GOVERNO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde

Boletim Epidemiológico Gravidez na Adolescência

Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

Boletim – I | Volume – I | Setembro 2022

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O início da vida sexual é cada vez mais precoce com consequências indesejáveis imediatas, como o aumento da frequência de infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez (BRASIL, 2017). Sob esta perspectiva, a gestação na adolescência, é considerada como período de tensão individual e de risco social visto que sua magnitude engloba adversidades como os conflitos familiares, abandono da escola e discriminação social. Conforme Castro et al., (2018) é uma condição que aumenta demasiadamente o risco de morbidade e mortalidade materna, assim como pode acarretar problemas para o recém-nascido.

1. INTRODUÇÃO

Em países subdesenvolvidos, é estimado que 21 milhões de meninas entre 15 e 19 anos engravidam sendo a principal causa de morte nessa faixa etária. Além da mortalidade, a gestação em idades precoces pode acarretar consequências para o bem-estar físico e psicossocial da adolescente (PINHEIRO et al., 2019) e de repercussões da gestação, dentre as quais a pré-eclâmpsia, a anemia, o parto prematuro e o baixo peso ao nascer (PINHEIRO et al., 2019). Do ponto de vista social, a gestação precoce coloca as adolescentes em situação de vulnerabilidades, limitando-as às oportunidades de emprego, aumenta os riscos de evasão escolar, incidem na reprodução da pobreza e exclusão social (OMS, 2019).

Dentro de suas particularidades, a gravidez na adolescência, é um fenômeno mundial que afeta demasiadamente países subdesenvolvidos e com elevados graus de iniquidade social (YAGO, 2019). No Brasil, estima-se que 15% da população são de pessoas entre 10 e 19 anos (IBGE, 2010) e que 16 milhões de adolescentes se tornam mães no mundo (OMS, 2019) enquanto que a OPAS (2020) identificou que 38% das mulheres engravidam antes dos 20 anos de idade. Aliado a estes dados, de acordo com a OMS, no Brasil, no período de 2010 a 2018, a taxa de natalidade foi de 52,7/1000 adolescentes entre 15 e 19 anos (OMS, 2019).

No Maranhão, segundo dados do Ministério da Saúde, nos anos de 2018 e 2019 houve uma redução de mais de três mil casos de gravidez entre adolescentes o que corresponde a 12,74%. Entretanto, apesar da queda, a gravidez na adolescência é um desafio para as politicas sociais e de saúde estaduais e municipais. Compreender este fenômeno a partir do perfil epidemiológico poderá colaborar no planejamento, na determinação de ações e estratégias de intervenção.

2. FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O início da vida sexual ocorre na adolescência entre 15 e 19 anos numa relação implícita com as concepções de gênero e sexualidade. Um exemplo disso, são alguns países africanos em que a iniciação sexual feminina precede à masculina e em outros como é o caso da América Latina, o contrário (OMS, 2019).

Para Pinheiro e colaboradores (2019), o controle da gravidez precoce se apresenta como desafio para os serviços de saúde, uma vez que envolve diversas problemáticas e relaciona-se a comportamentos, valores culturalmente estabelecidos, organização social e estruturação das políticas educacionais e de saúde (YAGO, 2019). Desse modo, o desafio assistencial no cuidado às adolescentes é representado pela tríade: gestação, parto, nascimento e puerpério, ampliando-se para as dimensões sociais, culturais e econômicas de onde as famílias e adolescentes estão inseridas.

Embora o não planejamento da gravidez tenha aumentado em 2,48 vezes a chance de ocorrência de gestação precoce (DOMINGUES, 2020), não se pode considerar esse fenômeno por uma única perspectiva. Ao considerar isoladamente esta assertiva significa ignorar múltiplos contextos juvenis e os significados da reprodução entre as classes sociais.

É mais coerente compreender a gestação na adolescência como fenômeno complexo e multideterminado como representado na (Figura 1).



Fonte: DASCA/SES, 2022

O UNICEF (2018), ao abordar a gravidez como fenômeno social, traçou quatro linhas de motivação para sua ocorrência, a partir dos conceitos abaixo:

- **Gravidez não planejada:** quando adolescentes, com motivação ligada ao desejo sexual, assumem o risco da gravidez. As recomendações, assistenciais nestes casos dirigem-se ao empoderamento de meninas e meninos para que tomem as decisões acerca da vivência de sua sexualidade de forma consciente, conhecendo e assumindo os riscos de uma intercorrência sexual insegura e com informações suficientes para se prevenir de forma adequada. Para tanto, os profissionais devem assumir comunicação assertiva, pautada no diálogo desprovido de tabus e preconceitos sobre questões relacionadas à sexualidade;
- **Gravidez desejada:** quando as adolescentes manifestam seu desejo de engravidar. É necessário considerar essa motivação como possibilidade real e direcionar de forma adequada o atendimento a essas mães em potencial, considerando, por exemplo, a necessidade de planejamento familiar e apoio psicológico (UNICEF, 2020);
- **Gravidez estratégica**: a gravidez, para muitas meninas, configura-se como possibilidade de mudança de *status* social em decorrência do casamento, para sair de uma situação de violência domiciliar, ou para assumir o *status* de mãe e adquirir mais respeito e autoridade (UNICEF, 2020). Nestes casos a gravidez representa uma estratégia em busca de proteção;
- **Gravidez gerada por violência sexual**: a gravidez ocorrida em situação de violência sexual pode acontecer dentro da própria família (pai, padrasto, irmãos e outros), envolver o parceiro e outras relações intra e extrafamiliares. Ressalta-se que o Código Penal (BRASIL, 2020) estabelece como estupro de vulnerável a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com criança ou adolescente menor de 14 anos, ainda que haja consenso.

