Wagner Peixoto, Psicólogo da Área Técnica Saúde do Adolescente e do Jovem (PMV_SEMUS/GAS). Recebido em 09 de Junho de 2011 por meio do endereço eletrônico herlamwp@hotmail.com.

aspectos citados, também motivação para estudo e trabalho, aspectos relacionados a comportamento, relação familiar e saúde reprodutiva.

O Estado, ainda sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos, juntamente com o Ministério da Saúde, por meio de áreas técnicas “Saúde do Adolescente” e a “Saúde da Mulher” estão produzindo um documento para abranger desde o cuidado de pré-natal, seguindo o parto e puerpério, visando evitar a reincidência. Outra ação que está sendo desenvolvida é a capacitação nas regiões de saúde, ou seja, envolvendo os 78 (setenta e oito) municípios do estado, para Linha do Cuidado a crianças e adolescentes vítimas de violência, sendo que o foco da violência doméstica e sexual tem como consequência a gravidez, principalmente na faixa etária de 10 a 14 anos. Outra ação que está sendo desenvolvida é a divulgação e incentivo ao trabalho nos municípios com a caderneta do adolescente, nas escolas e nas unidades de saúde em parceria com o PSE. O Programa Saúde na Escola (PSE) auxilia a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos à saúde e atenção à saúde, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2013).

Apesar do Hospital da ABPMV localizar-se no município de Vitória, apenas 29,9% das adolescentes eram oriundas desse município e toda a demanda atendida foi proveniente da região Metropolitana, destacando-se o município da Serra com 40,2% dos partos de gestantes adolescentes realizados. Acredita-se que esse fato se deve ao baixo número de leitos disponíveis na Serra, visto que a Maternidade de Carapina conta com 17 leitos disponíveis e o Hospital Dório Silva conta com 20 leitos e realiza apenas atendimento obstétrico de alto risco. Observa-se que os serviços de saúde não acompanharam o crescimento populacional do município da Serra.

Quando se analisa o perfil etário das gestantes adolescentes, observa-se como idade mínima 14 anos e máxima 18 anos. Foi evidenciado que dentre essas gestantes 94,4% tinham entre 15-19 anos o que corresponde à gravidez na adolescência tardia.

Considerando o perfil da amostra quanto ao estado civil, 86,% das pacientes eram solteiras, 8% estavam em um relacionamento estável e apenas 6% eram casadas. Muito frequentemente, essas gestantes não podem contar com o apoio dos familiares e do pai da criança, o que torna os pensamentos do futuro quase insuportáveis (DINIZ, 2010).

Tais fatores podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade da gestante acarretando até suicídio. Como afirmado anteriormente as taxas de suicídio nas adolescentes grávidas são mais elevadas em relação às não grávidas, principalmente nas grávidas solteiras.

Quanto a adesão das adolescentes ao pré-natal, observou-se que 62% das gestantes adolescentes fizeram mais de 6 consultas pré-natais, enquanto que 31% tiveram menos de 6 consultas, o que caracteriza um pré-natal incompleto e 6,5% não realizaram assistência pré-natal. É bem conhecido o fato de que a adolescente muito jovem grávida falha em buscar assistência pré-natal e tem risco aumentado de complicações antes e após o parto, tais como: pré-eclâmpsia, anemia, obesidade, prematuridade entre outros (ZUGAIB, 2012). Assim, a inadequabilidade na assistência pré-natal, por si mesma, é um fator de risco para a gestante e o recém-nascido (HELENA *et al.*, 2008).

Ainda com relação à assistência pré-natal, estudos mostram que não há prejuízo na evolução da gestação e condições do recém-nascido quando a gestação ocorre na adolescência desde que a assistência pré-natal seja adequada. Além disso, o risco obstétrico, materno e infantil está relacionado não só com a idade, mas com a assistência perinatal e condições socioeconômicas (FARIA; ZANETTA, 2008; HELENA *et al.*, 2008).

