

Universidade do Sul de Santa Catarina

**TENDÊNCIA TEMPORAL DA GESTAÇÃO EM ADOLESCENTES NO BRASIL**

TEMPORAL TREND OF ADOLESCENT PREGNANCY IN BRAZIL

Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, Brasil

Joana Buratto<sup>1</sup>

Márcia Regina Kretzer<sup>1</sup>

Paulo Fontoura Freitas<sup>1,2</sup>

Jefferson Traebert<sup>1</sup>

Rodrigo Dias Nunes<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL - Campus Pedra Branca - Palhoça (SC) Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC) Brasil.

Responsável por troca de correspondência: Joana Buratto

Endereço para contato: E-mail: joana.buratto.jb@gmail.com Fone: (49)99960-3773. Rua Jaú Guedes da Fonseca, 120, apartamento 203, Coqueiros – Florianópolis/SC

## Resumo

**Objetivo:** Analisar a tendência temporal da gestação na adolescência e de fatores associados durante 10 anos no Brasil. **Método:** Estudo ecológico de series temporais realizado com base no banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Fizeram parte do estudo informações referentes a nascidos vivos filhos de mães adolescentes no período de 2006 a 2015. A proporção geral de gestação na adolescência e as proporções específicas conforme as características analisadas foram calculadas através dos coeficientes de notificação padronizados e o método de regressão linear simples. Aprovado pelo comitê de ética da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Resultados:** A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes variou de 21,4% em 2006 para 18,1% em 2015 e essa redução ocorreu às custas da variação negativa observada entre mães na faixa de 15 a 19 anos de idade. Em relação cor de pele materna, a indígena foi a única que não apresentou redução. No que tange a escolaridade materna, houve aumento das proporções de adolescentes com escolaridade entre quatro e sete anos de estudo e nas demais, houve diminuição. Também houve aumento das proporções de adolescentes que vivem com parceiro. Quanto ao local de nascimento, houve redução em todas as Regiões brasileiras e em grande parte das Unidades da Federação. **Conclusão:** Apesar das estatísticas demonstrarem declínio em sua frequência, estratégias para prevenção da gestação na adolescência ainda se mostram insuficientes. Por se tratar de um fenômeno complexo, são necessárias medidas holísticas e ações em conjunto, visto que nenhum setor é capaz de combater-la isoladamente.

**Palavras-chave:** gravidez na adolescência, epidemiologia, condições sociais, adolescente, desenvolvimento humano.

## **Abstract**

**Objective:** To analyze the temporal trend and factors associated with adolescent pregnancy during 10 years in Brazil. **Method:** Data were extracted from Live Births Information System, of Brazilian Health System and include information regarding live births of adolescent mothers from 2006 to 2015. The overall proportion of gestation in adolescence and the specific proportions according to the characteristics analyzed were calculated using the standardized reporting coefficients and the simple linear regression method. Approved by the ethics committee of University of Southern Santa Catarina (UNISUL). **Results:** The general proportion of Live Births of adolescent mothers varied from 21.4% in 2006 to 18.1% in 2015 and this reduction occurred at the expense of the negative variation observed among mothers aged 15 to 19 years. In relation to maternal skin color, the indigenous was the only that did not present a reduction. Regarding maternal schooling, there was an increase in the proportion of adolescents with schooling between four and seven years, and in the others categories, there was a decrease. There was also an increase in the proportion of adolescents living with partners. As for the place of birth, there was reduction in all Brazilian Regions and in a large part of the Federation Units. **Conclusion:** Although the statistics show a decline in their frequency, strategies to prevent adolescent pregnancy are still insufficient. Because it is a complex phenomenon, holistic measures and joint actions are essential, since no sector is able to combat it in isolation.

**Keywords:** pregnancy in adolescence, epidemiology, social conditions, adolescent, human development.

## Introdução

Adolescência é a fase do desenvolvimento humano caracterizada pela passagem à juventude.<sup>1</sup> Independente da classificação, adolescência é a etapa da vida em que ocorre a transição entre infância e vida adulta. Diversas são as classificações para este período, levando-se em consideração critérios biológicos, sociais, legais, políticos e estatísticos.<sup>2-5</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera adolescentes os indivíduos de 10 a 19 anos de idade<sup>2</sup>, a Organização das Nações Unidas (ONU) classifica os adolescentes de 15 a 24 anos<sup>3</sup>, enquanto, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente define a adolescência como o período de 12 a 18 anos de idade.<sup>4</sup> Nessa fase, importantes mudanças no desenvolvimento físico, emocional e psicológico ocorrem, incluindo as relações afetivas. Os determinantes biológicos são universais, mas sua duração e características têm variado no tempo, entre culturas e diferentes condições socioeconômicas.<sup>2,6,7</sup>

Por ser uma fase de grandes transformações e descobertas, também é considerada um período de vulnerabilidade, associada a comportamentos de risco como uso abusivo de drogas e práticas sexuais desprotegidas, as quais trazem consigo o risco de transmissão de infecções e gestações não planejadas.<sup>8</sup>

O tema relacionado à gestação na adolescência vem sendo muito discutido nos últimos anos. Enquanto que no passado era um evento esperado como parte do cenário habitual, hoje muitos países, incluindo o Brasil, o consideram um problema de saúde pública por estar associado a inúmeros desfechos desfavoráveis, principalmente para o binômio materno-fetal.<sup>9,10</sup>