Diante de tal complexidade cabe às instituições, serviços e profissionais “desenvolver um sistema de atenção a adolescentes capaz de lidar com as diversas situações; fortalecer a capacidade das meninas de decidir sobre sua vida sexual e sua vida reprodutiva, incluindo o momento adequado para engravidar; e envolver os meninos para que possam participar do processo de decisão, com responsabilidade e cuidado” (UNICEF, 2020, p. 11).



Fonte: imagem Internet, 2022

3. ANÁLISE CONTEXTUAL DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DO MARANHÃO

Tabela 1. Taxa de fecundidade de adolescentes entre 10 e 19 anos por Região de Saúde no Estado do Maranhão no período de 2009-2021. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão/ConectaSus, Maio de 2022.

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Açailândia	1,10	1,01	0,99	0,95	1,02	0,97	0,94	0,87	0,85	0,74	0,65
Bacabal	0,97	0,96	0,94	0,94	0,95	0,88	0,83	0,81	0,91	0,80	0,73
Balsas	1,13	1,12	1,03	1,09	1,05	1,07	0,98	0,93	0,91	0,84	0,77
Barra do Corda	1,40	1,37	1,16	1,26	1,19	1,25	1,15	1,23	1,13	1,01	0,98
Caxias	1,01	0,95	0,90	0,82	0,87	0,84	0,82	0,81	0,79	0,76	0,66
Chapadinha	1,07	1,01	0,95	0,97	0,92	0,93	0,88	0,85	0,82	0,79	0,72
Codó	1,09	1,14	1,02	1,01	1,02	1,01	0,91	0,90	0,88	0,87	0,75
Imperatriz	0,90	0,92	0,85	0,85	0,86	0,93	0,82	0,81	0,79	0,77	0,64
Itapecuru Mirim	1,02	1,07	1,01	0,94	0,95	0,98	0,86	0,88	0,87	0,80	0,71
Pedreiras	0,97	0,93	0,84	0,86	0,87	0,81	0,79	0,75	0,82	0,75	0,65
Pinheiro	1,02	0,97	0,99	0,89	0,88	0,89	0,83	0,87	0,83	0,83	0,70
Presidente Dutra	1,03	0,94	0,86	0,86	0,91	0,83	0,78	0,86	0,79	0,70	0,63
Rosário	1,02	1,03	1,04	0,95	0,98	0,97	0,95	0,86	0,95	0,83	0,78
Santa Inês	1,11	1,10	1,03	1,01	1,01	1,00	0,98	0,97	0,95	0,86	0,81
São João dos Patos	0,95	0,97	0,91	0,89	0,89	0,95	0,88	0,84	0,83	0,75	0,66
São Luís	0,57	0,63	0,59	0,57	0,56	0,54	0,49	0,44	0,44	0,41	0,36
Timon	0,79	0,75	0,80	0,72	0,77	0,75	0,77	0,73	0,73	0,69	0,62
Viana	1,03	1,03	0,89	0,97	0,91	0,93	0,85	0,80	0,84	0,72	0,65
Zé Doca	1,19	1,18	1,08	1,10	1,10	1,11	0,99	1,00	1,01	0,93	0,81
Total	**0,94**	**0,93**	**0,88**	**0,86**	**0,86**	**0,86**	**0,80**	**0,78**	**0,78**	**0,72**	**0,64**

Fonte: ConectaSUS, 2022

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2015, evidenciou que mais de 23 mil adolescentes, nas cinco grandes regiões do país, referiram já ter engravidado alguma vez (BRASIL, 2016). Quanto à distribuição espacial as maiores taxas de fecundidade ocorreram nas regiões Centro Oeste, Nordeste e Norte (BRASIL, 2016).

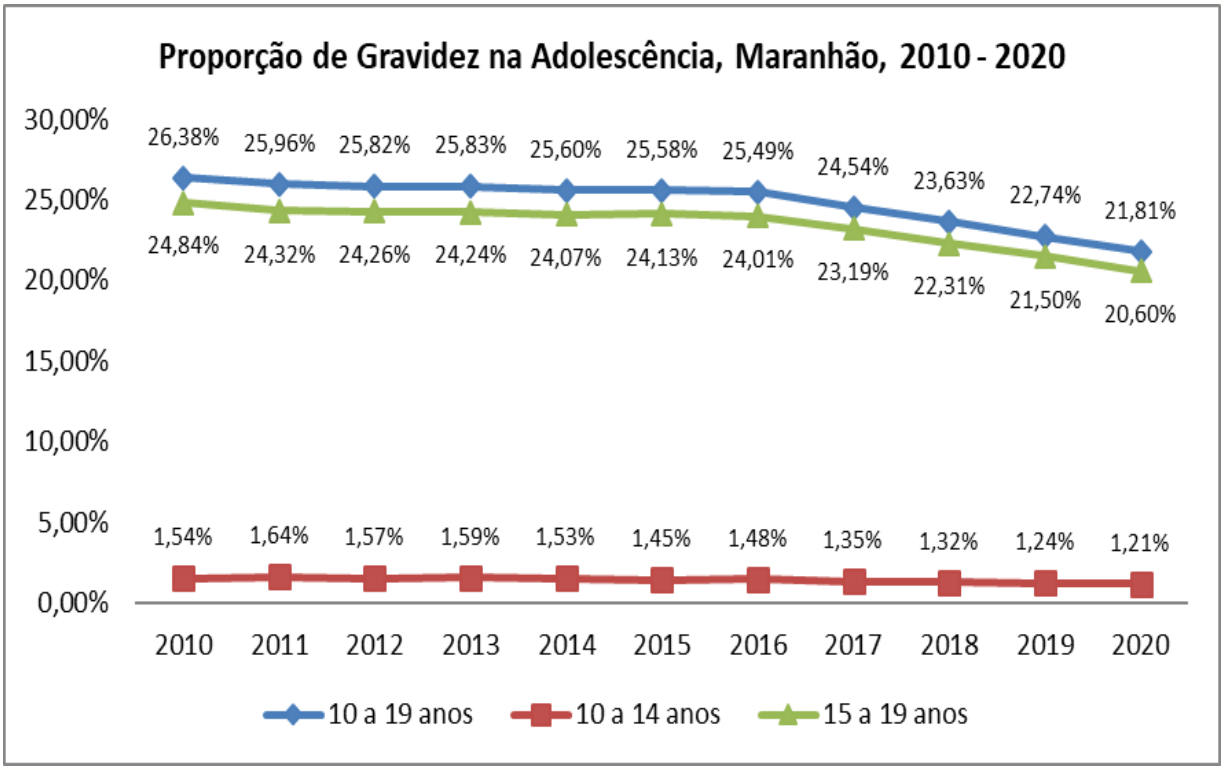
Mas, em todo o território brasileiro, tem-se vivenciado uma transformação demográfica na qual a transição da fecundidade faz parte dessa transformação e traz a importância de conhecer e acompanhar os dados de fecundidade e também as condições de acesso à saúde reprodutiva e os direitos sexuais e reprodutivos da população jovem.