O pré-natal poderia também ser importante no sentido de oferecer suporte psicossocial nas dificuldades e situações de stress nas quais as mães adolescentes se encontram (FARIA; ZANETTA, 2008). Segundo Vitalle e Amancio (2008), a imaturidade e labilidade emocional encontrada nas gestantes adolescentes, levam a importantes alterações psicológicas, gerando extrema dificuldade em adaptar-se à sua nova condição, exacerbando sentimentos que poderiam já estar presentes antes da gravidez, como ansiedade, depressão e hostilidade. Além disso, a gravidez na adolescência gera um conflito muito grande, pois a adolescente sente-se muitas vezes envergonhada, culpada quanto ao seu futuro e ao do seu filho, sendo que necessitam, nesse momento, de apoio, atenção e carinho dos seus familiares.

Ao se considerar o número de gestações entre adolescentes observamos que 79% tiveram apenas uma gestação, 18% duas gestações, e 3% três gestações. Autores como

Santos *et al.*, (2009) e Rosa; Reis; Tanaka (2007) mencionam que a maioria das adolescentes apresentam uma segunda, terceira ou até quarta gestação durante essa fase sem ter planejado. Santos et al (2009) ressaltam ainda que as altas porcentagens de repetição da gravidez na adolescência estão acontecendo após pequenos intervalos entre as gestações. Com relação ao perfil sociodemográfico das adolescentes com reincidência de gravidez, evidenciou-se que essas possuem baixo nível de escolaridade e alto índice de evasão escolar, assim como uma situação financeira de baixa renda.

Na presente pesquisa observamos que 48% das adolescentes abandonaram seus estudos. Segundo alguns autores a maternidade reduz a frequência da gestante na escola, isto porque as adolescentes assumem papéis relacionados à constituição da família ou provimento da renda que são incompatíveis com a manutenção dos estudos (FARIA; ZANETTA, 2008; SPINDOLA; SILVA, 2009). Saliencia-se que 52% das adolescentes que permaneciam estudando eram dependentes de seus familiares para seu sustento, não desenvolvendo atividade remunerada.

Para a jovem, o problema implica em dificuldades com a escola ou com atividades profissionais, sendo a gravidez desejada ou não, os planos pessoais serão revistos e as jovens terão que se defrontar com as dificuldades da nova realidade (SANTOS *et al.*, 2009; ROSA; REIS; TANAKA, 2007).

Assim, gestações sucessivas na adolescência são expressões do exercício da vida sexual dos adolescentes em determinadas condições de vida e, portanto, a abordagem da vida reprodutiva dessas adolescentes transcende em muito a discussão sobre os aspectos obstétricos e deve estar situada no âmbito psicossocial, inspirando políticas públicas de atenção que ofereçam às adolescentes grávidas, outras possibilidades que não apenas a de estar fadada a uma nova gestação. A criação de creches em escolas para filhos de mães-adolescentes e a garantia de acesso aos serviços e insumos de saúde (anticoncepcionais) no pós-parto são algumas providências recomendáveis (ROSA; REIS; TANAKA, 2007, p.170).

No tocante ao tipo de parto, foi observada predominância dos partos normais (58,3%) sobre as cesarianas (41,7%) no presente estudo. Em todas as regiões do Brasil, as taxas de cesariana são mais do que o dobro das recomendadas pela OMS (10 a 15%). Para Maia et al. (2004) a escolha pela cesariana pode estar relacionada à um controle pré-natal menor, o que leva a um maior número de complicações justificando assim o maior número de cesareanas.

Ao analisar os dados quanto aos hábitos de vida, observamos que dentre as gestantes incluídas no estudo, três se declararam tabagistas, uma etilista e uma usuária de droga ilícita. Isso nos faz supor que a maioria das gestantes adolescentes incluídas em nosso estudo tinham hábitos de vida saudável, o que teria contribuído para uma gestação dentro da normalidade. Podemos inferir também, que esses números poderiam estar sendo subestimados visto que os dados foram obtidos por registros de informações auto-referidas.