Entretanto, apesar da evolução na organização dos serviços de saúde, da ampliação do acesso à educação e da diminuição da desigualdade no cuidado, vivenciada nos últimos anos<sup>11</sup>, a cada ano, no mundo, ficam grávidas aproximadamente 16 milhões de adolescentes entre 15 e 19 anos de idade; e dois milhões com menos de 15 anos.<sup>12</sup> Esse evento é mais comum em jovens de classes sociais menos privilegiadas, com poucos anos de estudo e que vivem fora das áreas urbanas.<sup>13</sup>

A taxa mundial de filhos de mulheres abaixo dos 19 anos caiu de 6%, em 1990, para 4,8%, em 2007. Porém, apesar das taxas de natalidade nesta faixa etária estarem em declínio, o número absoluto de nascimentos teve menor redução, devido ao

aumento da população adolescente nos últimos anos. Em 2008, 11% de todos partos do mundo ainda eram de adolescentes e 95% deles aconteceram em países de baixo e médio níveis de desenvolvimento.<sup>14</sup>

No Brasil, a proporção de gestações na adolescência também diminuiu e isso ocorreu em todas as regiões. Nas capitais, houve uma redução de 10,1%, em 1996, para 8,1%, em 2011.<sup>15</sup> Segundo o Censo demográfico de 2000, em comparação com o de 2010, o número de filhos de mães adolescentes decresceu devido à redução de gestações entre 15 e 19 anos, enquanto que na faixa etária entre 10 e 14 anos, o índice aumentou.<sup>16,17</sup>

Apesar da gravidez ser, para muitas jovens e suas famílias, um motivo de grande alegria, quando indesejada ou inoportuna, pode causar impactos nas relações interpessoais, sociais, econômicas e educacionais. Estudos nacionais apontam que o abandono escolar é muito mais prevalente entre adolescentes que engravidam, quando comparado com aquelas que não passam por esta situação.<sup>9,18</sup> Além disso, gestações nesse período são mais vulneráveis a complicações obstétricas e perinatais.<sup>9,19</sup>

No entanto, a gestação nem sempre configura uma situação problemática para a adolescente. Quando acompanhada de suporte familiar e do companheiro, assistência pré-natal adequada, condições que possibilitem a manutenção dos estudos e responsabilidade com o recém-nascido, a gravidez pode representar uma influência positiva em seu desenvolvimento e até reforçar sua autoestima visto que com ela, a jovem ganha não só uma nova responsabilidade, mas também um novo status social.<sup>20,21</sup>

Dessa forma, mesmo com o progresso alcançado, os quais incluem modificações socioeconômicas e demográficas, melhoria da qualidade de vida e criação de programas de intervenção à saúde, a gestação na adolescência, mesmo quando desejada, e suas consequências para sociedade continuam presentes e afetando o desenvolvimento humano de suas comunidades.<sup>11</sup> Assim, torna-se importante estudos nessa área para que se possa compreender seus motivos e encontrar os melhores caminhos para sua prevenção. A análise da tendência temporal de gestação na adolescência pode contribuir para a compreensão e planejamento de ações de educação, fortalecimento e amparo para as jovens mães. O objetivo desse estudo foi analisar a tendência temporal da gestação na adolescência e de fatores associados no Brasil, entre 2006 e 2015.

## Método

Trata-se de um estudo ecológico de series temporais realizado com base no banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Fizeram parte do estudo informações referentes aos nascidos vivos filhos de mães adolescentes de 10 a 19 anos no período de 2006 a 2015, totalizando 5.761.082 recém-nascidos.

A tabulação dos dados foi realizada pelo software TABWIN disponível no DATASUS, exportados para o programa Microsoft Excel e posteriormente analisados pelo programa SPSS 18.0.

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes foi calculada como o percentual dessa faixa etária materna em relação ao total de nascidos vivos declarados, bem como a proporção específica de gestação na adolescência segundo cada variável analisada.

Para a análise da tendência temporal foram utilizados os coeficientes de notificação padronizados e o método de regressão linear simples. As variáveis dependentes foram as proporções de gestação na adolescência, segundo faixa etária, cor de pele, anos de estudo, situação conjugal, Região e Unidade da Federação (UF). As variáveis independentes foram os anos sobre os quais as informações foram coletadas (2006 a 2015). Obteve-se assim o modelo estimado de acordo com a formula  $y=b_0+b_1x$ , onde  $y$  é o coeficiente padronizado,  $b_0$  é o coeficiente médio do período,  $b_1$  é o incremento anual médio e  $x$  é o ano. Foram consideradas significantes as variações com  $p < 0,05$  para um intervalo de confiança de 95%.

O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL, sob CAAE 70233017.1.0000.5369, no dia 03 de julho de 2017.

## Resultados

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes variou de 21.4%, em 2006, para 18.1%, em 2015, e a proporção média no período foi de 19.7%. Foi encontrada correlação negativa muito forte ( $r$ ) entre o tempo em anos e a proporção de nascidos

vivos de mães adolescentes (-0.951). O coeficiente de determinação ( $R^2$ ) demonstrou que o fator tempo foi responsável em cerca de 91.0% pela redução da proporção de gestações de mães adolescentes (0.91). O coeficiente beta ( $\beta$ ) representou uma tendência de redução média de 0.324 do desfecho a cada ano ( $p<0.001$ ), (Gráfico 1).