A taxa de fecundidade total brasileira está em contínua redução a algumas décadas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2004), a referida taxa permaneceu elevada e constante nas décadas de 1950 e 1960, contudo, a partir dos anos 1970 iniciou uma constante queda, fruto principalmente da inicialização dos métodos anticoncepcionais orais.

Como prova disso, entre 1960 e 2000, a taxa de fecundidade total reduziu-se bruscamente de 6,28 para 2,38 caindo ainda mais entre 2000 e 2015 de 2,38 para 1,72 (IBGE, 2018). Esse evento se observa no Estado do Maranhão sendo expressos por taxa de fecundidade total de 0,64% em 2020, muito embora a Região de Saúde de Barra do Corda tenha apresentado taxa de fecundidade entre 0,98 e 1,40% configurando-se como a maior do Estado do Maranhão no período estudado. Este dado pode sugerir falta de acesso adequado e oportuno aos direitos sexuais e à saúde reprodutiva e não somente um problema social. Poderá estar vinculado também à existência de população indígena nesta Região de Saúde, pois a natalidade entre os indígenas, é justificada pela valorização cultural de famílias extensas, pelo elevado número de mulheres em uniões conjugais, pelo curto período entre partos e pelo início precoce da vida reprodutiva.

Em 2010, os dados do Censo Demográfico (BRASIL, 2010) confirmaram que a fecundidade entre as adolescentes havia diminuído de maneira expressiva. Em 2000, a Taxa Específica de Fecundidade (TEF) do grupo de 15 a 19 anos foi de 93 nascimentos para cada 1.000 mulheres deste grupo etário, e em 2010, esta taxa foi de 70 nascimentos. Este declínio da fecundidade de adolescente no Brasil tem sido associado à expansão do sistema educacional no país. Portanto, a melhoria dos níveis educacionais explica, em grande medida, o declínio da fecundidade neste período (CAVENAGHI, 2014).

Gráfico 1. Proporção de gravidez na adolescência por faixa etária de 10 a 19 anos no período de 2010 a 2020 no Estado do Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde, 2022.



Fonte: ConectaSUS, 2022

A proporção de gravidez na adolescência no Estado do Maranhão apresentou tendência de queda nos anos estudados, em especial na faixa etária de 15 a 19 anos e estabilidade na faixa etária de 10 a 14 anos, isto é, na faixa etária mais precoce da adolescência.

Entre 2010 e 2016 a proporção se manteve entre 25,82% e 26,38% com queda a partir de 2017 chegando a 21,81% em 2020.

Desse modo, o controle da gestação na adolescência configura-se como desafio para os serviços e profissionais da saúde, uma vez que se trata de um fenômeno que envolve situações, comportamentos, valores, organização social e as politicas públicas (PINHEIRO, PEREIRA, FREITAS, 2019).

Quando a proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos) é analisada por Região de Saúde, as de maior proporção foram Santa Inês (27,02%); Zé Doca (26,90%); Codó (25,80%) e Bacabal (25,59%). São Luís e Imperatriz foram as Regiões de Saúde com menores proporções, 13,82% e 19,04%, respectivamente.

Quadro 1. Partos prematuros de adolescentes (10-19 anos) segundo idade gestacional por Região de Saúde no Estado do Maranhão no período de 2010 a 2020. Secretaria de Estado da Saúde/ConectaSus, Maio de 2022.

Regional de Saúde	< 22 sem		22 - 27 sem		28 - 31 sem		32 – 36 sem		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Açailandia	01	0,95	03	2,84	14	13,20	88	83,01	**106**	100
Bacabal	01	0,81	02	1,63	11	9,01	108	88,52	**122**	100
Balsas	-	-	07	5,51	07	5,51	113	88,98	**127**	100
Barra do Corda	01	0,56	03	1,69	22	12,35	152	85,40	**178**	100
Caxias	01	0,65	05	3,24	12	7,80	136	88,31	**154**	100
Chapadinha	-	-	03	1,81	19	11,44	144	86,75	**166**	100
Codó	02	1,13	08	4,51	18	10,16	149	84,20	**177**	100
Imperatriz	-	-	10	6,17	19	11,73	133	82,10	**162**	100
Itapecuru Mirin	-	-	07	3,24	12	5,55	197	91,20	**216**	100
Pedreiras	01	1,12	03	3,37	04	4,50	81	91,01	**89**	100
Pinheiro	02	0,98	14	6,90	18	8,87	169	83,25	**203**	100
Presidente Dutra	-	-	04	3,44	05	4,65	107	92,00	**116**	100
Rosário	02	1,39	03	2,07	12	8,27	128	88,27	**145**	100
Santa Inês	-	-	09	4,22	19	8,92	185	86,85	**213**	100
São João dos Patos	-	-	041	33,88	05	4,13	75	61,99	**121**	100
São Luís	04	1,09	20	5,45	40	10,90	303	82,56	**367**	100
Timon	-	-	02	2,41	06	7,23	75	90,36	**83**	100
Viana	01	0,76	03	2,25	15	11,28	114	85,71	**133**	100
Zé Doca	-	-	10	7,40	14	10,37	111	82,23	**135**	100
Total	**16**	**0,53**	**128**	**4,25**	**240**	**7,96**	**2.568**	**85,23**	**3.013**	100