Das gestantes adolescentes incluídas na pesquisa, 65% apresentaram complicações, sendo que 90% das complicações ocorreram no período de pré-natal e 10% no período puerperal. Dado esse, superior ao descrito por Spíndola e Silva (2009), na qual a taxa de complicações em gestantes adolescentes varia entre 44,6%. Porém, esse estudo se restringiu a avaliar apenas as principais complicações pré-natais, enquanto que o presente estudo reportou todas as complicações encontradas no universo estudado. As causas dessas complicações observadas em mães adolescentes poderiam ser explicadas pela imaturidade de seus organismos em receber uma gestação, pelas condições socioeconômicas precárias e cuidados pré-natais inadequados (DOTTA *et al.*, 2000).

A complicação mais comum foi a infecção do trato urinário, acometida em 28% dos casos, seguida da anemia, que esteve presente em 19% dos casos estudados e desproporção céfalo-pélvica, com percentual de 10%. A doença hipertensiva específica da gravidez, com 10%, destaca-se como primeira causa de mortalidade materna no ciclo gravídico puerperal em que a pré-eclâmpsia aparece como principal intercorrência.

Neste sentido, estudos como o de Spíndola e Silva (2009) destacam que as intercorrências no período gestacional são relevantes, considerando a repercussão que a maternidade precoce pode trazer para a saúde das adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é uma fase em que o indivíduo encontra-se sujeito a várias situações de risco, que aumentam a vulnerabilidade no âmbito psíquico, biológico e social. Dentre as várias situações de risco está a sexualidade precoce desprotegida e a gravidez não planejada. A gravidez nesta faixa etária faz parte do processo de descoberta e de sua identidade, e é uma situação que motiva incertezas e angústias. Também tem sido

relacionada a uma maior morbidade da mãe e do feto, e pode interferir de modo negativo no desenvolvimento social e pessoal.

O serviço estudado verificou-se a prevalência de 14,3% de gestantes adolescentes, das quais 96,5% evoluíram para parto e 3,5% para abortamento. Como perfil materno observou-se que a maioria das adolescentes do estado tinham hábitos de vida saudáveis, tinham entre 15 e 19 anos, eram solteiras, permaneciam estudando e dependentes de seus familiares, fizeram mais de 6 consultas pré-natais e realizaram parto normal. Surpreendeu-nos o fato da maioria das adolescentes grávidas serem provenientes de outros municípios e não de Vitória. Este achado nos fez supor que o número de leitos no município da Serra não é suficiente para atender a demanda do mesmo.

A ocorrência da gravidez em adolescentes é considerada um problema de saúde pública e não é um fato novo, sendo observado seu crescimento em algumas regiões do Brasil nos últimos anos. Este comportamento não foi observado no Espírito Santo, principalmente em Vitória, cuja prevalência diminuiu 5,7% entre 2000 e 2010. Acredita-se que esse fato é um reflexo da eficácia das ações implantadas pelo Programa Saúde da Mulher do estado. Entretanto nos surpreendeu o fato de 65% das adolescentes apresentarem complicações nos períodos pré e perinatal. Este resultado reforça a necessidade de se instituir ações mais específicas no acompanhamento e seguimento destas adolescentes, principalmente relacionadas com a realização de um pré-natal mais efetivo.

Diante do exposto, percebe-se que mesmo com a implantação de políticas decorrente do trabalho intersetorial dos Ministérios (saúde e educação) e o Espírito Santo ter apresentado um decréscimo em relação à gravidez na adolescência, observa-se que o assunto ainda é considerado um problema de saúde pública, porque acarreta em repercussões física, emocionais e econômicas. Além disto, no serviço estudado, o número elevado de complicações nos faz supor a necessidade de se ter um olhar mais cuidadoso na atenção nas mulheres adolescentes que já estão grávidas.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Camila Geovana Gonçalves et al. **Gestação na adolescência: resultados perinatais de adolescentes atendidas em maternidades públicas.** 2007. Disponível em:

<http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista_HU_Volume_8_1_JAN_JUN_2007.pdf#page=13>. Acesso em: 12 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada**. Brasília (DF), 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa saúde na escola**. Brasília (DF), 2013.

CABRERA, R R. La prevención del embarazo en adolescentes: um compromisso con la vida. Una propuesta de coordinación para la promoción de la salud adolescente. **Revista Niños**, Caracas, v. 29, n. 7, p. 408-14, 1995.