Ao classificar as adolescentes por grupos etários, a proporção de nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 14 anos apresentou variação de 0.9%, em 2006, para 0.8%, em 2015 ( $p=0.196$ ), tendência de estabilidade. Enquanto que a proporção de nascidos vivos de mães entre 15 e 19 anos de idade variou de 20.5% para 17.2%, respectivamente ( $p<0.001$ ), tendência de redução.

Em relação a cor de pele declarada, as maiores taxas de nascidos vivos foram encontradas entre as adolescentes indígenas e a variação observada foi de 27.3%, em 2006, para 29.5%, em 2015 ( $p=0.070$ ), tendência de estabilidade. Os demais grupos apresentaram redução, com queda de 19.5% para 13.0% entre mulheres amarelas ( $p<0.001$ ), 18.5% para 13.0% entre brancas ( $p<0.001$ ), 21.2% para 17.2% entre negras ( $p<0.001$ ) e de 25.1% para 21.5% entre adolescentes cor de pele parda ( $p<0.001$ ).

Quanto à instrução materna, o único grupo a apresentar tendência crescente no período foi o que se classifica entre quatro e sete anos de estudo completos. Este grupo variou de 29.4% para 30.4%, ao final do período ( $p=0.004$ ). Todas as demais categorias apresentaram redução. A proporção das que haviam estudado até três anos completos variou de 17.2% para 13.3% ( $p<0.001$ ), das que estudaram de oito a onze anos completos variou de 21.6% para 19.6% ( $p=0.015$ ), e a proporção das adolescentes com doze ou mais anos de estudo completos variou de 6.4% para 1.6%, ao final do período ( $p<0.001$ ).

Quanto a situação conjugal materna, a proporção de mães adolescentes que vivem com parceiro apresentou tendência crescente com variação de 9.8% para 11.8% ( $p=0.025$ ). Por outro lado, entre mães adolescentes que vivem sem parceiro houve tendência de estabilidade e a variação observada foi de 28.6% em 2006 para 26.4% em 2015 ( $p=0.186$ ). Os resultados relatados acima estão descritos na Tabela 1.

Quanto ao local de nascimento, a proporção de gestações na adolescência apresentou tendência de redução em todas as Regiões brasileiras. Na Região Norte, a variação foi de 28.1%, em 2006, para 25.5%, em 2015 ( $p<0.001$ ), na Região Nordeste, de 24.6% para 21.2% ( $p<0.001$ ), na Região Centro-Oeste, de 21.8% para 17.5% ( $p<0.001$ ),

na Região Sul, de 19.2% para 15.3% ( $p<0.001$ ) e, por fim, na Região Sudeste, a variação foi de 17.8% para 14.9% ( $p<0.001$ ), ao final do período estudado.

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes reduziu em todas as UF brasileiras, com exceção de Alagoas. Neste Estado, a proporção aumentou, 25.8% para 26.3% ( $p=0.127$ ), demonstrando tendência de estabilidade. Os resultados conforme local de nascimento estão descritos na Tabela 2.

## Discussão

Durante a década analisada, a proporção de nascidos vivos entre mães adolescentes no Brasil reduziu às custas do decréscimo deste evento entre adolescentes com idade superior a 15 anos de idade, já que proporção de nascidos vivos entre adolescentes com idade entre 10 e 14 anos demonstrou tendência de estabilidade. Além da estabilidade observada, é importante atentar-se para o fato de que apesar das proporções de gestações entre adolescentes mais jovens serem baixas, em termos absolutos os números ainda são altos. A gravidez nesse grupo (10 a 14 anos) pode estar mais fortemente associada a problemas de saúde, emocionais e sociais. E cabe ainda salientar que existem as relações não consentidas e as agressões sexuais como importantes fatores causais de gravidez em menores de 15 anos.<sup>13</sup> Em Santa Catarina, entre os anos 2008 e 2013, foram notificados 950 casos de violência sexual contra adolescentes de 10 a 14 anos de idade, 450 contra as de 15 a 19, e a gravidez foi a principal consequência registrada.<sup>22</sup>

Os fatores que influenciam a alta incidência de gestação entre adolescentes mais jovens são diversos e complexos. Entre eles, cabe destacar o início cada vez mais precoce das relações sexuais e a falta de políticas públicas de educação sexual e saúde reprodutiva voltadas para esta faixa etária.<sup>23</sup> Segundo estudo realizado a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 88,0% dos adolescentes tiveram iniciação sexual entre os 13 e os 15 anos de idade.<sup>24</sup>

É preciso levar em consideração que a gestação e a maternidade em adolescentes perpetuam o ciclo da pobreza e, principalmente, em menores de 15 anos, esse fenômeno está vinculado a condicionantes sociais, tais como renda, moradia e estrutura familiar.<sup>23</sup> Porém, apesar da gestação na adolescência relacionar-se com

múltiplos desfechos desfavoráveis no âmbito biológico, psicológico e social, observa-se a alta prevalência de sentimentos positivos da adolescente em relação a gravidez.<sup>21</sup>

Em relação a cor de pele materna, entre as indígenas encontrou-se não só as maiores proporções de nascidos vivos no período, como também foi a única categoria analisada que apresentou tendência de estabilidade. Ao final da década estudada, as maiores proporções de nascidos vivos eram entre as adolescentes indígenas, seguidas pelas pardas, negras, amarelas e brancas, respectivamente. Tem-se observado nos últimos anos uma queda nas taxas de fecundidade entre todas as cores de pele maternas, porém na população indígena, esses números ainda são altos e maiores do que a média da América Latina.<sup>25</sup> Em 2010, a porcentagem de mães entre 15 e 19 anos na América Latina era de 26.4%, entre as indígenas, e de 11.8%, entre mães de outras etnias.<sup>25</sup> Quanto a relação entre cor de pele e escolaridade no Brasil, segundo o IBGE, em 2015 as adolescentes brancas eram as que possuíam as menores proporções de nascidos vivos e as maiores proporções de instrução materna.<sup>26</sup>