Fonte: ConectaSUS, 2022

O parto prematuro foi definido pela OMS (2020) quando ocorre após as 20 e antes de 37 semanas de gestação, sendo a idade inferior a 20 anos uma das causas associadas a esta ocorrência (OUATTARA, et al.; 2019) e se configura como desafio para a saúde perinatal sendo o principal fator de risco para a morbimortalidade infantil em decorrência da imaturidade fisiológica e metabólica. Esta condição apresenta riscos aumentados de complicações neonatais, como dificuldade respiratória, hipotermia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, dificuldades de alimentação e infecções (LOFTIN, et al., 2020; FORSYTHE, ALLEN, 2013).

Do total de partos prematuros (n=3.013) ocorridos no Maranhão no período de 2010 a 2020, 85,23 estavam entre 32 e 36 semanas de idade gestacional; 7,96% entre 28 e 31 semanas; 4,25% entre 22 e 27 semanas e 0,53% com menos de 22 semanas de gestação.

Quando consideradas as Regionais de Saúde, a de São João dos Patos concentrou o maior número de crianças nascidas entre 22 e 27 semanas de gestação. Este dado se torna mais importante, pois são recém-nascidos pré-termos extremos (com idade gestacional inferior a 28 semanas) e que necessitam de suporte de terapia intensiva neonatal, serviço este disponibilizada na região muito recentemente.

Quadro 2. Início do pré-natal em adolescentes grávidas no Estado do Maranhão por Regionais de Saúde no período de 2010 a 2020. Secretaria de Estado da Saúde, Maranhão,/ConectaSus, Maio de 2022.

REGIONAIS DE SAÚDE	1º TRIMESTRE		2º TRIMESTRE		3º TRIMESTRE		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n
Açailândia	563	72,0	201	25,7	18	2,3	782
Bacabal	724	75,2	202	21,0	37	3,8	963
Balsas	532	65,2	252	30,9	32	3,9	816
Barra do Corda	708	67,7	307	29,4	31	2,9	1.046
Caxias	728	71,5	234	23,0	56	5,5	1.018
Chapadinha	878	68,5	345	26,9	59	4,6	1.282
Codó	742	65,2	335	29,5	61	5,3	1.138
Imperatriz	413	66,2	171	27,4	40	6,4	624
Itapecuru Mirim	821	65,6	366	29,2	65	5,2	1.252
Pedreiras	577	79,8	117	16,1	30	4,1	724
Pinheiro	814	63,6	417	32,7	48	3,7	1.279
Presidente Dutra	714	77,8	168	18,4	35	3,8	917
Rosário	700	63,9	354	32,4	41	3,7	1.095
Santa Inês	1.110	70,7	400	25,5	60	3,8	1.570
São João dos Patos	551	71,4	176	22,8	45	5,8	772
São Luís	1.865	68,8	761	28,1	85	3,1	2.711
Timon	465	61,9	246	32,7	40	5,4	751
Viana	531	69,8	198	26,0	32	4,2	761
Zé Doca	550	64,2	220	25,7	86	10,1	856
Total	**13.986**	**68,7**	**5.470**	**26,8**	**901**	**4,5**	**20.357**

Fonte: ConectaSUS, 2022

Os dados demostram que no Maranhão no período de 2010 a 2020, o maior número de adolescentes grávidas iniciou assistência pré-natal no primeiro trimestre de gestação (n=13.986; 68,7%). Em todas as Regionais de Saúde, mais de 60% das adolescentes grávidas iniciaram oportunamente assistência pré-natal.

Quando adicionadas às que iniciaram no segundo e no terceiro trimestre de gestação (inserção tardia nos serviços de saúde), o percentual é de 31,3%. Segundo Viellas et al. (2014), o início tardio da assistência pré-natal e o menor número de consultas, aumenta a chance de parto prematuro entre adolescentes, pois a intervenção oportuna e adequada pode minimizar possíveis problemas gestacionais (POHLMANN et al., 2016). Depreende-se que a chegada tardia na atenção pré-natal dificulta o seguimento dos protocolos, pondo em risco o acesso aos cuidados preconizados, podendo ampliar as chances de resultados adversos (PASSINI,et al., 2014).

Quadro 3. Número de consultas pré-natais em adolescentes grávidas por Regional de Saúde no período de 2010 a 2020. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão/ConectaSus, Maio de 2022.