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M.das G.C.; GOMES, R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev. latino-am Enf.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abril 2000.

CESAR, C. C, RIBEIRO, M. P, ABREU D. M. X. Efeito – idade ou efeito – pobreza? Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 17, n. 2, p. 177-196, 2000.

COSTA, E. L.; SENA, M. C. F; DIAS, A. Gravidez na adolescência - determinante para prematuridade e baixo peso. **Ciências da saúde**, 22 Sup 1:S183-S188, 2011.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília (DF), v.23, n. 1, p. 84-91, mar. 2003.

DINIZ, N. C. **Gravidez na adolescência**: um desafio social. 2010. 32f, Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde). Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

DOMINGOS, A. C. **Gravidez na adolescência**: enfrentamento na Estratégia Saúde da Família. 2010. 39f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba/MG, 2010.

DOTTA, I. de G. et al.. **Gestação na adolescência**. 2000. Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=289>. Acesso em: 12 set. 2013.

FARIA, D. G. S.; ZANETTA, Dirce M. T. Perfil das mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. **Arq Ciênc Saúde**, v.15, n.1, p.17-23, 2008.

GRADIM, C. V C; FERREIRA, M. B. L; MORAES, M. J. O perfil das adolescentes grávidas em uma Unidade de Saúde da Família de Minas Gerais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.13, n. 1, p. 55-61, jan./mar. 2010.

GURGEL, M. G. I. et al.. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 799-805, 2008.

HELENA, G. et al.. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n.5, p.224-231, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 5 out. 2011.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. 2008. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/082/08201002.jsp?ttCD_CHAVE=2910>. 2008. Acesso em: 11 abril. 2012.

KURAUCHI, A.T.N; ROTELI-MARTINS, C.M; AQUINO, M.M.A. Impacto da gravidez na adolescência e resultados perinatais: revisão de literatura. **Femina**, v. 31, n. 8, p. 669-672, 2003.

MAIA, V. O. A. *et al.*. Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. **Revista Brasileira e Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n.9, p.703-707, 2004.

MOREIRA, T. M. M. *et al.* Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2,p. 312-320, 2008.

OSÓRIO LC. **Adolescente hoje**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1992. p.103.

ROSA, A. J; REIS, A. O.A.; TANAKA, A. C d'A.. Gestações sucessivas na adolescência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.17, n.1, p.165-172, 2007.

SABROZA A. R *et al.* Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 130 –137, 2004.

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.

SPINDOLA, T; SILVA, L. F. F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Esc Anna Ney Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13. n.1, p. 99-107, 2009.

SECUNDO, F. F. et al. Toxemia gravídica na adolescência. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 4, p. 595-604, 2009.

SILVA, C. A. B. Gravidez na adolescência x políticas públicas: análise contextual. Interdisciplinar: **Revista Eletrônica da Univar**, v.1, n.7, p.15-20, 2012

SILVA, V. C. et al.. Gravidez na adolescência em unidades de saúde pública no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Revista Adolescência & Saúde**, out./dez., v.7, n.4, p.60-67, 2010.

STEVENS-SIMON C, LOWY R. Teenage childbearing. An adaptive strategy for the socioeconomically disadvantage or a strategy for adapting to socioeconomic disadvantage? **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 149, n. 5, p. 912-915, 1995

UNFA - Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2013**. Nova Yorque: 2013. Disponível em:
<<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/situacao-da-populacao-mundial>>2013.
Acesso em: 10 jan. 2015.

VITALLE, M.S.S. **Adolescência e outros fatores de risco (nível econômico, cuidado pré-natal e tabagismo) como determinantes da prematuridade e baixo peso**. 2001. 147 f. Tese (Doutorado em Medicina)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

ZUGAIB, Marcelo. Diabetes mellitus. In. _____. **Obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2013. p. 837-850.

WHO. Adolescent pregnancy: issues in adolescent health and development. **WHO Discussion Papers on Adolescence**. Geneva: WHO, 2004.

WHO. **Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade**. Geneva: WHO, 2014.