Expandindo a discussão acerca da escolaridade materna, neste estudo, o único grupo cuja tendência foi ascendente, foi o de mães com grau de instrução entre quatro e sete anos. As demais categorias apresentaram redução e a maior variação negativa observada foi entre adolescentes com escolaridade igual ou superior a doze anos. Sobre a instrução materna, é importante frisar que o grau de escolaridade descrito é aquele em que a jovem mãe se encontra no momento do cadastramento do recém-nascido no SINASC, não sendo possível observar se a adolescente continuou seus estudos após o parto. A categoria que apresentou aumento é aquela que se encontra no ensino fundamental e é provavelmente constituída por jovens menores de 15 anos de idade. Estudos nacionais apontam que a trajetória escolar é o projeto mais prejudicado com a maternidade na adolescência e que o abandono dos estudos entre as gestantes e o adiamento de sua profissionalização influenciam no ingresso à vida adulta, manutenção de dependência financeira da família de origem ou de seu companheiro e maior exposição a riscos sociais como uso de drogas, violência e privações afetivas e culturais.<sup>27,28</sup> Uma pequena minoria das adolescentes que se tornam mães continua estudando após esse evento e 31.0% delas já haviam abandonando os estudos mesmo antes da gestação.<sup>18</sup>

No que tange a situação conjugal materna, foi observada uma tendência ascendente entre adolescentes que viviam com o parceiro e tendência de estabilidade entre aquelas que viviam sem parceiro. Segundo o Censo de 2010, na faixa etária de 11 a 17 anos, 34.0% já tinham tido pelo menos um filho e a maioria dessas mães era ou já havia sido casada ou vivido em união consensual.<sup>17</sup> Das adolescentes nessa mesma faixa que nunca viveram com cônjuge ou com companheiro, menos de 1.0% eram mães, enquanto que 33.0% das que viviam e 40.0% das que tinham vivido com o parceiro, tinham tido ao menos um filho.<sup>17</sup> A união conjugal estável, além de se mostrar como um fator de risco para ocorrência de gestação na adolescência, também está relacionada a menor escolaridade, como já citado anteriormente, visto que, ao assumirem o papel de mães e esposas, tendem a interromper prematuramente seus estudos.<sup>18</sup> Uma limitação deste estudo é que não permite observar se a união ocorreu antes ou durante a gestação adolescente e então inferir se a gravidez atua mais fortemente como fator de risco ou como desfecho do casamento precoce.

Em relação ao local de nascimento, houve tendência de redução em todas as Regiões brasileiras e a maior variação observada foi na Região Centro-Oeste. Um estudo que analisou a gestação na adolescência, durante o período entre 2000 a 2011, no Brasil, também demonstrou queda das proporções gerais (10 e 19 anos) de nascidos vivos em todas as Regiões, entretanto, entre adolescentes mais jovens (10 e 14 anos), observou aumento nas Regiões Norte e Nordeste, e queda nas demais.<sup>29</sup> Pode-se inferir, portanto, que a estabilidade encontrada nas proporções de nascidos vivos na adolescência mais precoce pelo presente estudo é provavelmente resultado de seu aumento em duas Regiões brasileiras em contraste com a redução nas demais. O índice de desenvolvimento humano no Norte e Nordeste, apesar de terem apresentado crescimento acelerado entre os anos 2000 e 2010, permaneceu, ao final desta década, com os menores valores registrados no país, com 0.667 e 0.663, respectivamente.<sup>30</sup> Portanto, Regiões geográficas com menores índices de educação e renda são as que apresentam ascensão das proporções de adolescentes gestantes entre 10 a 14 anos.

Quanto à UF do nascimento, houve tendência de redução em quase todos os Estados. Observou-se tendência de estabilidade no Estado do Acre, Amazonas, Roraima, Alagoas e Sergipe.

A gravidez na adolescência no Brasil, deve ser reconhecida como fenômeno social complexo, pois apesar das dificuldades associadas, faz-se necessário concentrar esforços para combater os diversos fatores que levam essas jovens à condição de gestação. São reconhecidos quatro fatores principais que influenciam sua ocorrência. Fatores de descompasso entre desejo sexual e risco relacionado, principalmente, às gestações não planejadas; vontade de ser mãe, relacionada às gestações desejadas; anseio por mudança de status social, no que tange a conjuntura de gestações estratégicas; e violência sexual, relacionada a gestações indesejadas.<sup>21</sup>

No entanto, apesar da gestação ser, na maioria das vezes, um evento aceito e até desejado, o documento Situação da população Mundial de 2013, destaca que esse evento é causa e consequência da violação de direitos. Esse fenômeno mina a capacidade de uma jovem exercer seus direitos básicos, principalmente o de educação, e quando ela é impossibilitada de usufruir desses direitos, também se torna mais vulnerável a engravidar.<sup>13</sup> Como fatores associados a este evento, destacam-se casamento precoce, pobreza, violência, desigualdade de gênero, políticas nacionais que restringem o acesso à contracepção e à educação sexual apropriada à idade e obstáculos aos direitos humanos de acesso à saúde e educação.<sup>13,28</sup>

Alguns governos e comunidades têm sido capazes de reduzir as taxas de fertilidade entre adolescentes por meio de ações direcionadas a outros objetivos, como prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, combate ao abandono escolar, redução dos índices de casamento precoce, formação de capital humano a partir dessas jovens e reforço da autoconfiança, a fim de que tomem suas próprias decisões de vida e que defendam seus direitos humanos básicos<sup>13</sup>. Porém, grande parte dessas medidas se concentram principalmente em mudar o comportamento da adolescente, sem abordar fatores associados como desigualdade de gênero, coerção sexual e violência, pobreza e pressões sociais. É fundamental que ocorra uma mudança no perfil de intervenções, para abordagens mais amplas e que efetivamente auxiliem as adolescentes a deliberarem sobre seus próprios futuros, especialmente em relação a saúde sexual e reprodutiva, e ofereçam-lhes oportunidades concretas para que a maternidade não seja encarada como seu único destino.<sup>13</sup>

## Conclusão

Existe tendência de redução das proporções de nascidos vivos entre mães adolescentes (10 a 19 anos) em relação aos demais nascidos vivos no Brasil, principalmente às custas da tendência decrescente das gestações entre adolescentes maiores de 15 anos de idade. Há tendência de redução em todas as etnias, com exceção da indígena. Em relação a escolaridade materna, há aumento das proporções de nascidos vivos entre adolescentes com quatro a sete anos de estudos completos e uma tendência ascendente entre mães adolescentes que se encontravam em união estável. Quanto à distribuição geográfica, fica evidenciada uma tendência decrescente de nascidos vivos entre mães adolescentes em todas as Regiões brasileiras e em grande parte das Unidades da Federação.

A gravidez na adolescência pode levar a repercussões desfavoráveis para sociedade e para o binômio materno-fetal. Este fenômeno está fortemente associado a baixos níveis de educação e impacto negativo no potencial econômico dessas jovens. Portanto, apesar das estatísticas demonstrarem declínio em sua frequência, estratégias para sua prevenção ainda se mostram insuficientes. Dadas a dimensão e complexidade desse desafio, combater a gravidez na adolescência requer abordagens holísticas e ações em conjunto, visto que nenhuma instituição é capaz de enfrentá-la isoladamente.

## Agradecimentos

Agradecemos ao Núcleo de Apoio ao Trabalho de Conclusão de Curso da UNISUL, unidade Pedra Branca, especialmente a professora Fabiana Oenning da Gama pelo amparo durante toda elaboração do estudo.

## Referências Bibliográficas

1. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2.

2. World Health Organization - WHO. Adolescent development. Who.int. 2017. [cited 2 July 2018]. Disponível em:  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/)
3. Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA. Direitos da população jovem – Um marco para o desenvolvimento. 2010. [cited 2 July 2018]. Disponível em:  
[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_pop\\_jovem.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_pop_jovem.pdf)
4. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente (1990). Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. [cited 2 July 2018]. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)
5. Faria ER, Franceschini Sdo C, Peluzio Mdo C, Sant'Ana LF, Priore SE. Aspectos metodológicos e éticos da avaliação da maturação sexual de adolescentes. Rev Paul Pediatr. 2013;31(3):398-405.
6. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Adolescência: Uma fase de oportunidades. Situação mundial da infância em 2011. Nova York, 2011. [cited 2 July 2018]. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf)
7. Eiland L, Romeo RD. Stress and the developing adolescent brain. J Neuroscience. 2013;249:162-71.
8. Ferreira CL, Braga LP, Mata ANS, Lemos CA, Maia EMC. Repetição de gravidez na adolescência: estudos sobre a prática contraceptiva em adolescentes. Estud pesqui psicol. 2012;12(1):188-204.
9. Pariz J, Mengarda CF, Frizzo GB. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão de literatura. Saude soc. 2012;21(3):623-36.
10. Brindis CD. Advancing the Field of Teenage Pregnancy Prevention Through Community-Wide Pregnancy Prevention Initiatives. J Adolesc Health. 2017;60(3):1-2.
11. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet. 2011;377(9780):1863-76.
12. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C: Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2018. [cited 1 July 2018]. Disponível em:  
[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA. Situação da População Mundial 2013. Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. Nova

York: UNFPA; 2013. [cited 2 July 2018]. Disponível em:  
<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf>.

14. World Health Organization - WHO. Early marriages, adolescent and young pregnancies. 2011. [cited 2 July 2018]. Disponível em:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_12-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_12-en.pdf).

15. Buriol VCS, Silva CH, Goldani MZ. Evolução temporal de fatores determinantes de saúde materno-infantil relacionados ao baixo peso ao nascer no Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.

16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (Brasil). Atlas do censo demográfico 2000 [cited 2 July 2018]. Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default\\_nupcialidade\\_fecundidade.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_nupcialidade_fecundidade.shtm)

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (Brasil). Atlas do censo demográfico 2010 [cited 2 July 2018]. Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/nupcialidade\\_fecundidade\\_migracao/default\\_nupcialidade\\_fecundidade\\_migracao.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/nupcialidade_fecundidade_migracao/default_nupcialidade_fecundidade_migracao.shtm)

18. Lima MNFA, Coviello DM, Lima TNFA et al. Adolescentes, gravidez e atendimento nos serviços de atenção primária à saúde. Recife. REUOL. 2017;11(5):2075-82.

19. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, Azevedo LM, Evangelista CB. Complicações em gestações em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. Einstein (São Paulo). 2015;13(4):618-26.

20. Szigethy E, Ruiz P. Depression Among Pregnant Adolescents: An Integrated Treatment Approach. Am J Psychiatry. 2001;158(1):22-7.

21. Santos BR, Magalhães DR, Mora GG, Cunha A. Gravidez na Adolescência no Brasil - Vozes de Meninas e de Especialistas. Instituto dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília: INDICA; 2017.

22. Delziovo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho Elza BS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2017; 33(6).

23. Instituto da Infância - IFAN. Primeira Infância e Gravidez na Adolescência; 2014 [cited 2 July 2018]. Disponível em <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha-Gravidez-Adol-FINAL-HD.pdf>

24. Malta DC, Silva MAI, Melo FCM, Monteiro RA, Porto DL, Sardinha, LMV, Freitas PC. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. Rev Bras Epidemiol. 2011;14(1):147-56.

25. Vignoli JR. La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina - Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2014 [cited 2 July 2018]. Disponible em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36853/S2014262\\_es.pdf?sequence=1](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36853/S2014262_es.pdf?sequence=1)
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais - Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: 2016 [cited 1 July 2018]. Disponible em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>.
27. Schwartz T, Vieira R, Geib LT. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(5):2575-85.
28. Soares JSF, Lopes MJM. Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamentos rurais no Rio Grande do Sul. Rev Esc Enfer USP. 2011; 45(4): 802-10.
29. Vaz RF, Monteiro DLM, Rodrigues NCP. Trends of teenage pregnancy in Brazil, 2000-2011. Rev Assoc Med Bras. 2016;62(4):330-5.
30. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras: 2016. – Brasília: PNUD: IPEA: FJP; 2016 [cited 2 July 2018]. Disponible em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6217/1/Desenvolvimento%20humano%20nas%20macrorregi%C3%B5es%20brasileiras.pdf>

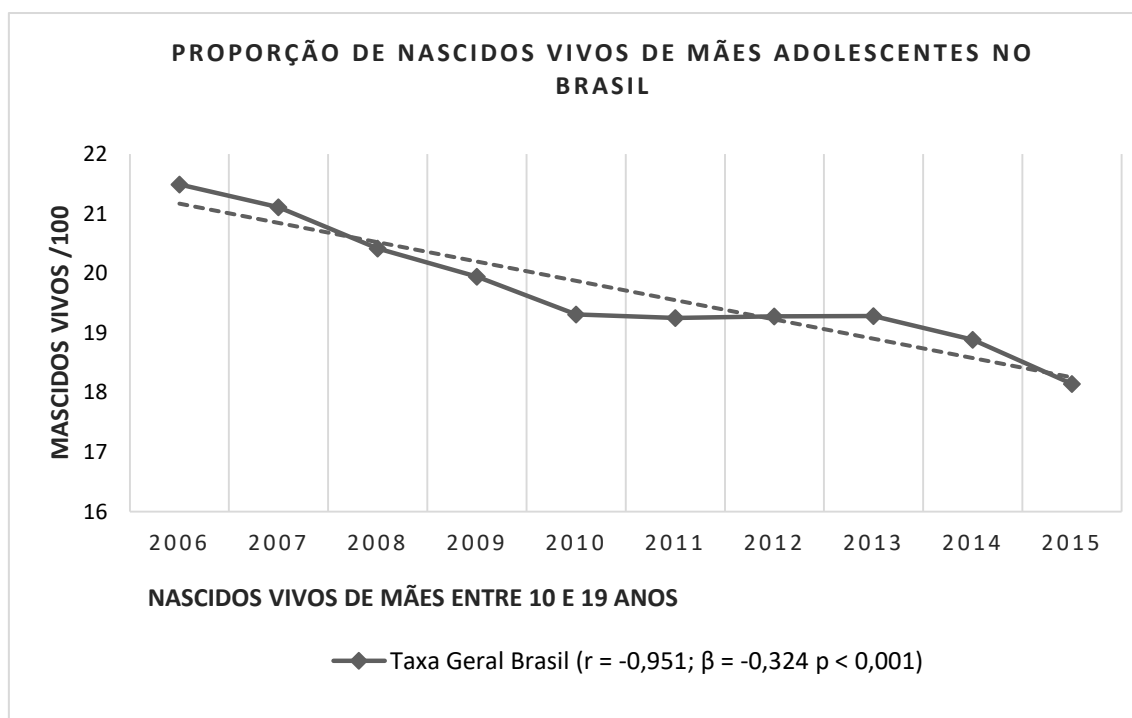


Gráfico 1 - Tendência da proporção geral de nascidos entre mães adolescentes (10 a 19 anos) no Brasil, no período de 2006 a 2015.

Fonte: Elaboração por Buratto J., 2018.

Tabela 1: Tendência de gestação na adolescência segundo variáveis sócio-demográficas no Brasil, de 2006 a 2015.

| ANO                         | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | $\beta$ | r      | Valor de p |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---------|--------|------------|
| <b>Nascidos vivos (%)</b>   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |         |        |            |
| <b>10 a 19 anos</b>         | 21.4 | 21.1 | 20.4 | 19.9 | 19.3 | 19.2 | 19.2 | 19.2 | 18.8 | 18.1 | -0.324  | -0.951 | <0,001     |
| <b>Faixa etária materna</b> |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |         |        |            |
| <b>10 a 14 anos</b>         | 0.9  | 0.9  | 0.9  | 0.9  | 0.9  | 0.9  | 0.9  | 0.9  | 0.9  | 0.8  | -0.004  | -0.447 | 0.196      |
| <b>15 a 19 anos</b>         | 20.5 | 20.1 | 19.4 | 18.9 | 18.3 | 18.3 | 18.3 | 18.3 | 17.9 | 17.2 | -0.320  | -0.951 | <0,001     |
| <b>Cor da pele</b>          |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |         |        |            |
| <b>Indígena</b>             | 27.3 | 28.4 | 29.0 | 29.0 | 29.0 | 28.3 | 28.5 | 28.9 | 28.7 | 29.5 | 0.120   | 0.594  | 0.070      |
| <b>Amarela</b>              | 19.5 | 17.9 | 18.6 | 15.9 | 15.2 | 13.6 | 13.8 | 14.8 | 13.4 | 13.0 | -0.710  | -0.920 | <0,001     |
| <b>Branca</b>               | 18.5 | 17.8 | 16.9 | 16.3 | 15.5 | 15.2 | 14.7 | 14.5 | 13.9 | 13.0 | -0.567  | -0.991 | <0,001     |
| <b>Negra</b>                | 21.2 | 20.1 | 19.7 | 19.6 | 19.3 | 19.3 | 18.8 | 18.8 | 18.1 | 17.2 | -0.348  | -0.954 | <0,001     |
| <b>Parda</b>                | 25.1 | 24.7 | 24.0 | 23.4 | 22.8 | 22.7 | 22.5 | 22.6 | 22.2 | 21.5 | -0.356  | -0.961 | <0,001     |
| <b>Anos de estudo</b>       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |         |        |            |
| <b>≤ 3 anos</b>             | 17.2 | 16.9 | 16.4 | 16.1 | 15.9 | 15.3 | 14.4 | 14.0 | 13.4 | 13.3 | -0.466  | -0.988 | <0,001     |
| <b>4 a 7 anos</b>           | 29.4 | 29.5 | 29.4 | 29.4 | 29.3 | 30.2 | 31.1 | 31.2 | 30.9 | 30.4 | 0.205   | 0.811  | 0.004      |
| <b>8 a 11 anos</b>          | 21.6 | 21.1 | 20.5 | 20.1 | 19.6 | 19.3 | 19.5 | 20.1 | 20.1 | 19.6 | -0.180  | -0.739 | 0.015      |
| <b>≥ 12 anos</b>            | 6.4  | 6.1  | 5.4  | 5.1  | 4.4  | 3.2  | 1.9  | 1.8  | 1.7  | 1.6  | -0.628  | -0.972 | <0,001     |
| <b>Situação conjugal</b>    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |         |        |            |
| <b>Vivem com parceiro</b>   | 9.8  | 9.0  | 8.3  | 7.5  | 7.2  | 11.5 | 13.0 | 13.1 | 12.6 | 11.8 | 0.531   | 0.699  | 0.025      |
| <b>Vivem sem parceiro</b>   | 28.6 | 28.1 | 27.3 | 26.7 | 26.1 | 26.5 | 27.5 | 27.8 | 27.3 | 26.4 | -0.120  | -0.455 | 0.186      |

r = coeficiente de Pearson;  $\beta$  = coeficiente de regressão

Fonte: Elaboração por Buratto J., 2018.

Tabela 2: Tendência de gestação na adolescência no Brasil segundo local do nascimento, de 2006 a 2015.

| ANO                  | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | r      | $\beta$ | Valor de $p$ |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|---------|--------------|
| Nascidos vivos (%)   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |        |         |              |
| Região               |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |        |         |              |
| Norte                | 28.1 | 27.7 | 27.1 | 26.9 | 26.3 | 26.4 | 26.5 | 26.5 | 26.2 | 25.5 | -0.925 | -0.229  | <0.001       |
| Nordeste             | 24.6 | 24.1 | 23.2 | 22.5 | 22.0 | 22.1 | 22.1 | 22.1 | 21.8 | 21.2 | -0.909 | -0.319  | <0.001       |
| Centro-Oeste         | 21.8 | 21.2 | 20.4 | 19.8 | 19.3 | 19.0 | 19.1 | 18.9 | 18.5 | 17.5 | -0.961 | -0.411  | <0.001       |
| Sul                  | 19.2 | 18.8 | 18.3 | 18.1 | 17.5 | 17.0 | 17.1 | 16.9 | 16.4 | 15.3 | -0.978 | -0.380  | <0.001       |
| Sudeste              | 17.8 | 17.5 | 16.9 | 16.5 | 15.9 | 15.8 | 15.9 | 16.1 | 15.6 | 14.9 | -0.937 | -0.274  | <0.001       |
| Unidade da Federação |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |        |         |              |
| Rondônia             | 26.0 | 25.2 | 24.5 | 24.1 | 23.2 | 22.9 | 22.3 | 21.8 | 21.1 | 20.1 | -0.996 | -0.607  | <0.001       |
| Acre                 | 27.4 | 26.9 | 26.9 | 26.7 | 26.8 | 26.7 | 26.7 | 27.2 | 27.2 | 26.9 | -0.102 | -0.008  | 0.779        |
| Amazonas             | 27.0 | 26.8 | 26.4 | 26.6 | 25.8 | 26.8 | 27.1 | 27.4 | 26.7 | 26.4 | 0.064  | 0.009   | 0.861        |
| Roraima              | 25.9 | 26.4 | 25.2 | 25.3 | 25.0 | 25.0 | 25.5 | 25.4 | 25.7 | 24.3 | -0.563 | -0.108  | 0.090        |
| Pará                 | 29.2 | 28.9 | 28.2 | 28.0 | 27.4 | 27.5 | 27.5 | 27.3 | 27.2 | 26.5 | -0.941 | -0.251  | <0.001       |
| Amapá                | 27.2 | 26.6 | 26.1 | 25.8 | 25.5 | 25.8 | 26.1 | 25.8 | 26.1 | 25.4 | -0.687 | -0.122  | 0.028        |
| Tocantins            | 28.4 | 27.6 | 26.9 | 26.0 | 25.4 | 24.4 | 24.1 | 24.0 | 23.6 | 23.0 | -0.982 | -0.587  | <0.001       |
| Maranhão             | 29.4 | 28.9 | 28.0 | 27.1 | 26.3 | 25.9 | 25.7 | 25.7 | 25.5 | 25.5 | -0.933 | -0.451  | <0.001       |
| Piauí                | 25.9 | 25.9 | 24.0 | 22.9 | 22.4 | 21.5 | 21.8 | 21.7 | 22.0 | 21.8 | -0.867 | -0.489  | 0.001        |
| Ceará                | 22.6 | 22.2 | 21.4 | 21.3 | 20.5 | 20.6 | 20.8 | 20.8 | 20.7 | 19.4 | -0.886 | -0.266  | 0.001        |
| Rio Grande do Norte  | 23.4 | 22.8 | 22.0 | 20.6 | 20.5 | 20.5 | 20.6 | 20.7 | 19.9 | 19.1 | -0.907 | -0.392  | <0.001       |
| Paraíba              | 23.2 | 22.2 | 21.3 | 20.8 | 19.9 | 20.3 | 20.3 | 20.2 | 19.7 | 19.4 | -0.897 | -0.347  | <0.001       |
| Pernambuco           | 23.3 | 23.1 | 22.5 | 22.0 | 21.3 | 21.4 | 21.7 | 21.5 | 21.3 | 20.5 | -0.907 | -0.263  | <0.001       |
| Alagoas              | 25.8 | 25.7 | 24.9 | 24.2 | 24.4 | 25.3 | 26.1 | 26.9 | 26.3 | 26.3 | 0.515  | 0.149   | 0.127        |
| Sergipe              | 22.1 | 21.6 | 20.9 | 19.8 | 20.3 | 21.0 | 21.3 | 21.7 | 21.4 | 21.6 | 0.117  | 0.027   | 0.747        |
| Bahia                | 24.3 | 23.5 | 22.4 | 21.9 | 21.3 | 21.6 | 21.3 | 21.1 | 20.6 | 20.0 | -0.946 | -0.402  | <0.001       |
| Minas Gerais         | 18.8 | 18.7 | 18.0 | 17.4 | 16.8 | 16.4 | 16.3 | 16.4 | 16.0 | 15.4 | -0.970 | -0.370  | <0.001       |
| Espírito Santo       | 20.5 | 20.0 | 19.0 | 18.2 | 17.5 | 17.1 | 17.7 | 18.0 | 17.6 | 16.7 | -0.851 | -0.349  | 0.002        |
| Rio de Janeiro       | 19.0 | 19.0 | 18.6 | 18.1 | 17.7 | 17.9 | 18.3 | 18.4 | 17.8 | 17.1 | -0.794 | -0.152  | 0.006        |
| São Paulo            | 16.7 | 16.3 | 15.7 | 15.5 | 14.8 | 14.7 | 14.8 | 14.9 | 14.5 | 13.8 | -0.939 | -0.273  | <0.001       |
| Paraná               | 20.6 | 20.1 | 19.6 | 19.9 | 19.1 | 18.6 | 18.5 | 18.6 | 17.9 | 16.8 | -0.963 | -0.363  | <0.001       |
| Santa Catarina       | 18.2 | 18.2 | 17.6 | 16.9 | 16.4 | 16.1 | 15.8 | 15.6 | 15.0 | 14.2 | -0.988 | -0.433  | <0.001       |
| Rio grande do Sul    | 18.4 | 17.8 | 17.4 | 16.9 | 16.3 | 15.9 | 16.2 | 16.0 | 15.6 | 14.5 | -0.963 | -0.360  | <0.001       |
| Mato Grosso do Sul   | 24.2 | 23.8 | 23.2 | 23.0 | 22.4 | 22.1 | 22.1 | 21.6 | 21.6 | 19.9 | -0.960 | -0.389  | <0.001       |
| Mato Grosso          | 25.2 | 24.3 | 23.2 | 22.6 | 22.0 | 21.1 | 21.7 | 21.2 | 20.4 | 19.5 | -0.968 | -0.557  | <0.001       |
| Goiás                | 22.2 | 21.5 | 20.6 | 19.9 | 19.2 | 18.9 | 18.8 | 19.0 | 18.5 | 17.6 | -0.953 | -0.450  | <0.001       |
| Distrito Federal     | 15.4 | 14.8 | 14.2 | 13.6 | 13.4 | 13.5 | 13.6 | 13.3 | 13.2 | 12.3 | -0.916 | -0.267  | <0.001       |

r = coeficiente de Pearson;  $\beta$  = coeficiente de regressão

Fonte: Elaboração por Buratto J., 2018.