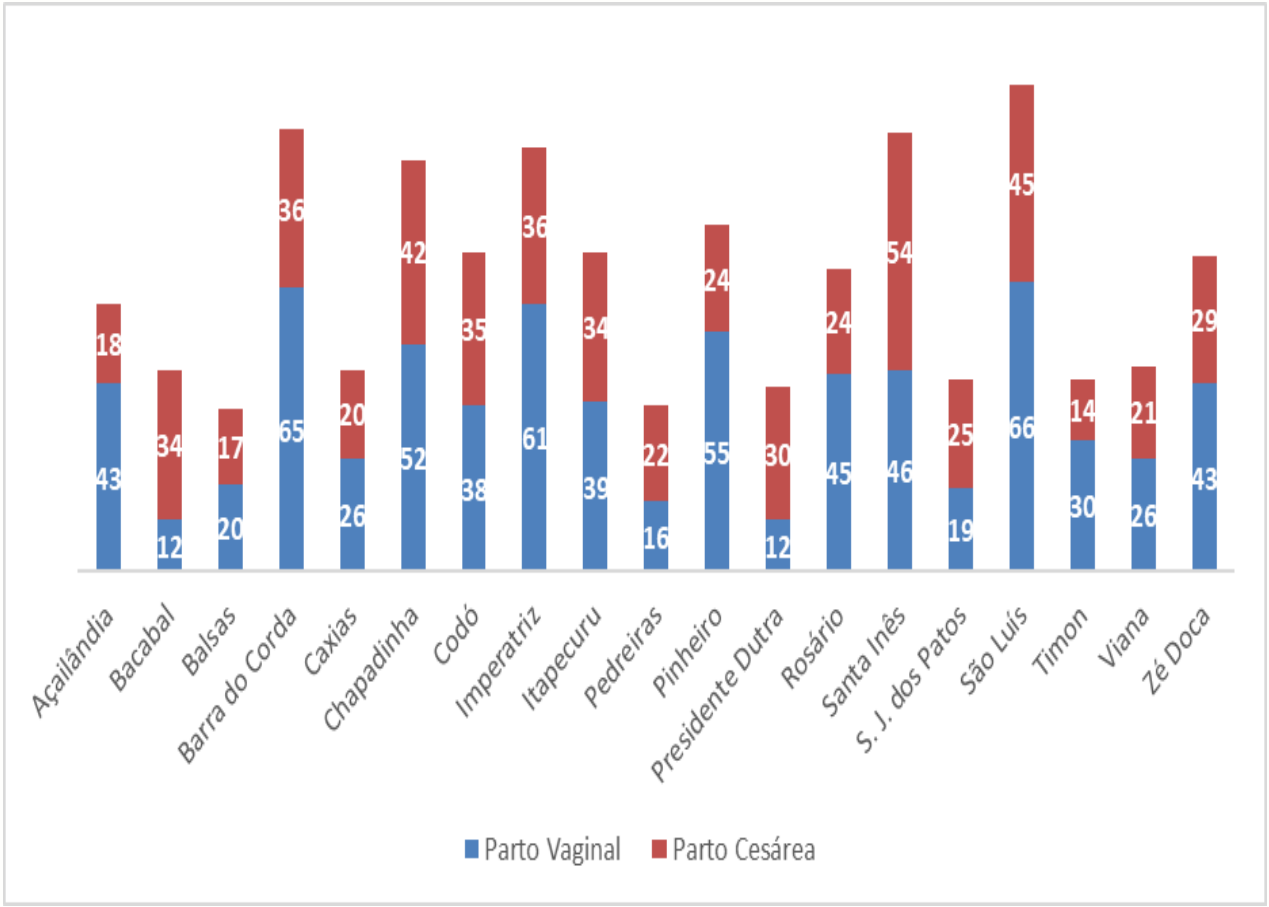
Regionais de Saúde	1 a 5 consultas		6 ou mais consultas		Total
	n	%	n	%	n
Açailândia	18.660	41,94	25.827	58,06	44.487
Bacabal	15.938	41,50	22.461	58,50	38.399
Balsas	10.940	29,23	26.483	70,77	37.423
Barra do Corda	18.162	44,37	22.766	55,63	40.928
Caxias	15.050	33,55	29.812	66,45	44.862
Chapadinha	23.827	41,97	32.946	58,03	56.773
Codó	21.709	44,52	27.056	55,48	48.765
Imperatriz	30.386	34,20	58.395	65,80	88.781
Itapecuru	19.406	35,02	36.001	64,98	55.407
Pedreiras	8.567	26,77	23.438	73,23	32.005
Pinheiro	29.936	55,04	24.455	44,96	54.391
Presidente Dutra	11.081	26,40	30.899	73,60	41.980
Rosário	21.371	47,55	23.572	52,45	44.943
Santa Inês	28.736	46,15	33.528	53,85	62.264
São João dos Patos	12.367	33,51	24.540	66,49	36.907
São Luís	77.740	35,95	138.452	64,05	216.192
Timon	16.272	45,16	19.757	54,84	36.029
Viana	18.516	51,60	17.374	48,41	35.890
Zé Doca	18.672	44,81	22.988	55,19	41.660
Total	**417.336**	**39,44**	**640.750**	**60,56**	**1.058.086**

Fonte: ConectaSUS, 2022

O número de consultas de pré-natal é um dos critérios para avaliar a qualidade da assistência prestada às gestantes. Aliando gestação na adolescência e baixo número de consultas pré-natais (menos de 6 consultas) ampliam-se os riscos tanto para a saúde materna como para o recém-nascido (HYDALL, et al., 2018). Das 19 Regiões de Saúde, 11 (57,89%) delas as gestantes adolescentes realizaram menos de 6 consultas de pré-natal. Quando considerado o Estado como um todo, 39,44% das adolescentes grávidas realizaram de 1 a 5 consultas de pré-natal e 60,56% com 6 ou mais consultas. Pinheiro foi a Região de Saúde com maior número de adolescentes grávidas com menos de 6 consultas e Presidente Dutra com maior percentual com 6 ou mais consultas de pré-natal (73,60%). Estes dados podem revelar dificuldade no acesso à assistência pré-natal, condição que impede a identificação precoce e a intervenção oportuna de agravos, além da adolescente grávida deixar de receber orientações e informações sobre o ciclo grávido puerperal e para o autocuidado. A falta dessas orientações pode gerar preocupações desnecessárias assim como a adoção de condutas de risco tanto para a mãe como para o recém-nascido (CARVALHO, OLIVEIRA E BEZERRA, 2019). Além disso, também se destacam como motivos de má aderência ao pré-natal precoce, o constrangimento e medo durante as consultas e a vergonha ao atendimento por profissionais do sexo masculino.

Dias e Vargas (2020) ratificam que o aumento do número de consultas pré-natais reduz a prevalência de baixo peso ao nascer assim como outras implicações clínicas para a gestante e para a criança. Portanto, torna-se premente a adoção de estratégias e ações capazes da captação precoce das adolescentes gestantes para o início do pré-natal assim como para assegurar maior número de consultas. Desse modo acredita-se reduzir os desfechos perinatais negativos, complexos e fatais (DIAS, VARGAS; 2020).

Gráfico 2. Tipo de parto de adolescentes por Regional de Saúde no período de 2010 a 2020. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão/ConectaSus, Maio de 2022.



Fonte: ConectaSUS, 2022

Não se pode afirmar que a adolescência aumenta a necessidade de submeter a mulher ao parto cesárea (BRUZADELI; TAVARES, 2010). Entretanto, a frequência de partos cirúrgicos em adolescentes no Estado do Maranhão quase se iguala ao de partos eutócicos (vaginal), em especial nas Regionais de Balsas, Codó, Caxias, Presidente Dutra, Pedreiras, Santa Inês, São Joao dos Patos e Viana. Contudo, apesar da cesariana ser indispensável em muitos casos, sua ampla utilização aponta para consequências negativas tanto para a saúde materna quanto para a do recém-nascido. Nos partos cirúrgicos, o risco de morte é dez vezes maior quando comparado ao parto normal, além de maiores chances na ocorrência de hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar e complicações anestésicas. No recém-nascido, pode desenvolver problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anóxia, aumento da mortalidade e do risco de internação em Unidade de Terapia Intensiva (SILVA et al., 2020).

Quadro 4. Número absoluto de Nascidos Vivos (NV) de mães adolescentes (10 a 19 anos) por Região de Saúde segundo peso do nascimento no período de 2010 a 2021. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão/ConectaSus, Maio de 2022.

Regionais de Saúde	<2.500g			Subtotal	2.500 – 3.999g			Subtotal	4000 g e +			Subtotal	Total
	2010 - 2013	2014 - 2017	2018 - 2021		2010 - 2013	2014 - 2017	2018 - 2021		2010 - 2013	2014 - 2017	2018 - 2021		
Açailândia	460	437	390	**1.287**	4.838	4.735	3.785	**13.358**	268	253	159	**680**	15.325
Bacabal	424	389	400	**1.213**	4.458	4.126	3.770	**12.354**	223	228	147	**598**	14.165
Balsas	339	386	302	**1.027**	4.015	3.764	3.227	**11.006**	255	221	151	**627**	12.660
B. do Corda	425	404	454	**1.283**	4.827	4.714	4.148	**13.689**	356	270	189	**815**	15.787
Caxias	527	532	397	**1.456**	4.766	4.422	3.925	**13.113**	217	169	180	**566**	15.135
Chapadinha	550	497	442	**1.489**	6.153	5.717	5.125	**16.995**	381	311	247	**939**	19.423
Codó	594	561	471	**1.626**	5.625	5.179	4.442	**15.246**	273	227	163	**663**	17.535
Imperatriz	794	710	650	**2.154**	8.018	8.111	6.744	**22.873**	419	374	337	**1130**	26.157
Itapecuru	668	602	571	**1.841**	6.275	6.005	5.161	**17.441**	259	264	203	**726**	20.008
Pedreiras	295	290	217	**802**	3.479	3.082	2.806	**9.367**	206	206	174	**586**	10.755
Pinheiro	721	577	603	**1.901**	6.366	5.923	5.185	**17.474**	253	244	204	**701**	20.076
P. Dutra	336	347	303	**986**	4.600	4.248	3.606	**12.454**	313	292	195	**800**	14.240
Rosário	479	456	490	**1.425**	4.775	4.670	4.077	**13.522**	250	210	182	**642**	15.589
Santa Inês	637	553	542	**1.732**	7.143	6 835	5.973	**19.951**	366	325	264	**955**	22.638
S.J. Patos	325	327	291	**943**	3.873	3.810	3.183	**10.866**	238	192	128	**558**	12.367
São Luís	1.890	1.561	1.320	**4.771**	14.705	13.232	10.449	**38.386**	519	470	374	**1363**	44.520
Timon	351	383	318	**1.052**	3.236	3.251	2.922	**9409**	147	150	118	**415**	10.876
Viana	478	478	395	**1.351**	4.443	4.050	3.507	**12.000**	156	149	136	**441**	13.792
Zé Doca	481	492	444	**1.417**	5.578	5300	4631	**15.509**	296	287	227	**810**	17.736
Total	**10.774**	**9.982**	**9.000**	**21.656**	**107.173**	**101.174**	**86.666**	**295.013**	**5.395**	**4.842**	**3.778**	**14015**	**338.784**

Dos 338.784 Nascidos Vivos (NV) no Estado do Maranhão no período de 2010 a 2021, 295.013 NV tiveram peso adequado ao nascer. Entretanto, 21.656 deles foram caracterizados como de baixo peso. Além de São Luís e Imperatriz, regionais de maior aporte assistencial na neonatologia, chama atenção o número de recém-nascido de baixo peso em Pinheiro, Santa Inês, Codó, Rosário e Barra do Corda. São dados que servem de alerta à gestão, serviços e profissionais, de modo que as ações possam ser implementadas e manejadas, com o objetivo de reduzir riscos à saúde e à mortalidade materno-infantil.

Vale destacar que o baixo peso ao nascer (BPN) é, segundo a OMS (2014), um importante fator relacionado à mortalidade e morbidade ao nascer. Destaca também que a incidência de BPN é mais que o dobro em adolescentes em relação às mulheres adultas e que a mortalidade neonatal (zero a 28 dias) é quase três vezes maior, além do risco aumentado da morbimortalidade no primeiro ano de vida.

Acredita-se que as principais causas do BPN se relacionam ao baixo peso materno antes da gravidez, ganho de peso insuficiente durante a gestação e problemas pessoais, que geram retardo na busca pela assistência pré-natal, além de se associar a uma maior incidência de anemia, infecções e alterações no desenvolvimento dos órgãos reprodutivos podendo culminar também em insuficiência placentária (MARTINS; SOUSA; SANTOS, 2018).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as características econômicas e sociais do Estado do Maranhão, que ainda o coloca com indicadores sociais baixos, esta realidade acerca da população de adolescentes concorre para implantação ou implementação de políticas públicas, assim como do processo de organização do processo de trabalho e planejamento de ações de prevenção assim como a qualificação de intervenções em saúde e na educação.

Especificamente, a Estratégia Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescente, criada para apoiar as gestões estaduais e municipais na ampliação do acesso e da qualificação da atenção à saúde de adolescentes e jovens, tem como foco a integralidade da atenção e garantia de seus direitos, incluindo direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2017). É, portanto, uma estratégia de qualificação, que, integrada com outras ações intersetoriais, permite que adolescentes tenham acesso aos serviços de atenção básica de forma equitativa, humanizada e adequada à proteção de seus direitos sexuais e reprodutivos. Para tanto, a capacitação dos profissionais é um ponto fundamental definido na Agenda e nas atividades técnicas e assistenciais do Departamento de Atenção à Saúde do Adolescente (DASCA/SES).

Os dados relativos à gravidez na adolescência no Estado do Maranhão aqui apresentados, revelam a importância da implementação e continuidade de ações voltadas à prevenção da gravidez entre adolescentes, além de políticas públicas que ampliem o leque de futuros possíveis para os adolescentes e jovens (VIEIRA, et al., 2014). Apesar das atividades realizadas pelos profissionais na Atenção Básica de Saúde como palestras e rodas de conversa, os programas e políticas de saúde já implementados precisam ser fortalecidos, como o Programa Saúde na Escola, com consulta médica e de enfermagem, a fim de facilitar o diálogo dos profissionais com os adolescentes e o acesso destes às ações em saúde (VIEIRA, et al., 2014; SPINOLA, FERREIRA, FERREIRA, 2017).

Para a promoção da adolescência saudável e a sexualidade segura, é mister que hajam ações, intervenções e planos de trabalho mais amplos em cada um dos 217 municípios do Estado e, que estes, possam de fato atingir os pais, os professores, as lideranças religiosas e a comunidade em geral, e não somente as adolescentes. Assim será possível proporcionar um Os dados relativos à gravidez na adolescência no Estado do Maranhão aqui apresentados, revelam a importância da implementação e continuidade de ações voltadas à prevenção da gravidez entre adolescentes, além de políticas públicas que ampliem o leque de futuros possíveis para os adolescentes e jovens (VIEIRA, et al., 2014). Apesar das atividades realizadas pelos profissionais na Atenção Básica de Saúde como palestras e rodas de conversa, os programas e políticas de saúde já implementados precisam ser fortalecidos, como o Programa Saúde na Escola, com consulta médica e de enfermagem, a fim de facilitar o diálogo dos profissionais com os adolescentes e o acesso destes às ações em saúde (VIEIRA, et al., 2014; SPINOLA, FERREIRA, FERREIRA, 2017).

Para a promoção da adolescência saudável e a sexualidade segura, é mister que hajam ações, intervenções e planos de trabalho mais amplos em cada um dos 217 municípios do Estado e, que estes, possam de fato atingir os pais, os professores, as lideranças religiosas e a comunidade em geral, e não somente as adolescentes. Assim será possível proporcionar um ambiente seguro e de apoio para meninos e meninas em casa, na escola e em outros lugares que frequentam, visando diminuir a condição de vulnerabilidade que os cercam (SPINOLA et al., 2017; SANTOS, FERRREIRA, FERRREIRA, 2018; SANTOS et al., 2018).

No que tange às características da gestação e parto, o número de consultas de pré-natal menor que sete, a idade gestacional menor que 37 semanas e o parto cesáreo devem definir as estratégias de intervenção em cada realidade do Estado do Maranhão.

Sobre a consulta de pré-natal, existem evidências de que a implementação adequada deste tipo de atendimento é um dos principais determinantes para evolução gestacional satisfatória, pois permite identificar situações de risco e realizar intervenções precoces e eficientes. Com o inverso, as adolescentes podem iniciar um ciclo de impactos negativos, visto que a gravidez neste grupo acomete, com maior frequência, as jovens de grupos sociais menos favorecidos, por vezes sem apoio familiar, social e do companheiro (GAMA et al.; 2014).

No que se refere aos partos prematuros (gestação menor que 37 semanas), o baixo peso ao nascer associados à gravidez na adolescência aumentam os resultados perinatais adversos, assim como perigos maternos e neonatais decorrentes de complicações obstétricas. Assim, a gestação na adolescência é vista como uma circunstância de risco biológico tanto para as mães quanto para os recém-nascidos.

Diante do exposto, conclui-se que muitos dos resultados obstétricos em adolescentes continuam incertos, mas a gravidez na adolescência associa-se ao aumento dos riscos gestacionais e nas condições clínicas do recém-nascido.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na Atenção Básica** [recurso eletrônico]. Brasília - DF, Brasil, 2017. 234

BRUZADELI, D. S.; TAVARES, B. B. Expectativa quanto ao parto e conhecimento do motivo da cesárea: entre puérperas adolescentes e adultas. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, 2010;12(1):150-157.

CARVALHO, SS; OLIVEIRA, B.R.; BEZERRA, ISA. Importância das orientações sobre trabalho de parto nas consultas de pré-natal: revisão de literatura. **Rev. Educ. Saúde**, 2019;7(2):142- 150.

CASTRO, ABC, et al. Gênero, patriarcado, divisão sexual do trabalho e a força de trabalho feminina nas sociedades capitalistas. VI Seminário CETROS. 2018; 2(6): 2-15.

CAVENAGHI, S; ALVES, JED. Qualidade das informações sobre fecundidade no Censo Demográfico de 2010. **Rev Brasileira de Estudos de População**, 32016; 3(1), 189-205. doi: 10.20947/S0102-309820160010
DIAS, ACG; TEIXEIRA, MAP. Gravidez na adolescência. **Paideia**, 2010; 20(45), 123-131.

DIAS, BF; ANTONI, NM; VARGAS, DM. Perfil clínico e epidemiológico da gravidez na adolescência: um estudo ecológico. Arquivos Catarinenses de Medicina, 2020;49(1):0- 22.

DOMINGUES, RMSM; VIELLAS, EF; DIAS, MAB; TORRES, JÁ; THEME-FILHA, MM; GAMA, SGN; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Pública** 2015; 37:140-7.

FORSYTHE, ES; ALLEN, PJ. Health risks associated with late-preterm infants: implications for newborn primary care. **Pediatr Nurs** 2013; 39:197.

GAMA SGN, VIELLAS EF, SCHILITHZ AOC, FILHA MMT, CARVALHO ML, GOMES KRO, et al. Factors associated with caesarean section among primiparous adolescents in Brazil, 2011-2012. **Cad Saúde Pública**. 2014; 30 Suppl 1:S117-27. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00145513 with spontaneous preterm birth. **PLoS One** 2014; 9:e109069. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006528.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. BRASIL EM SÍNTESE. Disponível em <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidadetotal.html>. Acesso em 03/04/2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. COORDENAÇÃO DE POPULAÇÃO E INDICADORES SOCIAIS. **Tendências demográficas:** uma análise dos resultados da amostra do censo demográfico 2000. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004.

LOFTIN, RW; HABLI, M; SNYDER, CC; CORMIER, CM; LEWIS, DF; DEFRANCO, EA. Late preterm birth. **Rev Obstet Gynecol** 2010; 3:10-9.

MARANHÃO TA, et al. Atitudes e reações familiares e sociais diante da gravidez na adolescência. **Rev enferm UFPEon line**, 2018; 12(4): 840-48.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Tendências da mortalidade materna: 1990 a 2013: estimativas da OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial e Divisão de População das Nações Unidas, 2014.

PASSINI JUNIOR, R; CECATTI, JG; LAJOS, GJ; TEDESCO, RP; NOMURA, ML; DIAS, TZ; et al. Brazilian multicentre study on preterm birth (EMIP): prevalence and factors associate.

PINHEIRO, YT.; PEREIRA, NH.; FREITAS, GDM. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Colet.** 2019; 27(4). https://doi.org/10.1590/1414-462X201900040364

SANTOS, MJO; FERREIRA, SEM; FERREIRA, MMC. Contraceptive behavior of Portuguese higher education students. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(4):1706-13. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0623.

SANTOS, RCAN; SILVA, RM; QUEIROZ, SILVA, E.V.; et al. Relação do tipo de parto com o perfil epidemiológico da assistência pré-natal e perinatal em um município de Minas Gerais. **Rev Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2020; 20(1): 249-256.

SPINOLA MCR, BÉRIA JU, SCHERMANN LB. Factors associated with first sexual intercourse among mothers with 14-16 years of age from Porto Alegre/RS, Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2017;22(11):3755-62. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.00082016.

VIEIRA EM; BOUSQUAT AEM, BARROS CRS, ALVES MCGP. Adolescent pregnancy and transition to adulthood in young users of the SUS. **Rev Saúde Pública**. 2017;51:25. MVO; JORGE, HMF; BRILHANTE, AVM. Realities and perspectives of adolescent mothers in their first pregnancy. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(1):65-72. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0444.

VIELLAS EF, DOMINGUES RMSM, DIAS MAB, GAMA SGN, THEME FILHA MM, COSTA JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública** 2014; 30 Suppl:S85-100.

POHLMANN, FC; KERBER, NPC; PELZER, MT; DOMINGUEZ, CC; MINASI, JM; CARVALHO, VF. Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. **Texto Contexto Enferm** 2016; 25:e3680013.

WORD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent health. [internet]. Geneva, 2017 [citado em mai de 2022]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/.

PINHEIRO, YT; PEREIRA, NH e FREITAS, GDM. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. Cadernos Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 27, n. 4 [Acessado 10 Junho 2022] , pp. 363-367. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900040364>. Epub 28 Nov 2019. ISSN 2358-291X. https://doi.org/10.1590/1414-462X201900040364.

UNICEF. Trilha de empoderamento de meninas. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/10776/file/revista-trilha-de-empoderamento-de-meninas.pdf. 2020.

Governador
Carlos Brandão

Secretário de Estado da Saúde
Tiago José Mendes Fernandes

Secretária Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Waldeise Pereira

Superintendente de Epidemiologia e Controle de Doenças
Tayara Pereira

Superintendente de Atenção Primária em Saúde
William Vieira Pereira

Chefe do Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente
Nelma Pereira da Silva

Elaboração e Organização

Francisca Georgina Macedo de Sousa (Enfermeira)
Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente
Mirtes Valéria Sarmento Paiva (Enfermeira)
Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente
Poliana Pinto Cozzi Pereira (Assistente Social
Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente