

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM REDE – REDE NORDESTE DE
FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LARISSA MACIEL DE ALMEIDA

**ANÁLISE DA GRAVIDEZ REPETIDA NA ADOLESCÊNCIA EM UMA REGIÃO DO
MEIO NORTE BRASILEIRO**

SÃO LUÍS - MA

2022

LARISSA MACIEL DE ALMEIDA

**ANÁLISE DA GRAVIDEZ REPETIDA NA ADOLESCÊNCIA EM UMA REGIÃO DO
MEIO NORTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Rede – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva.

Área de concentração: Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

SÃO LUÍS - MA

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

DE ALMEIDA, LARISSA MACIEL DE.

ANÁLISE DA GRAVIDEZ REPETIDA NA ADOLESCÊNCIA EM UMA
REGIÃO DO MEIO NORTE BRASILEIRO / LARISSA MACIEL DE DE
ALMEIDA. - 2022.

75 f.

Orientador(a): Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

1. Adolescentes. 2. Fatores Associados. 3. Gravidez.
4. Prevalência. 5. Reincidência. I. da Silva, Ilana
Mirian Almeida Felipe. II. Título.

LARISSA MACIEL DE ALMEIDA

**ANÁLISE DA GRAVIDEZ REPETIDA NA ADOLESCÊNCIA EM UMA REGIÃO DO
MEIO NORTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Rede – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

COMISSÃO AVALIADORA

Prof.^a Dra. Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva (Presidente)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva (1º Examinador)
Universidade Federal do Piauí

Prof.^a Dr.^a Elisabet Pereira Lelo Nascimento (2ª Examinadora)
Universidade Federal de Goiás

Data da Aprovação: 21 de outubro de 2022

SÃO LUÍS-MA

ALMEIDA, Larissa Maciel de. **Análise da gravidez repetida na adolescência em uma região do meio norte brasileiro**. [Dissertação]. São Luís: Programa de Pós-graduação em Rede – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Maranhão; 2022.

RESUMO

Introdução: A gravidez repetida na adolescência é um fenômeno que interfere nas representações sociais das adolescentes, dessa forma, muitas vezes, condicionado ao despreparo físico, emocional, social e econômico, o que pode comprometer a execução das funções maternas. **Objetivo:** Analisar a gravidez repetida entre adolescentes em uma região do meio norte brasileiro. **Métodos:** Estudo epidemiológico transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa realizado no município de Caxias - MA envolvendo 124 mães adolescentes entre 10 e 19 anos. Foi aplicado um questionário com questões sobre os dados sociodemográficos, econômicos, obstétricos e estilo de vida. **Resultados:** Entre as 124 adolescentes, 107 (86,3%) tinham mais de 15 anos; 104 (83,9%) tinham mais de 8 anos de estudos; 72 (58,1%) não possuíam companheiro e 113 (91,1%) não tinham emprego. Maioria (N=64; 51,6%) das adolescentes iniciou a vida sexual com 15 anos ou menos; 110 (88,7%) não tiveram abortos prévios; 107 (86,3%) negaram o desejo de interromper a gravidez; 105 (84,7%) disseram não ter trocado de parceiro no ano e 02 (1,6%) relataram experiência de violência sexual. A prevalência de gravidez repetida foi de 34,7% (N=43), estatisticamente associada ao número de partos ($p < 0,000$; OR: 17,62; IC95%: 6,51-47,68) e ao desejo de interromper a gravidez ($p = 0,047$; OR: 3,20; IC95%: 1,12-9,15). O nível de escolaridade foi fator de proteção ($p = 0,012$; OR: 0,28; IC95%: 0,11-0,76) para a gravidez repetida. **Conclusão:** Adolescentes que tiveram um ou mais partos e desejo de interromper a gravidez apresentaram maior chance de terem uma nova gravidez. As que tinham maior escolaridade apresentaram menor chance de ter gravidez repetida. Este resultado prioriza um melhor planejamento da assistência da equipe de saúde e da enfermagem na Atenção Primária à Saúde à usuária adolescente.

Descritores: Adolescentes; Gravidez; Fatores associados; Prevalência; Reincidência.

ALMEIDA, Larissa Maciel de. **Analysis of repeated pregnancy in adolescence in a region of the middle north of Brazil.** [Dissertation]. São Luís: Postgraduate Program in Network – Northeast Network of Training in Family Health. Federal University of Maranhão; 2022.

ABSTRACT

Introduction: Repeated pregnancy in adolescence is a phenomenon that interferes with the social representations of adolescents, thus, often conditioned by physical, emotional, social and economic unpreparedness, which can compromise the performance of maternal functions. **Objective:** To analyze repeated pregnancy among adolescents in a region of the middle north of Brazil. **Methods:** Cross-sectional, descriptive and analytical epidemiological study with a quantitative approach carried out with 124 adolescent mothers between 10 and 19 years old in the city of Caxias - MA. A questionnaire with questions about sociodemographic, economic, obstetric and lifestyle data was applied. **Results:** Among the 124 adolescents, 107 (86.3%) were older than 15 years; 104 (83.9%) had studied for more than 8 years; 72 (58.1%) did not have a partner and 113 (91.1%) did not have a job. More than half (N=64; 51.6%) of the adolescents started their sexual life when they were 15 years old or younger; 110 (88.7%) had no previous abortions; 107 (86.3%) denied the desire to terminate the pregnancy; 105 (84.7%) said they had not changed partners in the year and 02 (1.6%) reported experiencing sexual violence. The prevalence of repeated pregnancy was 34.7% (N=43), statistically associated with the number of deliveries ($p < 0.000$; OR: 17.62; 95%CI: 6.51-47.68) and the desire to interrupt the pregnancy. pregnancy ($p = 0.047$; OR: 3.20; 95%CI: 1.12-9.15). Education level was a protective factor ($p = 0.012$; OR: 0.28; 95%CI: 0.11-0.76) for repeated pregnancy. **Conclusion:** Adolescents who had one or more deliveries and a desire to terminate the pregnancy were more likely to have a new pregnancy. Those with higher education were less likely to have a repeat pregnancy. This result prioritizes better planning of assistance from the health and nursing team of Health Primary Care to adolescent users.

Descriptors: Adolescents; Pregnancy; Associated factors; Prevalence; Recidivism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1. Localização de Caxias no Maranhão..... | 24 |
| Figura 2. Coeficiente de incidência anual de gravidez na adolescência e gravidez repetida no município de Caxias - MA, 2022 | 34 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Distribuição de nascidos vivos de mães adolescentes entre 2016 e 2020, no município de Caxias - MA, 2022 (N=2.057)..... | 34 |
| Tabela 2. Características sociodemográficas das mães adolescentes com e sem gravidez repetida no município de Caxias - MA, 2022. (N=124)..... | 35 |
| Tabela 3. Características de estilo de vida das mães adolescentes com e sem gravidez repetida no município de Caxias - MA, 2022. (N=124)..... | 36 |
| Tabela 4. Características obstétricas das mães adolescentes com e sem gravidez repetida no município de Caxias - MA, 2022. (N=124) | 36 |
| Tabela 5. Modelo de regressão logística das variáveis associadas à gravidez repetida entre as mães adolescentes no município de Caxias - MA, 2022 | 37 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------|---|
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CEREST | Centro de Referência à Saúde do Trabalhador |
| CF | Constituição Federal |
| CTA | Centro de Testagem e Aconselhamento |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| GR | Gravidez repetida |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IST | Infecção Sexualmente Transmissíveis |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PEC | Proposta de Emenda Constitucional |
| PROSAD | Programa de Saúde do Adolescente |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| TALE | Termo de Assentimento Livre e Esclarecido |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBSF | Unidade Básica de Saúde da Família |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 | PROBLEMA DA PESQUISA | 12 |
| 3 | JUSTIFICATIVA | 13 |
| 4 | OBJETIVOS | 14 |
| 4.1 | GERAL..... | 14 |
| 4.2 | ESPECÍFICOS..... | 14 |
| 5 | REFERENCIAL TEÓRICO | 15 |
| 6 | MÉTODOS | 24 |
| 6.1 | DESENHO DO ESTUDO | 24 |
| 6.2 | CENÁRIO DO ESTUDO..... | 24 |
| 6.3 | PARTICIPANTES DO ESTUDO..... | 25 |
| 6.4 | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E NÃO INCLUSÃO | 25 |
| 6.5 | PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS | 26 |
| 6.6 | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 26 |
| 6.7 | ANÁLISE ESTATÍSTICA..... | 27 |
| 6.8 | ASPECTOS ÉTICOS E DE BIOSSEGURANÇA | 27 |
| 7 | RESULTADOS | 28 |
| | REFERÊNCIAS | 49 |
| | APÊNDICES | 56 |
| | ANEXOS | 65 |

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é definida com base etária dos 10 aos 19 anos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). O corpo feminino na adolescência ainda está em processo de desenvolvimento, principalmente os órgãos reprodutores, que passam por um período de maturação para reproduzir adequadamente sem riscos à mulher gestante e ao bebê. Essas mudanças podem alterar o desenvolvimento da mãe e da criança (RODRIGUES; SILVA; GOMES, 2019).

Atualmente muitos países, incluindo o Brasil, consideram a gravidez na adolescência um problema de saúde pública associado aos inúmeros desfechos desfavoráveis, principalmente para a mãe e o bebê. Além dos riscos à saúde, a gravidez na adolescência pode ser considerada um fenômeno social que acarreta problemas familiares, psicossociais e econômicos, bem como afeta a qualidade de vida e o crescimento pessoal e profissional (PINHEIRO; PEREIRA; FREITAS, 2019).

Isto se dá devido a maior prevalência de complicações pré, peri e pós-parto entre mães adolescentes e seus filhos, evasão escolar, aumento do risco de depressão e outros transtornos psiquiátricos, dificuldade financeira, conflitos familiares, pobreza, ingresso precoce em situação de trabalho não-qualificado, separação conjugal, situações de violência e negligência e diminuição das oportunidades de mobilidade social (SANTOS; GUIMARÃES; GAMA, 2016).

A repetição da gravidez caracteriza uma ou mais gestações em cinco anos. Portanto, esse acontecimento interfere nas representações sociais das adolescentes, que subitamente passam de filha para mãe e provedora. Este processo, muitas vezes, está condicionado ao despreparo físico, emocional, social e econômico, o que pode comprometer a execução das funções maternas caso não haja o redimensionamento da vida da jovem e das pessoas que com ela convivem (PINHEIRO; PEREIRA; FREITAS, 2019).

Dados da Pesquisa Multipaíses da OMS sobre saúde materna e neonatal, realizada em 29 países da África, América Latina, Ásia e Oriente Médio, revelam que 14,8% das adolescentes experimentaram uma gravidez repetida (GR) (WHO, 2014). Um estudo realizado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) nos Estados Unidos da América (EUA) em 2010, revelou que 18,3% das adolescentes entre 15 e 19 anos tiveram GRs (CDC, 2013). No Canadá, dados do Banco de Dados

de Resumo de Descarga mostraram que 32,9% das adolescentes tiveram GR (RAMAGE *et al.*, 2021).

Na África do Sul, 19,9% das adolescentes experimentaram uma GR, associada à história de aborto espontâneo e uso prévio de contraceptivo (GOVENDER; NAIDOO; TAYLOR, 2019). Um estudo transversal revelou que no Sudeste da Ásia, a prevalência de reincidência da gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos foi de 18,06% (MARAVILLA; BETTS; ALATI, 2018).

No Brasil, a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes, o que representa o triplo dessas ocorrências na década de hoje (MIURA; TARDIVO; BARRIENTOS, 2018). Dados da última Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, apontaram que 26,4% das adolescentes já tinham dois ou mais filhos (BRASIL, 2009a).

A gravidez na adolescência em geral e, especificamente, a repetição da gravidez, expõe as mães jovens e seus filhos a múltiplos riscos socioeconômicos e de saúde. Isso é mais comum entre jovens de classes sociais menos privilegiadas, com poucos anos de educação formal e morando fora das áreas urbanas; nas áreas urbanas, 11,1% das jovens de 15 a 19 anos tinham ao menos um filho nascido vivo, enquanto nas áreas rurais, essa proporção era de 15,5% (BURATTO *et al.*, 2019).

Aproximadamente 80% das gestações na adolescência não são planejadas e entre 28 e 63% das mães adolescentes já tiveram uma GR dentro de 18 meses, das quais, dois terços relataram que a gravidez não foi planejada (BOROVAC-PINHEIRO; JESUS; SURITA, 2019). Foi evidenciado em um estudo o desamparo da família ou do companheiro vivenciado pelas adolescentes tanto durante a gravidez como ao longo de suas vidas, sendo a instituição de acolhimento o único lugar de proteção, acolhimento e apoio a elas no período gravídico-puerperal (MIURA; TRADIVO; BARRIENTOS, 2018).

2 PROBLEMA DA PESQUISA

A repetição da gravidez é um problema que afeta muitas adolescentes no Brasil, no entanto, é um tema pouco estudado nos últimos anos, dada a escassa quantidade de estudos abordando esta temática nas regiões brasileiras. Além disso, a investigação das atitudes dessas adolescentes no que concerne à sexualidade é outro aspecto negligenciado e pouco evidenciado na literatura nacional.

Um estudo realizado na região Sul do Brasil, no Paraná, revelou que, quando comparadas às adolescentes na primeira gestação e mulheres adultas com mais de uma gestação, adolescentes com GR apresentaram baixa autoestima, maior suscetibilidade à gravidez não planejada, uso mais ineficaz de anticoncepcionais, menor nível de escolaridade, maior risco de evasão escolar, uso de drogas e primeira relação sexual com menos de 15 anos (GALVÃO *et al.*, 2018).

Um trabalho realizado na região Sudeste, em Minas Gerais, descobriu que a reincidência da gravidez na adolescência estava associada à evasão escolar, à união estável e à multiparidade, sendo os principais motivos que contribuíram para este fenômeno o início da atividade sexual precoce, idade na primeira gestação <14 anos, parceiro fixo, imaturidade quanto à importância do uso adequado dos métodos contraceptivos, falta de planejamento familiar, ausência de diálogo familiar em relação à sexualidade e estratégias voltadas ao processo educativo dos jovens em relação à prática sexual (CASSIMIRO *et al.*, 2017).

Na região Nordeste, no estado de Pernambuco, uma pesquisa mostrou que 26,5% das adolescentes avaliadas eram multigestas e apresentaram elevada ocorrência de GR com prevalência de 42,6%, ou seja, uma alta parcela dessas adolescentes teve uma nova gestação em menos de dois anos a partir de sua última gravidez, associada ao não uso de métodos contraceptivos e não planejamento da gravidez anterior (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

A GR é um problema que afeta muitas adolescentes no Brasil, no entanto, é um tema pouco estudado nos últimos anos, dada a escassa quantidade de estudos abordando esta temática nas regiões brasileiras, sendo necessário que outros estudos sejam desenvolvidos nesse âmbito.

Com base no exposto, será investigada a seguinte problemática: qual é a prevalência da GR na adolescência e quais os fatores associados que levam a esta repetição? Qual o impacto desta repetição na adolescente?

3 JUSTIFICATIVA

Levando em consideração as vivências profissionais em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Caxias - MA, observou-se número significativo de mães adolescentes assistidas em período gravídico-puerperal referente à segunda gestação ou mais, o que leva a uma reflexão sobre o processo de planejamento familiar, uma vez que a falta desse planejamento acarreta uma gravidez indesejada impossibilitando, na maioria das vezes, a responsabilidade sexual e reprodutiva e experiência consciente dos aspectos inerentes à sexualidade na adolescência.

Além disso, a falta de apoio social e preconceito sofrido por essas jovens contribuem para a evasão escolar e vulnerabilidade no autocuidado em saúde. Sendo assim, discute-se a importância da intersectorialidade entre saúde e educação no contexto da reincidência gestacional em adolescentes, levando em consideração os aspectos complexos que envolvem esse acontecimento e o fato de que os profissionais de saúde e professores são os atores que estão mais intimamente envolvidos no cotidiano dessas adolescentes.

Diante da relevância do tema do tema e do elevado número de repetição de gravidez entre adolescentes, considera-se que a negligência quanto à contracepção é um dos principais fatores da recorrência da gravidez entre jovens, sendo que nove entre dez adolescentes têm possibilidade de engravidar novamente dentro de um ano devido a não utilização de algum método contraceptivo (RODRIGUES; BARROS; SOARES, 2016).

Além disso, considerando a problemática do não planejamento da gestação com repercussões na formação acadêmica e profissional das jovens, este estudo objetiva conhecer os fatores associados à repetição da gravidez em adolescentes, bem como suas implicações no processo de planejamento familiar, no intuito de intervir de forma integrada, oportuna e segura considerando seus diversos aspectos biopsicossociais para garantir uma melhor qualidade de vida.

Além de promover conhecimento a elas sobre as consequências que as múltiplas gestações na adolescência podem trazer para sua saúde, do bebê e para suas relações sociais, visando a sensibilização quanto à mudança de comportamento para que adotem métodos preventivos da gravidez.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

- Analisar a gravidez repetida entre adolescentes em uma região do meio norte brasileiro

4.2 ESPECÍFICOS

- Estudar as características demográficas, sociais e econômicas da amostra em estudo;
- Verificar as características clínicas e obstétricas da amostra em estudo;
- Conhecer a prevalência da gravidez repetida entre adolescentes da amostra em estudo;
- Identificar os fatores associados à gravidez repetida em adolescentes da amostra em estudo.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 ADOLESCÊNCIA

A palavra adolescência deriva do latim *adolescere*, que significa crescer. No entanto, definir a fase da vida que se estende entre a infância e a idade adulta há muito representa um enigma (SAWYER *et al.*, 2018). Segundo Melvin e Wolkmar (1993 apud LOPES; BEZERRA, 2021, p. 120), “a palavra *adolescence* foi utilizada pela primeira vez na língua inglesa em 1430, referindo-se às idades de 14 a 21 anos para os homens e 12 a 21 anos para as mulheres”.

Mais de 50 anos atrás, a OMS propôs que a adolescência compreendia o período dos 10 aos 19 anos de idade, observando que, embora tenha começado com a puberdade, o ponto final foi menos bem definido (WHO, 1965, 1977). O Ministério da Saúde segue como definição de adolescência, a mesma que é indicada pela OMS e compreende como juventude a população dos 15 a 24 anos, portanto há uma interseção entre a metade da adolescência e os primeiros anos da juventude (BRASIL, 2010a).

Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a adolescência inicia aos 12 e termina aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990), sendo uma fase situada entre a infância e a vida adulta, marcada por conflitos interpessoais, suprimir físicas, psicológicas e sociais, sendo essa fase marcada pela passagem da puberdade, que traz mudanças fisiológicas e morfológicas (AMORAS; CAMPOS; BESERRA, 2015).

Segundo a OMS há cerca de 1,2 bilhões de adolescentes (10-19 anos) no mundo todo, cerca de 90% dos quais vivem em países de baixa e média renda (WHO, 2015a). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que o Brasil conta com um pouco mais de 34 milhões de cidadãos na faixa entre 10 e 19 anos de idade, representando 18% da população brasileira. Essas parcelas expressivas da população estão expostas a riscos e relações de vulnerabilidade de caráter estrutural a serem superadas de forma premente (IBGE, 2010).

A adolescência compreende um período de mudanças físicas, mentais, comportamentais e sociais que poderão impactar o indivíduo ao longo do ciclo vital, com destaque para curiosidades, experimentações e descobertas que envolvem a puberdade, a exemplo da libido (CARVALHO *et al.*, 2021).

Dentre as mudanças dessa fase, têm-se as relacionadas à sexualidade, as transformações psicológicas e corporais decorrentes da puberdade (ARAGÃO *et al.*, 2021). A puberdade consiste em uma série de mudanças hormonais distintas, mas interligadas, que consistem em adrenarca (a ativação dos hormônios do estresse adrenal que começa entre 6 e 9 anos de idade), estirão de crescimento e gonadarca (quando as gonadotrofinas hipofisárias desencadeiam alterações gonadais) (SAWYER *et al.*, 2018).

Em populações bem nutridas, o momento do pico da velocidade de crescimento ocorre por volta dos 11 anos nas meninas e dos 13 anos nos meninos, 50% das meninas têm evidência de telarca (brotamento da mama) aos 10 anos, e menarca (uma tardia fase de maturação puberal nas meninas) ocorre por volta dos 12 a 13 anos de idade (SAWYER *et al.*, 2018). A primeira ejaculação dos meninos ocorre geralmente por volta dos 13 anos de idade. De modo geral, a idade da puberdade para meninas e meninos diminuiu em três anos nos dois últimos séculos, devido a padrões mais altos de saúde e nutrição (UNICEF, 2013).

Além disso, nesse período, os adolescentes estão sujeitos à exposição diante dos comportamentos nocivos à saúde, como uso de álcool, tabagismo, maus hábitos alimentares, início precoce e desprotegido da atividade sexual, desencadeando, assim, riscos e adoecimento à saúde física e mental, além de conflitos nas relações interfamiliar e social (ARAGÃO *et al.*, 2021).

Na adolescência, as vulnerabilidades agravam-se diante das barreiras para um adequado acesso dos adolescentes às tecnologias, serviços e conhecimentos necessários para o reconhecimento e proposição de ações para lidar com questões associadas à sua saúde (BEZERRA *et al.*, 2015).

5.2 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O ADOLESCENTE NO BRASIL

As classificações em ciclos etários, necessárias ao planejamento, implantação e implementação de políticas públicas, decorrentes da forma organizativa e orçamentária da política brasileira, apresentam-se como um desafio a ser refletido e dialogado no campo das políticas públicas de saúde para adolescentes e jovens. A ampliação das ações da política de saúde estendidas aos jovens entre 20 a 24 anos produz uma fenda com a parcela da população juvenil de 25 a 29 anos, pois estes jovens não estão respaldados na política nacional de saúde dos adolescentes e

jovens, produzindo assim um desequilíbrio no acesso e garantia aos direitos (ASQUIDAMINI, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde os adolescentes têm direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual e ao acesso à orientação sobre todos os métodos anticoncepcionais. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade e a autonomia do adolescente, estimulando-o a assumir a responsabilidade com sua própria saúde (BRASIL, 2007).

Nas escolas, a Lei n.º 6.202, de 17 de abril de 1975, que regulamentou o Decreto n.º 1.044/1969, estabelece que a “gestante estudante” tem direito a receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo este período ser prolongado, de acordo com indicação médica. A prestação dos exames escolares é garantida por meio de exercícios domiciliares e seu aproveitamento escolar poderá ser apontado por meio de trabalhos feitos em casa, enfatizando-se que este direito precisa ser conhecido, divulgado e cumprido pelas instituições escolares brasileiras (BRASIL, 1975).

A Constituição Federal (CF) de 1988 dispõe, no artigo 227, sobre os direitos da criança, do adolescente e do jovem, o qual prevê que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de protegê-los de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

O Governo brasileiro criou diversas medidas para proporcionar melhor assistência às crianças e aos adolescentes carentes, que, por diferentes motivos, ficam excluídos do quadro de saúde definido pela OMS. Entre as medidas adotadas, encontra-se a elaboração do ECA, a criação dos Conselhos Tutelares (no âmbito municipal) e os programas assistencialistas, como o Programa Saúde na Escola (PSE) (FONSECA *et al.*, 2013).

O principal marco legal internacional com relação à saúde de adolescentes (e crianças) é a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, promulgada em Assembleia Geral das Nações Unidas no ano de 1989, validada pelo Brasil em 1990, introduzindo no plano normativo o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano, a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento, o reconhecimento como sujeitos de direitos e sua prioridade

absoluta nas políticas públicas. O reconhecimento, pelas Nações Unidas, de crianças e adolescentes como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado, foi a grande mudança de paradigma que estabeleceu obrigações diferenciadas, para o Estado, para as famílias e para a sociedade em geral, dentro da Doutrina de Proteção Integral (BRASIL, 2007).

A partir de 1989, a preocupação do Governo Federal com a saúde dos adolescentes começou a se fortalecer com a criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) com a finalidade de prestar um atendimento adequado aos adolescentes tendo como base uma política promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação. O Programa propõe ainda o planejamento e desenvolvimento de práticas educativas e participativas que permeiem todas as ações dirigidas aos adolescentes, assegurando apropriação por parte destes de conhecimentos necessários a um maior controle de sua saúde (BRASIL, 1996).

Em 13 de julho de 1990, o ECA foi sancionado no Brasil, pela Lei nº 8.069, a qual se baseia na proteção integral das crianças e adolescentes, garantindo-lhes o direito a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio, harmonioso e em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

Os marcos legais como a Constituição de 1988, o ECA e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989), introduziram um ordenamento jurídico, para a concepção de criança e adolescentes como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento. E mais recente, o Estatuto da Juventude determina os direitos dos jovens dentro do que já foi previsto pela Constituição, nas suas especificidades de juventudes (ASQUIDAMINI, 2014).

Duas décadas após a publicação do ECA, em julho 2010, foi aprovado a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 65, que inseriu o termo jovem na Constituição Brasileira, no capítulo dos direitos e garantias fundamentais (BRASIL, 2010b). Em 2013, foi aprovado o Estatuto da Juventude que assegura no artigo 19º o direito à saúde e à qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral (BRASIL, 2013).

No entanto, garantir a efetivação desses direitos depende do planejamento e da execução dos dispêndios do governo, uma vez que a maioria de suas ações envolve custos financeiros e deve estar claramente explicitadas no orçamento público. As leis que asseguram a proteção e o bem-estar de crianças e adolescentes requerem recursos, e a cobertura de seus direitos dependem de sua disponibilidade (TELLES; SUGUIHIRO; BARROS, 2011).

5.3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência é um problema global que ocorre em países de alta, média e baixa renda. Em todo o mundo, no entanto, a gravidez na adolescência tem maior probabilidade de ocorrer em comunidades marginalizadas, comumente motivadas pela pobreza e pela falta de educação e oportunidades de emprego (UNICEF, 2013).

Segundo a OMS, a cada ano, estima-se que 21 milhões de meninas de 15 a 19 anos nas regiões em desenvolvimento engravidem e aproximadamente 12 milhões delas dêem à luz e pelo menos 777.000 meninas com menos de 15 anos dão à luz a cada ano nas regiões em desenvolvimento (WHO, 2020). No Brasil, 10,6% das adolescentes de 15 a 19 anos engravidam, e 8,7% das gravidezes na adolescência ocorrem em adolescentes menores de 15 anos, totalizando 19,3%, dados que apontam para a alta taxa de fecundidade na adolescência (MIURA; TARDIVO; BARRIENTOS, 2018).

Vários fatores contribuem para a gravidez e o parto na adolescência. Em muitas sociedades, as meninas estão sob pressão para se casar e ter filhos precocemente (WHO, 2020; KOZUKI *et al.*, 2013). Em países menos desenvolvidos, pelo menos 39% das meninas se casam antes dos 18 anos de idade e 12% antes dos 15 anos (WORLD BANK, 2017). Em muitos lugares as meninas engravidam porque têm perspectivas educacionais e de emprego limitadas e, dado que a maternidade é valorizada, o casamento/união e a procriação podem ser a melhor das opções limitadas que têm (WHO, 2019).

A falta de conhecimento, idade ou estado civil, preconceito do profissional de saúde e/ou falta de vontade de reconhecer as necessidades de saúde sexual dos adolescentes e a própria incapacidade dos adolescentes de acessar anticoncepcionais devido ao conhecimento, transporte e restrições financeiras podem

estar associados à gravidez na adolescência. Além disso, os adolescentes podem não ter autonomia para garantir o uso correto e consistente de um método anticoncepcional (DARROCH *et al.*, 2016).

Sãos apontados ainda a maturação sexual precoce, baixa escolaridade, falta de planejamento familiar, educação sexual ineficaz devido à falta de comunicação com os pais sobre questões de sexualidade, o estresse, o crime, os vícios, as crenças, os mitos e tabus sexuais, a marginalização social e a predominância do amor romântico nas relações (REYES-LÓPEZ *et al.*, 2020).

Outro estudo aponta que a gravidez na adolescência está associada a fatores como residência com o companheiro, baixa renda, iniciação precoce da vida sexual, influência dos amigos, desestruturação da família e uso de álcool (SOUZA JÚNIOR *et al.*, 2018). Uma causa adicional de gravidez indesejada é a violência sexual, que é generalizada com mais de um terço das meninas em alguns países relatando que seu primeiro encontro sexual foi forçado (RAJ; BOEHMER, 2013).

A gravidez precoce entre adolescentes tem consequências graves para a saúde das mães adolescentes e de seus bebês. Em comparação com as mulheres adultas, as meninas adolescentes correm maior risco de complicações e morte materna como resultado da gravidez; a probabilidade de uma mulher de 15 anos morrer de causa materna é de 1 em 4.900 nos países desenvolvidos e de 1 em 180 nos países em desenvolvimento (GÓMEZ; GONZALÉZ, 2018).

Mães adolescentes de 10 a 19 anos enfrentam maiores riscos de eclâmpsia, endometrite puerperal e infecções sistêmicas do que mulheres com idade entre 20 e 24 anos (WHO, 2016). Além disso, estima-se que 3 milhões de abortos inseguros são realizados em adolescentes entre 15 e 19 anos de idade a cada ano (GÓMEZ; GONZALÉZ, 2018).

A gravidez na adolescência pode estar relacionada à maior ocorrência de prematuridade, baixo peso ao nascer (o que pode predispor o recém-nascido a infecções ou a problemas como hipoglicemia, hipóxia e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor futuro), pré-natal inadequado, que implica menor número de consultas, início das consultas mais tardiamente e baixa realização de exames complementares (SANTOS *et al.*, 2018).

Pode somar-se a estes fatores a falta de informações sobre os benefícios do pré-natal e o sentimento de vergonha pela busca de cuidados médicos por parte das adolescentes. Em alguns locais, a repetição rápida da gravidez é uma preocupação

para as mães jovens, pois apresenta riscos adicionais à saúde tanto para a mãe quanto para a criança (WHO, 2020).

As consequências sociais para adolescentes grávidas solteiras podem incluir estigma, rejeição ou violência por parte de parceiros, pais e colegas. Meninas que engravidam antes dos 18 anos têm maior probabilidade de sofrer violência no casamento ou parceria (RAJ; BOEHMER, 2013).

A gravidez e a gravidez na adolescência costumam levar as meninas a abandonar a escola, embora haja esforços em andamento para permitir que elas voltem à escola após o nascimento da criança, isso pode prejudicar a educação futura das meninas e as oportunidades de emprego (WHO, 2015b).

Além disso, a maternidade precoce pode acarretar as adolescentes sofrimento psíquico intenso, autovalorização negativa e pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro. Tais circunstâncias podem representar maior risco de repetência escolar, dificuldade para limitar a fecundidade e dependência econômica (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

5.4 REPETIÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez repetida (GR) na adolescência é comumente definida como uma gravidez subsequente ocorrida entre 10 e 19 anos, terminando em aborto, aborto espontâneo, natimorto ou parto vivo. A GR durante a adolescência pode causar maiores encargos sobre a saúde fisiológica e psicossocial, variando de complicações na gravidez, sofrimento psicológico, bem como dependência financeira devido à incapacidade de concluir a educação escolar (MARAVILLA; BETTS; ALATI, 2019).

Considerando o impacto da gravidez e parto na adolescência sobre as mortes maternas e os efeitos debilitantes sobre os resultados de saúde neonatal e infantil, especialmente em países de baixa e média renda, a GR leva a um maior risco de partos prematuros, problemas de saúde mental e problemas de desenvolvimento entre as crianças. Em comparação com a primeira gravidez (ou gravidez na adolescência em geral), a GR leva a um risco maior de partos prematuros, problemas de saúde mental e problemas de desenvolvimento entre as crianças (MARAVILLA *et al.*, 2017).

Como um marcador para a saúde reprodutiva do adolescente, a GR reflete as disparidades de saúde, particularmente entre a população adolescente desfavorecida.

A GR também indica má distribuição e acesso desigual aos serviços de saúde reprodutiva e capacidade de serviço inadequada de cada localidade. Relaciona-se com baixo nível de escolaridade, oportunidades de emprego limitadas e pobreza entre mães adolescentes. Foi demonstrado também que a GR na adolescência leva a um aumento nos gastos nacionais com saúde e bem-estar como consequência da dependência de longo prazo dos adolescentes e suas famílias da assistência governamental (MARAVILLA; BETTS; ALATI, 2018).

Um estudo longitudinal em uma área metropolitana das Filipinas abordando a repetição da gravidez entre mulheres jovens relatou diferentes preditores sexuais, familiares e sociais do número de filhos vivos em uma coorte de mulheres de 25 anos. O estudo descobriu que a comunicação deficiente entre as mulheres jovens e suas mães, bem como a atitude conservadora das mães em relação ao sexo durante a adolescência, previa fortemente ter pelo menos dois filhos (GIPSON; HICKS, 2017).

Um estudo evidenciou que a falta de uso de anticoncepcionais, interrupção da escola, depressão, baixo nível de escolaridade e apoio do parceiro aumentaram os riscos de GR em quase duas vezes. Apesar dos resultados abrangentes e estatisticamente robustos da revisão, não foi possível incluir evidências de países em desenvolvimento, especialmente da região da Ásia-Pacífico, o que significa que as recomendações de revisão são relevantes apenas para países desenvolvidos, onde programas de prevenção de GR foram implementados por vários anos (MARAVILLA *et al.*, 2017).

Adolescentes que engravidam novamente em menos de dois anos têm menos probabilidade de retornar à escola ou se tornarem economicamente autossuficientes do que aquelas que iniciam a reprodução mais tarde, e seus filhos têm maior probabilidade de apresentar problemas comportamentais e emocionais quando comparados a outras crianças. Mulheres que iniciam a maternidade na adolescência tendem a ter um maior número de filhos ao longo de sua vida reprodutiva (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Um estudo de caso-controle realizado no Brasil evidenciou que as adolescentes com GR apresentaram menor autoestima e mais uso inadequado de contraceptivos. Quando comparadas a adolescentes primíparas, tiveram menor nível escolar, maior interrupção dos estudos e maior uso de drogas. A comparação entre adolescentes com GR e mulheres adultas revelou maior risco para cor da pele não-branca, uso de drogas e primeira relação sexual com menos de 15 anos (GALVÃO *et al.*, 2018).

Alguns estudos têm mostrado resultados obstétricos como um fator determinante independente na incidência de GR em adolescentes, observando intervalos mais longos entre gestações entre mulheres que tiveram pré-natal e/ou complicações no parto (MÄNNISTÖ *et al.*, 2017). No entanto, também foi observado o contrário, pois muitas mulheres com histórico de resultados ruins durante a primeira gravidez tendem a ter uma gravidez de repetição rápida, com um intervalo de menos de 12 meses entre os partos (WILKIE *et al.*, 2016).

Medidas eficazes para reduzir significativamente as taxas de gravidez na adolescência, incluindo as GRs são baseadas no uso de anticoncepcionais. No entanto, muitos adolescentes são usuários infrequentes desses métodos. A descontinuação de anticoncepcionais coloca as mães adolescentes em alto risco, uma vez que muitas engravidam novamente 12 meses após o parto. Alguns motivos podem ser descritos como determinantes para essa interrupção, tais como: a adolescente não gosta dos efeitos colaterais dos anticoncepcionais orais, o não planejamento das atividades sexuais e a ausência de orientação da equipe de saúde no puerpério imediato (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

6 MÉTODOS

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa, desenvolvido entre julho e dezembro de 2021. O estudo também contou com análise retrospectiva de banco de dados secundários registrados no período de 2016 a 2020 no SINASC e acessados pelo DATASUS.

6.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Caxias, uma cidade localizada no leste do estado do Maranhão, considerada a quinta maior cidade do estado, com uma população estimada de 165.525 habitantes para 2020 e área de 5.201,927 km², apresentando uma densidade demográfica de 30,12 hab/km². Está localizada a 374 km da capital, São Luís (IBGE, 2021).

Figura 1. Localização de Caxias no Maranhão.



Fonte: Google Maps (2021).

A Rede de Atenção à Saúde do município de Caxias está organizada da seguinte forma:

- **Atenção Primária:** 36 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com 52 equipes de Saúde da Família.

- **Atenção Secundária:** 04 centros de assistência especializada (Materno-Infantil, Reabilitação Física II e III e Odontologia), 01 Policlínica, 01 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 01 hospital municipal, 01 hospital infantil e 01 hospital de traumatologia e ortopedia (HTO). A atenção à urgência é composta por 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), considerada a maior do estado do Maranhão, com 21 leitos e capacidade média de atendimento de urgência e emergência de 1.000 pacientes por dia, e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Outros serviços de apoio existentes ainda no município são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 02 CAPS II (adulto), 01 CAP III, 01 CAPSi (infanto-juvenil) e 01 CAPSAd (Álcool e outras Drogas).

- **Atenção Terciária:** 01 maternidade e 01 hospital macrorregional.

Além da rede pública, Caxias conta com uma rede particular de saúde que contempla diversas clínicas e policlínicas.

6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por mães adolescentes, na faixa etária entre 10 e 19 anos dos perímetros urbano e rural do município de Caxias – MA. O tipo de amostragem foi por conveniência. A amostra foi de 124 mães adolescentes.

6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E NÃO INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: mães adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos. Os critérios de não inclusão foram: residir em outro município e apresentar alguma condição limitante que pudesse impedir a realização da pesquisa.

6.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Caxias - MA (ANEXO A) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO B), deu-se início à coleta de dados. A equipe de pesquisadores, composta por residentes em Saúde da Família, foi previamente capacitada pela autora da pesquisa quanto ao preenchimento do questionário utilizado na coleta dos dados, bem como aos objetivos da pesquisa.

Para a pesquisa transversal, inicialmente, foi realizado um estudo piloto com mães adolescentes para verificação da necessidade de ajustes, por meio da aplicação de um questionário próprio estruturado (APÊNDICE A). As adolescentes avaliadas no estudo piloto foram incluídas na amostra final da pesquisa. As participantes foram abordadas durante consultas de rotina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) as quais, após esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B); aquelas menores de 18 anos assinaram um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE (APÊNDICE C) e o TCLE foi assinado pelos pais ou responsáveis.

6.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a construção da série histórica dos casos de GR na adolescência nos anos de 2016 a 2020, a coleta foi realizada por meio de dados secundários registrados no SINASC e acessados pelo DATASUS (<https://datasus.saude.gov.br/>). Para a pesquisa transversal foi aplicado um questionário próprio estruturado, no qual há perguntas sobre as características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas: (a) idade; (b) cor autorreferida; (c) nível de escolaridade; (d) situação conjugal; (e) trabalho remunerado e (f) renda familiar mensal; as características comportamentais: (g) consumo de álcool; (h) tabaco durante a gestação e (i) histórico de uso de droga ilícita; os aspectos reprodutivos e clínicos: (j) menarca; (k) início da vida sexual; (l) número de gestações; (m) número de partos; (n) número de abortos; (o) desejo de interromper a gravidez; (p) número de parceiros no ano; e (q) experiência de violência sexual.

6.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram duplamente digitados em uma planilha eletrônica construída no programa *Excel*® para verificação da consistência externa e depois foram transferidos para o software estatístico IBM *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. Foram realizadas análises descritivas das variáveis, com medidas de frequências absolutas (N) e relativas (%) e médias e desvio padrão.

A associação entre GR na adolescência (variável dependente) e as características sociodemográficas, comportamentais e clínicas (variáveis independentes) foi avaliada por meio do teste Qui-quadrado de *Pearson* ou Exato de *Fisher*.

Para a análise multivariada foi utilizada a Regressão Logística Múltipla, calculando-se os *Odds Ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95% (IC95%) e significância obtida pelo teste de Wald. O critério para inclusão de variáveis no modelo de regressão foi a constatação de associações estatisticamente significantes entre a reincidência de gravidez com as variáveis independentes na análise bivariada. Na análise multivariada, a hipótese de nulidade foi rejeitada quando o valor de $p \leq 0,05$.

6.8 ASPECTOS ÉTICOS E DE BIOSSEGURANÇA

O estudo respeitou os aspectos éticos que envolvem os estudos com seres humanos conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Foram garantidos às participantes o sigilo, anonimato, a confidencialidade dos dados. A pesquisa foi submetida à apreciação do CEP da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e aprovada sob parecer nº 4.904.133 de 13 agosto de 2021 e nº CAAE 49985821.6.0000.5086.

No desenvolvimento da pesquisa, os procedimentos de biossegurança referentes ao uso de máscara cirúrgica, Higienização das Mãos (HM) com álcool em gel a 70% e distanciamento de no mínimo 2 m das participantes foram realizados, levando-se em consideração o contexto da pandemia de COVID-19, segundo as recomendações básicas de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde (BRASIL, 2020).

7 RESULTADOS

Artigo que irá ser submetido à revista Escola Anna Nery - Rev. de Enfermagem

Análise da gravidez repetida na adolescência em uma região do meio norte brasileiro

Analysis of repeated pregnancy in adolescence in a Northern Brazilian region

Análisis del embarazo repetido en la adolescencia en una región del norte de Brasil

Larissa Maciel de Almeida^{1*}
Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva²

^{1*}Autora correspondente. Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Rede – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Caxias, MA, Brasil. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0003-0337-764X>.

² Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Rede – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. São Luis, MA, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3265-4688>.

RESUMO

Objetivo: Analisar a gravidez repetida entre adolescentes em uma região do meio norte brasileiro. **Método:** Estudo epidemiológico transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa realizado no município de Caxias - MA com 124 mães adolescentes entre 10 e 19 anos. Foi aplicado um questionário com questões sobre os dados sociodemográficos, econômicos, obstétricos e estilo de vida. **Resultados:** Entre as 124 adolescentes, 107 (86,3%) tinham mais de 15 anos; 104 (83,9%) tinham mais de 8 anos de estudos; 72 (58,1%) não possuíam companheiro e 113 (91,1%) não tinham emprego. A prevalência de gravidez repetida foi de 34,7% (N=43), estatisticamente associada ao número de partos ($p < 0,000$; OR: 17,62; IC95%: 6,51-47,68) e ao desejo de interromper a gravidez ($p = 0,047$; OR: 3,20; IC95%: 1,12-9,15). O nível de escolaridade foi fator de proteção ($p = 0,012$; OR: 0,28; IC95%: 0,11-0,76) para a gravidez repetida. **Conclusão e implicações para a prática:** Adolescentes que tiveram um ou mais partos e desejo de interromper a gravidez apresentaram maior chance de terem uma nova gravidez. As que tinham maior escolaridade apresentaram menor chance de ter gravidez repetida. Este resultado prioriza um melhor planejamento da assistência da equipe de saúde e da enfermagem da Atenção Primária à Saúde à usuária adolescente.

Palavras-chave: Adolescentes; Gravidez; Reincidência; Prevalência; Fatores associados.

ABSTRACT

Objective: To analyze repeated pregnancy among adolescents in a region of the middle north of Brazil. **Method:** A cross-sectional, descriptive and analytical epidemiological study with a quantitative approach carried out with 124 adolescent mothers between 10 and 19 years old in the city of Caxias – MA. A questionnaire with questions about sociodemographic, economic, obstetric and lifestyle data was applied. **Results:** Among the 124 adolescents, 107 (86.3%) were older than 15 years; 104 (83.9%) had studied for more than 8 years; 72 (58.1%) did not have a partner and 113 (91.1%) did not have a job. The prevalence of repeated pregnancy was 34.7% (N=43), statistically associated with the number of deliveries ($p < 0.000$; OR: 17.62; 95% CI:

6.51-47.68) and the desire to interrupt the pregnancy. pregnancy ($p=0.047$; OR: 3.20; 95%CI: 1.12-9.15). Education level was a protective factor ($p=0.012$; OR: 0.28; 95%CI: 0.11-0.76) for repeated pregnancy. **Conclusion and implications for practice:** Adolescents who had one or more deliveries and a desire to terminate the pregnancy were more likely to have a new pregnancy. Those with higher education were less likely to have a repeat pregnancy. This result prioritizes better planning of assistance from the health and nursing team of Health Primary Care to adolescent users.

Keywords: Adolescents; Pregnancy; Recidivism; Prevalence; Associated factors.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el embarazo repetido entre adolescentes en una región del medio norte de Brasil. **Método:** Estudio epidemiológico transversal, descriptivo y analítico con enfoque cuantitativo realizado con 124 madres adolescentes entre 10 y 19 años en la ciudad de Caxias - MA. Se aplicó un cuestionario con preguntas sobre datos sociodemográficos, económicos, obstétricos y estilo de vida. **Resultados:** De las 124 adolescentes, 107 (86,3%) tenían más de 15 años; 104 (83,9%) tenían más de 8 años de estudios; 72 (58,1%) no tenían pareja y 113 (91,1%) no tenían trabajo. La prevalencia de embarazo repetido fue del 34,7% ($N=43$), asociada estadísticamente con el número de partos ($p<0,000$; OR: 17,62; IC95%: 6,51-47,68) y el deseo de interrumpir el embarazo ($p= 0,047$; OR: 3,20; IC95%: 1,12-9,15). El nivel educativo fue un factor protector ($p=0,012$; OR: 0,28; IC95%: 0,11-0,76) para el embarazo repetido. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** Las adolescentes que tuvieron uno o más partos y el deseo de interrumpir el embarazo tenían más probabilidades de tener un nuevo embarazo. Las que tenían educación superior tenían menos probabilidades de repetir el embarazo. Este resultado prioriza una mejor planificación de la asistencia del equipo de salud y enfermería de la Atención Primaria de Salud a las adolescentes usuarias.

Palabras clave: Adolescentes; Embarazo; Reincidencia; Prevalencia; Factores asociados.

INTRODUÇÃO

A adolescência é definida com base etária dos 10 aos 19 anos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). O corpo feminino na adolescência ainda está em processo de desenvolvimento, principalmente os órgãos reprodutores, que passam por um período de maturação para reproduzir adequadamente sem riscos à mulher gestante e ao bebê. Essas mudanças podem alterar o desenvolvimento da mãe e da criança¹.

Atualmente muitos países, incluindo o Brasil, consideram a gravidez na adolescência um problema de saúde pública associado aos inúmeros desfechos desfavoráveis, principalmente para a mãe e o bebê. Além dos riscos à saúde, a gravidez na adolescência pode ser considerada um fenômeno social que acarreta problemas familiares, psicossociais e econômicos, bem como afeta a qualidade de vida e o crescimento pessoal e profissional².

Isto se dá devido a maior prevalência de complicações pré, peri e pós-parto entre mães adolescentes e seus filhos, evasão escolar, aumento do risco de depressão e outros transtornos psiquiátricos, dificuldade financeira, conflitos familiares, pobreza, ingresso precoce em

situação de trabalho não-qualificado, separação conjugal, situações de violência e negligência e diminuição das oportunidades de mobilidade social³.

A repetição da gravidez caracteriza uma ou mais gestações em cinco anos. Portanto, esse acontecimento interfere nas representações sociais das adolescentes, que subitamente passam de filha para mãe e provedora. Este processo, muitas vezes, está condicionado ao despreparo físico, emocional, social e econômico, o que pode comprometer a execução das funções maternas caso não haja o redimensionamento da vida da jovem e das pessoas que com ela convivem².

Dados da Pesquisa Multipaíses da OMS sobre saúde materna e neonatal, realizada em 29 países da África, América Latina, Ásia e Oriente Médio, revelam que 14,8% das adolescentes experimentaram uma gravidez repetida (GR)⁴. Um estudo realizado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) nos Estados Unidos da América (EUA) em 2010, revelou que 18,3% das adolescentes entre 15 e 19 anos tiveram GRs⁵. No Canadá, dados do Banco de Dados de Resumo de Descarga mostraram que 32,9% das adolescentes tiveram GR⁶.

Na África do Sul, 19,9% das adolescentes experimentaram uma GR, associada à história de aborto espontâneo e uso prévio de contraceptivo⁷. Um estudo transversal revelou que no Sudeste da Ásia, a prevalência de reincidência da gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos foi de 18,06%⁸.

No Brasil, a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes, o que representa o triplo dessas ocorrências na década de hoje⁹. Dados da última Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, apontaram que 26,4% das adolescentes já tinham dois ou mais filhos¹⁰.

A gravidez na adolescência em geral e, especificamente, a repetição da gravidez, expõe as mães jovens e seus filhos a múltiplos riscos socioeconômicos e de saúde. Isso é mais comum entre jovens de classes sociais menos privilegiadas, com poucos anos de educação formal e morando fora das áreas urbanas; nas áreas urbanas, 11,1% das jovens de 15 a 19 anos tinham ao menos um filho nascido vivo, enquanto nas áreas rurais, essa proporção era de 15,5%¹¹.

Aproximadamente 80% das gestações na adolescência não são planejadas e entre 28 e 63% das mães adolescentes já tiveram uma GR dentro de 18 meses, das quais, dois terços relataram que a gravidez não foi planejada¹². Foi evidenciado em um estudo o desamparo da família ou do companheiro vivenciado pelas adolescentes tanto durante a gravidez como ao longo de suas vidas, sendo a instituição de acolhimento o único lugar de proteção, acolhimento e apoio a elas no período gravídico-puerperal⁹.

A GR é um problema que afeta muitas adolescentes no Brasil, no entanto, é um tema pouco estudado nos últimos anos, dada a escassa quantidade de estudos abordando esta temática nas regiões brasileiras, sendo necessário que outros estudos sejam desenvolvidos nesse âmbito.

Diante da relevância do tema e do elevado número de repetição de gravidez entre adolescentes, considera-se que a negligência quanto à contracepção é um dos principais fatores da recorrência da gravidez entre jovens, sendo que nove entre dez adolescentes têm possibilidade de engravidar novamente dentro de um ano devido a não utilização de algum método contraceptivo¹³.

Além disso, levando em consideração a constatação de que, quando comparadas às adolescentes na primeira gestação e mulheres adultas com mais de uma gestação, adolescentes com GR apresentaram baixa autoestima, maior suscetibilidade à gravidez não planejada, uso mais ineficaz de anticoncepcionais, menor nível de escolaridade, maior risco de evasão escolar, uso de drogas e primeira relação sexual com menos de 15 anos¹⁴.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa, desenvolvido entre julho e dezembro de 2021. O estudo também contou com análise retrospectiva de banco de dados secundários, registrados no período de 2016 a 2020 no SINASC e acessados pelo DATASUS.

A pesquisa foi realizada em Caxias, uma cidade localizada no leste do estado do Maranhão, considerada a quinta maior cidade do estado, com uma população estimada de 165.525 habitantes para 2020 e área de 5.201,927 km², apresentando uma densidade demográfica de 30,12 hab/km². Está localizada a 374 km da capital, São Luís¹⁵.

A população do estudo foi composta por mães adolescentes, na faixa etária entre 10 e 19 anos dos perímetros urbano e rural do município de Caxias – MA. O tipo de amostragem foi por conveniência. A amostra foi de 124 mães adolescentes.

Os critérios de inclusão foram: mães adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos. Os critérios de não inclusão foram: residir em outro município e apresentar alguma condição limitante que pudesse impedir a realização da pesquisa.

Após autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Caxias - MA e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), deu-se início à coleta de dados. A equipe de pesquisadores, composta por residentes em Saúde da Família, foi previamente capacitada pela autora da pesquisa quanto ao preenchimento do questionário utilizado na coleta dos dados, bem como os objetivos da pesquisa.

Para a pesquisa transversal, inicialmente, foi realizado um estudo piloto com mães adolescentes para verificação da necessidade de ajustes, por meio da aplicação de um questionário próprio estruturado. As adolescentes avaliadas no estudo piloto foram incluídas na amostra final da pesquisa. As participantes foram abordadas durante consultas de rotina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) as quais, após esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); aquelas menores de 18 anos assinaram um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e o TCLE foi assinado pelos pais ou responsáveis.

Para a construção da série histórica dos casos de GR na adolescência nos anos de 2016 a 2020, a coleta foi realizada por meio de dados secundários registrados no SINASC e acessados pelo DATASUS (<https://datasus.saude.gov.br/>). Para a pesquisa transversal foi aplicado um questionário próprio estruturado, no qual há perguntas sobre as características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas: (a) idade; (b) cor autorreferida; (c) nível de escolaridade; (d) situação conjugal; (e) trabalho remunerado e (f) renda familiar mensal; as características comportamentais: (g) consumo de álcool; (h) tabaco durante a gestação e (i) histórico de uso de droga ilícita; os aspectos reprodutivos e clínicos: (j) menarca; (k) início da vida sexual; (l) número de gestações; (m) número de partos; (n) número de abortos; (o) desejo de interromper a gravidez; (p) número de parceiros no ano; e (q) experiência de violência sexual.

Os dados foram duplamente digitados em uma planilha eletrônica construída no programa *Excel*® para verificação da consistência externa e depois foram transferidos para o software estatístico IBM *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Foram realizadas análises descritivas das variáveis, com medidas de frequências absolutas (N) e relativas (%) e médias e desvio padrão.

A associação entre GR na adolescência (variável dependente) e as características sociodemográficas, comportamentais e clínicas (variáveis independentes) foi avaliada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher.

Para a análise multivariada foi utilizada a Regressão Logística Múltipla, calculando-se os *Odds Ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95% (IC95%) e significância obtida pelo teste de *Wald*. O critério para inclusão de variáveis no modelo de regressão foi a constatação de associações estatisticamente significantes entre a reincidência de gravidez com as variáveis independentes na análise bivariada. Na análise multivariada, a hipótese de nulidade foi rejeitada quando o valor de $p \leq 0,05$.

O estudo respeitou os aspectos éticos que envolvem os estudos com seres humanos conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁶. Foram garantidos às participantes o sigilo, anonimato, a confidencialidade dos dados. A pesquisa foi submetida à apreciação do CEP da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e aprovada sob parecer nº 4.904.133 de 13 agosto de 2021 e nº CAAE 49985821.6.0000.5086.

No desenvolvimento da pesquisa, os procedimentos de biossegurança referentes ao uso de máscara cirúrgica, higienização das mãos com álcool em gel a 70% e distanciamento de no mínimo 2 m das participantes foram realizados, levando em consideração o contexto da pandemia de COVID-19, segundo as recomendações básicas de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde¹⁷.

RESULTADOS

No município de Caxias, no período de 2016 a 2020, houve 2.057 registros de gravidez na adolescência; a maioria ocorreu no ano de 2018, com 443 registros (21,5%). Em relação à faixa etária, a maioria das gestações ocorreu entre adolescentes de 15 a 19 anos (95,2%). Apenas nos anos de 2018 e 2019 houve uma maior proporção de mães adolescentes com idade entre 10 e 14 anos (22,4% e 23,5%, respectivamente). Durante os anos analisados, a prevalência de GR foi de 21,2%, com maior concentração de registros no ano de 2017 (24,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de Nascidos Vivos de mães adolescentes entre 2016 e 2020, no município de Caxias - MA, 2022 (N=2.057).

| Variáveis | Ano | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|--------------|--|
| | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | 2020 | | Total | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Faixa etária | | | | | | | | | | | | | |
| 10-14 | 18 | 18,4 | 19 | 19,4 | 22 | 22,4 | 23 | 23,5 | 16 | 16,3 | 98 | 4,8 | |
| 15-19 | 375 | 19,1 | 413 | 21,1 | 421 | 21,5 | 389 | 19,9 | 361 | 18,4 | 1959 | 95,2 | |
| Paridade | | | | | | | | | | | | | |
| Nulípara | 303 | 18,7 | 326 | 20,1 | 361 | 22,3 | 323 | 19,9 | 308 | 19,0 | 1621 | 78,8 | |
| Múltípara | 90 | 20,6 | 106 | 24,3 | 82 | 18,8 | 89 | 20,4 | 69 | 15,8 | 436 | 21,2 | |
| Total | 393 | 19,1 | 432 | 21,0 | 443 | 21,5 | 412 | 20,0 | 377 | 18,3 | 2057 | 100,0 | |

Fonte: SINASC/DATASUS (2022).

Na figura 2, pode-se observar que houve uma tendência crescente de gravidez na adolescência até o ano de 2018, período em que atingiu seu pico, com coeficiente de incidência de 269,75 casos para cada 100.000 habitantes, e uma discreta redução nos anos subsequentes, chegando a 227,76 casos por 100.000 habitantes em 2020. Houve uma redução de 13,8% de

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|--------------------------|
| Branca | - | - | 11 | 100,0 | 11 | 8,9 | |
| Preta | 08 | 34,8 | 15 | 65,2 | 23 | 18,6 | |
| Parda | 33 | 39,8 | 50 | 60,2 | 83 | 66,9 | |
| Amarela | 02 | 28,6 | 05 | 71,4 | 07 | 5,7 | |
| Escolaridade | | | | | | | 0,012^a |
| <8 anos | 12 | 60,0 | 08 | 40,0 | 20 | 16,1 | |
| ≥8 anos | 31 | 29,8 | 73 | 70,2 | 104 | 83,9 | |
| Situação conjugal | | | | | | | 0,875 |
| Com companheiro | 23 | 44,2 | 29 | 55,8 | 52 | 41,9 | |
| Sem companheiro | 20 | 27,8 | 52 | 72,2 | 72 | 58,1 | |
| Trabalho remunerado | | | | | | | 0,511 |
| Sim | 05 | 45,4 | 06 | 54,6 | 11 | 8,9 | |
| Não | 38 | 33,6 | 75 | 66,4 | 113 | 91,1 | |
| Renda familiar | | | | | | | 0,582 |
| ≤1 SM | 36 | 36,4 | 63 | 63,6 | 99 | 79,8 | |
| >1 SM | 07 | 28,0 | 18 | 72,0 | 25 | 20,2 | |
| Total | 43 | 34,7 | 81 | 65,3 | 124 | 100,0 | |

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Nota: *DP: desvio padrão; SM: salário mínimo; ^ateste qui-quadrado de Pearson (p<0,05).

Das variáveis sociodemográficas, apenas a escolaridade apresentou associação estatisticamente significativa com a GR (p=0,012) (Tabela 2).

Em relação ao estilo de vida, 96,8% das adolescentes relataram que não consomem de álcool; 100% negou o uso de tabaco durante a gestação e 99,2% disseram que não fazem uso de drogas ilícitas (Tabela 3).

Tabela 3. Características de estilo de vida das adolescentes com e sem gravidez repetida no município de Caxias - MA, 2022. (N=124)

| Variáveis | Gravidez repetida | | | | | | p-valor |
|-------------------------------|-------------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|---------|
| | Sim | | Não | | Total | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Uso de álcool | | | | | | | 0,119 |
| Sim | 03 | 75,0 | 01 | 25,0 | 04 | 3,2 | |
| Não | 40 | 33,3 | 80 | 66,7 | 120 | 96,8 | |
| Uso de tabaco | | | | | | | 1,000 |
| Sim | - | - | - | - | - | - | |
| Não | 43 | 34,7 | 81 | 65,3 | 124 | 100,0 | |
| Uso de drogas ilícitas | | | | | | | 1,000 |
| Sim | - | - | 01 | 100,0 | 01 | 0,8 | |
| Não | 43 | 35,0 | 80 | 65,0 | 123 | 99,2 | |
| Total | 43 | 34,7 | 81 | 65,3 | 124 | 100,0 | |

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Não houve associação estatisticamente significativa entre a gravidez repetida e as características de estilo de vida das mães adolescentes (Tabela 3).

A menarca ocorreu com 12 anos ou menos para 51,6% das adolescentes, com média de $12,59 \pm 1,28$ anos. A maioria das adolescentes iniciou a vida sexual com 15 anos ou menos (70,2%), com média de $14,61 \pm 1,65$ anos. Mais da metade (53,2%) não teve partos, 88,7% não tiveram abortos e 86,3% disseram não ter tido desejo de interromper a gravidez. Em relação ao número de parceiros no ano, a maioria (84,7%) relatou ter tido apenas um. No que diz respeito ao histórico de violência sexual, 98,4% negaram terem sofrido esse tipo de violência (Tabela 4).

Tabela 4. Características obstétricas das adolescentes com e sem gravidez repetida no município de Caxias - MA, 2022. (N=124)

| Variáveis | Gravidez repetida | | | | | | p-valor |
|------------------------------|-------------------|------|-----|------------------|-------|------|----------------------|
| | Sim | | Não | | Total | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Menarca | | | | | | | 0,383 |
| ≤12 anos | 25 | 39,1 | 39 | 60,9 | 64 | 51,6 | |
| >12 anos | 18 | 30,0 | 42 | 70,0 | 60 | 48,4 | |
| Média ± DP | | | | $12,59 \pm 1,28$ | | | |
| Início da vida sexual | | | | | | | 1,000 |
| ≤15 anos | 30 | 34,5 | 57 | 65,5 | 87 | 70,2 | |
| >15 anos | 13 | 35,1 | 24 | 64,9 | 37 | 29,8 | |
| Média ± DP | | | | $14,61 \pm 1,65$ | | | |
| Nº de partos | | | | | | | <0,0001 ^b |
| Nenhum | 06 | 9,1 | 60 | 90,9 | 66 | 53,2 | |
| 1 ou mais | 37 | 63,8 | 21 | 36,2 | 58 | 46,8 | |

continua...

Tabela 4. Características obstétricas das adolescentes com e sem gravidez repetida no município de Caxias - MA, 2022. (N=124) (conclusão)

| Variáveis | Gravidez repetida | | | | | | p-valor |
|---|-------------------|-------|-----|------|-------|------|----------------------|
| | Sim | | Não | | Total | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Nº de abortos | | | | | | | <0,0001 ^b |
| Nenhum | 29 | 26,4 | 81 | 73,6 | 110 | 88,7 | |
| 1 ou mais | 14 | 100,0 | - | - | 14 | 9,7 | |
| Desejo de interromper a gravidez | | | | | | | 0,047 ^a |
| Sim | 10 | 58,8 | 07 | 41,2 | 17 | 13,7 | |
| Não | 33 | 30,8 | 74 | 69,2 | 107 | 86,3 | |
| Nº parceiros no ano | | | | | | | 0,127 |
| 1 | 33 | 31,4 | 72 | 68,6 | 105 | 84,7 | |
| 2 ou mais | 10 | 52,6 | 09 | 47,4 | 19 | 15,3 | |
| Histórico de violência sexual | | | | | | | 0,118 |
| Sim | 02 | 100,0 | - | - | 02 | 1,6 | |

| | | | | | | |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| Não | 41 | 33,6 | 81 | 66,4 | 122 | 98,4 |
| Total | 43 | 34,7 | 81 | 65,3 | 124 | 100,0 |

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Nota: *DP: desvio padrão; ^ateste qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$); ^bteste Exato de Fisher ($p < 0,05$).

Das características obstétricas, o número de partos ($p < 0,0001$), o número de abortos ($p < 0,0001$) e o desejo de interromper a gravidez ($p = 0,047$) apresentaram associação estatisticamente significativa com a GR (Tabela 4).

No modelo de regressão logística múltipla, permaneceram associados à GR a escolaridade ($p = 0,012$), o número de partos ($p < 0,0001$) e o desejo de interromper a gravidez ($p = 0,029$) (Tabela 5).

Tabela 5. Modelo de regressão logística das variáveis associadas à gravidez repetida entre as adolescentes no município de Caxias - MA, 2022.

| Variáveis | Gravidez repetida | p-valor |
|---|---------------------|---------------------------|
| | OR ajustado (IC95%) | |
| Escolaridade | | 0,012^c |
| <8 anos | 1,0 | |
| ≥8 anos | 0,28 (0,11-0,76) | |
| Número de partos | | 0,0001^c |
| Nenhum | 1,0 | |
| 1 ou mais | 17,62 (6,51-47,68) | |
| Desejo de interromper a gravidez | | 0,029^c |
| Sim | 3,20 (1,12-9,15) | |
| Não | 1,0 | |

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Nota: *OR: *odds ratio*. ^cteste de Wald ($p < 0,05$).

Ter oito anos ou mais de estudos reduz as chances de uma repetição da gravidez (OR: 0,28; IC95%: 0,11-0,76). As adolescentes que tiveram um ou mais partos apresentaram 17,62 vezes (IC95%: 6,51-47,68) mais chances de terem GR do que as que não tiveram nenhum parto; enquanto que aquelas que tiveram desejo de interromper a gravidez apresentaram 3,20 vezes (IC95%: 1,12-9,15) mais chances de terem uma nova gravidez em comparação àquelas que não manifestaram o desejo.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo determinar a prevalência e fatores associados a GR na adolescência na cidade de Caxias - MA. Analisando a série temporal (2016-2020), houve uma tendência crescente de gravidez na adolescência de 19,1% em 2016 para 21,5% em 2018 e reduzida para 18,3% em 2020, em conformidade com a tendência nacional¹¹. Em relação à GR na adolescência, encontramos tendência decrescente de 20,6% em 2016 para 18,8% em 2018 e 15,8% em 2020. Esses resultados contrastam com estudos realizados nas Filipinas⁸, Tanzânia¹⁹ e em Uganda¹⁷, em que houve tendências crescentes desse fenômeno. Esses achados podem sugerir que intervenções como participação em ações de planejamento familiar preveniram ou retardaram a ocorrência de GRs entre adolescentes que já haviam engravidado anteriormente.

A precocidade da gestação na adolescência ficou evidente neste estudo com a identificação de mães com menos de 15 anos de idade e a repetição da gravidez alcançando um percentual de 34,7%. Esse percentual é bastante elevado, pois em revisão da literatura sobre a ocorrência de gestações sucessivas na adolescência concluiu-se que nas regiões Sul e Sudeste do Brasil os percentuais variam de 5,2% a 16,0%, enquanto nas regiões do Norte e Nordeste chegam a atingir 46,2%²⁰.

Pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro encontrou resultado semelhante de GR na adolescência, revelando uma prevalência de 31,4% de adolescentes com duas ou mais gestações²¹. A prevalência encontrada no presente estudo mostrou-se elevada em comparação à encontrada na Tanzânia (17,7%)⁷, África do Sul (17,6%)^{18,22}, Chile (10,2%)²³ e Peru (5,1%)²⁴. No entanto, essa prevalência foi inferior à relatada Estado do Ceará (61%)²⁵ e nas Filipinas (42,4%)²⁶. Tais achados sugerem diferenças culturais observadas em diferentes países que podem refletir os comportamentos e atitudes relacionadas à sexualidade na adolescência.

Em relação ao perfil sociodemográfico das adolescentes com GR, a maioria tinha mais de 15 anos de idade (86,3%). Estes resultados são consistentes com os achados de diversos estudos nacionais e internacionais^{18,21,24,27,28}. Isso pode ser explicado por condições ambientais desfavoráveis, em que processos funcionais, como o início da menarca, podem ser retardados, e o risco de gravidez é maior nas fases mais tardias da adolescência. Além disso, foi demonstrado em populações menos desenvolvidas socioeconomicamente que adolescentes mais velhas eram mais propensas a querer a gravidez²⁹.

Este estudo encontrou alta prevalência de baixa escolaridade entre as adolescentes com GR (60%). Esse resultado é semelhante ao reportado em Pernambuco (61,7%)³⁰ e no Rio de

Janeiro (62,2%)²⁸, em que houve alta prevalência de GR entre aquelas que tinham menor escolaridade. Pesquisas realizadas na Tanzânia (98,6%)¹⁸, Estados Unidos (77%)³¹ e nos Estados do Rio de Janeiro (73,6%)²¹, Ceará (73,3%)²⁵ e Rio Grande do Norte (96%)³² encontraram prevalências superiores de baixa escolaridade entre adolescentes com GR. Entretanto, esse resultado é superior ao encontrado no Peru (28%)²⁴ e Filipinas (50,2%)²⁶.

A baixa escolaridade pode acarretar prejuízos tanto na formação pessoal da adolescente, quanto profissional, bem como impedir a construção de projetos de vida, fazendo com a constituição de família torne-se o projeto prioritário para essas adolescentes. Além disso, própria inserção no mercado de trabalho torna-se mais difícil diante da interrupção da escolarização observada na amostra, o que pode perpetuar a tendência à pobreza, com acentuação dos riscos psicossociais aos quais mães adolescentes e seus filhos estão submetidos²⁷.

Assim, é possível supor que as adolescentes que abandonam precocemente a escola não apresentam a autonomia necessária para evitar uma gravidez recorrente. Além disso, a falta de aspirações acadêmicas pode ser um dos fatores causadores da evasão escolar e, indiretamente, da reincidência da gravidez em adolescentes³³.

O presente estudo mostrou que possuir mais de oito anos de estudo foi fator protetor para GR na adolescência ($p=0,012$). Esse achado está de acordo com pesquisas realizadas na África do Sul⁷ e na cidade de São Paulo³⁴, revelando que quanto mais anos de estudo essas meninas tiverem, mais temas relacionados à sexualidade são abordados, permitindo seu empoderamento em relação aos métodos contraceptivos, reforçando a hipótese de que continuar estudando é imprescindível para evitar novas gestações. Em concordância a esses achados, um estudo envolvendo 12.648 adolescentes cariocas mostrou que o baixo nível educacional foi estatisticamente associado a maior chance de ter GR²⁸.

Tem sido argumentado que estar envolvido em estudos pode ajudar as mães adolescentes a identificar novos objetivos de carreira. Isso sugere que um ambiente escolar de apoio, com currículos escolares específicos, bem como iniciativas de “educação de pares” para mães/adolescentes grávidas pela primeira vez, pode incentivar a retenção escolar e, em última análise, o desenvolvimento de objetivos e oportunidades alternativas³⁵.

Os estudos têm identificado que a maternidade precoce configura como um fator de afastamento e dificuldade em frequentar a escola. A gravidez muda a perspectiva da escolaridade, levando a adolescente a parar de estudar temporária ou definitivamente. Além disso, essa evasão dificulta o retorno à escola, comprometendo o futuro profissional dessas jovens, visto que nesta fase da vida elas ainda não possuem capacitação profissional³².

Apesar de não ter apresentado associação estatisticamente significativa entre a GR e o trabalho remunerado e nível socioeconômico, é possível inferir que tais fatores levam ao aumento das despesas familiares e também da dependência financeira da adolescente em relação à sua família de origem e/ou ao seu parceiro²⁶. Neste estudo, a maioria das adolescentes com GR não trabalhavam e possuíam renda familiar menor que um salário mínimo. Outras pesquisas revelaram que o desemprego e a baixa renda familiar foi mais frequente entre adolescentes com GR^{18,25,27,32-34}.

O presente estudo constatou ainda que a ocorrência de uma nova gravidez se dá, para a maioria das adolescentes, no contexto de relacionamentos estáveis, conforme indicado pelo atual estado civil das mesmas. O mesmo resultado foi também observado em pesquisas realizadas no Nordeste e Sudeste do Brasil^{27,30,32,33,36} e no continente africano^{7,18}. No entanto, em pesquisas realizadas no Rio de Janeiro²⁸ e Ceará²⁵, a maioria das adolescentes com GR não possuíam companheiro.

Se, por um lado, o fator de estar em um relacionamento estável pode configurar como um fator de proteção para o desenvolvimento saudável da adolescente, uma vez que o companheiro pode apoiar econômica e psicologicamente a sua companheira; por outro, esta união é considerada como fator de risco para repetição da gravidez ainda durante a adolescência, pois os relacionamentos duradouros aumentam a frequência da atividade sexual e permitem a não utilização de métodos anticoncepcionais, o que também pode resultar na repetição de gravidez na adolescência³⁷.

As características comportamentais das adolescentes também podem refletir na recorrência da gestação, como observado no presente estudo, onde uma parcela expressiva de adolescentes com GR relatou ter consumido álcool (75%), revelando uma falta de conhecimento e/ou negligência sobre os efeitos deletérios do álcool sobre o desenvolvimento do feto. No entanto, o uso de tabaco ou drogas ilícitas foi negado por todas as jovens.

Uma pesquisa encontrou baixa taxa de consumo de drogas ilícitas (1,1%) entre adolescentes com GR no Rio de Janeiro, entretanto, o uso de tabaco e álcool foi relatado por 17% e 19,9%, respectivamente, das adolescentes avaliadas. Tais achados revelam uma cultura de introdução ao uso de cigarro e bebidas alcólicas e mesmo o seu abuso em idade precoce, expondo esses jovens ao risco de dependência e doenças cardiovasculares, além de maior exposição à violência urbana e acidentes de trânsito²¹. Resultados divergentes foram relatados em uma pesquisa realizada em Campinas – SP, em que a prevalência de consumo de álcool e tabaco entre adolescentes com GR foi de 16,7%, enquanto o uso de drogas ilícitas foi relatado por 43,3% das jovens¹⁴.

Contribuindo para este panorama, a idade da menarca, que ocorreu antes dos 12 anos para 39,1% das adolescentes com GR em nosso estudo, além de ser um indicador de maturação biológica, acaba levando a adolescente a ingressar cada vez mais cedo nos relacionamentos sexuais, aumentando também sua chance de recorrência da gravidez ainda nessa fase da vida²¹. Esse resultado é semelhante ao encontrado na cidade de Campinas – SP, em que 33,3% das adolescentes com GR tiveram menarca com menos de 12 anos de idade¹⁴, no entanto foi inferior aos 73,9% relatados em Recife – PE³⁸.

Outro achado que merece atenção é o fato de as adolescentes que iniciaram a atividade sexual antes dos 15 anos apresentaram maior prevalência de gestações repetidas na adolescência em comparação com aquelas que iniciaram com idade maior ou igual a 15 anos. Isso poderia ser atribuído ao fato de adolescentes que iniciaram a atividade sexual antes dos 15 anos de idade terem a primeira gravidez em idade mais jovem, permitindo maior tempo de exposição ao risco de repetição de gravidez durante a adolescência, como também relatado em estudos realizados na Tanzânia¹⁸ e no Brasil^{14,27,30,36}.

A precocidade do início das atividades sexuais, aliada à desinformação quanto ao uso adequado de contraceptivos e à deficiência de programas de assistência ao adolescente, são alguns dos fatores responsáveis pelo aumento da gravidez na adolescência²¹.

Fatores individuais e ambientais têm uma influência significativa no comportamento sexual e no uso de anticoncepcionais, particularmente durante a adolescência. Portanto, o sucesso na prevenção de gestações repetidas em adolescentes depende de múltiplos fatores e a política de prevenção pode ser complexa³⁴.

A educação tem sido amplamente relatada como instrumento que permite aos adolescentes se tornem mais autônomos, mais conhecedores dos serviços de saúde e, assim, capazes de fazer escolhas reprodutivas saudáveis⁷. Manter as meninas na escola por mais tempo atrasa o início da atividade sexual e, portanto, pode servir para reduzir a ocorrência de gestações repetidas na adolescência. São necessários esforços contínuos para garantir o acesso à educação para todas as adolescentes¹⁸.

No que diz respeito à ocorrência de abortos prévios, apenas 9,7% das adolescentes tiveram algum episódio, sendo que 100% ocorreram entre aquelas com GR. Este achado é superior ao relatado no Estado do Piauí, em que a prevalência de abortos prévios em adolescentes com GR foi de 45%³⁶ e ao relatado nos Estados Unidos, onde 26,5% dos abortos ocorreram em adolescentes com GR³⁹. No Brasil, cerca de 30% das gestações terminam em aborto, de modo que, anualmente, ocorrem no país aproximadamente 1,4 milhões de abortos,

de origem espontânea e induzida, sem razões médicas legais. Cerca de 7 a 8% desses abortos acontecem na adolescência⁴⁰.

Nesse sentido, a reincidência da gravidez mostra-se significativamente ligada à prática abortiva. Observa-se também o inverso, ou seja, a ocorrência do aborto associada à recorrência da gravidez, pois, para muitas mulheres, a falta de aconselhamento e serviços de planejamento familiar leva rapidamente a outro aborto induzido, uma vez que a fertilidade retorna dentro de duas a três semanas após o aborto espontâneo ou induzido⁴¹.

Curiosamente, um fator que se associou à gestação repetida na regressão logística em nosso estudo foi o desejo de interromper a gravidez ($p=0,29$). Uma possível explicação é o fato de a maioria dessas adolescentes tem que arcar com o cuidado dos filhos anteriores, que, na maioria das vezes, ainda são pequenos e dependentes, e uma nova gravidez geraria sobrecarga. Outro fator é o não planejamento da gravidez, somado às condições socioeconômicas da família.

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, o desejo de interromper a gravidez foi relatado por 12% das adolescentes com mais de uma gestação, no entanto, não foi estatisticamente associado à recorrência da gravidez²¹. O número de partos ($p=0,0001$) também foi associado à GR, mais especificamente, adolescentes que tiveram um ou mais partos apresentaram uma chance cerca de 17 vezes maior de ter uma nova gestação, no entanto, não foram encontrados estudos na literatura que corroborassem esses achados.

A troca de parceiros sexuais foi observada em 52,6% da amostra do presente estudo. Esse achado é apoiado por resultados de estudos realizados nas Filipinas²⁴ e Estados Unidos⁴². Um estudo aponta que a mudança de parceiro sexual foi observada em 48% das adolescentes com GR e que essa troca diminui a chance de recorrência de gestação na adolescência em 56%³⁰. É possível que a adolescente, ao sentir-se confortável e segura num relacionamento estável, adote cuidados contraceptivos menos rigorosos do que adotaria em caso de troca de parceiro.

Por outro lado, um estudo americano revelou que não estar com o pai da criança três meses após o parto foi preditor de recorrência de gestação entre as adolescentes⁴³. Esse achado foi semelhante a um estudo realizado no Ceará, que encontrou um aumento de 40% na de uma nova gestação quando houve mudança de parceiro²⁵. Isso poderia ser explicado pelo fato de o novo parceiro desejar também um filho com a companheira. No entanto, um estudo australiano não encontrou influência do relacionamento com o pai da criança e a chance de recorrência da gravidez⁴⁴.

Neste estudo, 1,6% das mães adolescentes relataram abuso sexual, sendo que 100% dos abusos ocorreram entre as adolescentes com GR. Em um dos poucos estudos publicados que analisaram o abuso infantil entre adolescentes reprodutivos, foi relatado que 43,6% das adolescentes que relataram abuso sexual ou físico tiveram uma GR dentro de 1 ano, e 63,2% experimentaram uma GR dentro de 18 meses⁴⁵. Outro estudo revelou uma associação entre abuso sexual na infância e um aumento de 2,2 vezes na probabilidade de gravidez na adolescência⁴⁶. Um estudo examinou a influência de uma atitude ou cultura de violência na repetição da gravidez e revelaram que 41,5% das adolescentes com idades entre 12 e 19 anos que sofreram algum tipo de abuso sexual ou físico experimentaram uma nova gravidez dentro de 24 meses de um parto anterior⁴⁷.

Os adolescentes muitas vezes optam por não divulgar a exposição à violência e frequentemente interpretam mal os relacionamentos violentos como não violentos^{48,49}. Ao descrever a violência do parceiro, os adolescentes podem falar de uma “violência lúdica” versus uma “violência real”, e até que uma dor ou lesão significativa seja sustentada, atos específicos de violência podem não ser vistos como graves⁵⁰. A violência no relacionamento durante a adolescência pode contribuir para a violência familiar generalizada; dependência econômica; e maus resultados infantis, como prematuros e recém-nascidos de baixo peso³¹.

Este estudo apresentou a limitação de ter uma amostra por conveniência, devido ao contexto pandêmico da COVID-19. No entanto, acrescenta-se que os resultados encontrados são substanciais para informar e nortear os gestores na tomada de decisões políticas.

CONCLUSÃO

A população estudada apresentou uma taxa de GR na adolescência superior quando comparada ao nível nacional e mundial. A maioria dessas adolescentes tem baixo nível educacional e econômico, sendo tais condições desfavoráveis ainda mais frequentes em adolescentes que têm duas ou mais gestações do que aquelas que experimentaram apenas uma gravidez.

A repetição da gravidez ainda durante a adolescência se dá mediante diversos fatores de risco de ordem biológica, psicossocial, cultura e econômica, presentes no contexto de vida da adolescente. No presente estudo, alguns desses fatores foram identificados, como a maior escolaridade, que foi fator protetor para a GR; ter experienciado dois ou mais partos e o desejo de interromper a gravidez, fatores associados à ocorrência da repetição da gravidez na adolescência. Entretanto, acredita-se que há ainda muitos outros fatores que precisam ser investigados e relacionados estatisticamente à ocorrência da GR na adolescência.

Vários estudos demonstram que muitas adolescentes vivenciam a maternidade em condições de forte iniquidade social, com comprometimento de sua qualidade de vida e de seus direitos, assim como os de suas famílias. A GR parece representar essa realidade, evidencia no presente estudo, pois essa população apresenta indicadores sociais ainda piores. A ampliação do olhar sobre o tema em questão tem implicações relevantes tanto para o campo do conhecimento como para o campo das políticas públicas.

Diante da multicausalidade deste fenômeno, torna-se imprescindível a discussão sobre as políticas de saúde em vigor voltadas para o público adolescente. Nesse sentido, o sucesso da prevenção da GR entre adolescentes envolve vários fatores, tornando os programas preventivos de gravidez uma questão complexa. Portanto, as medidas preventivas não devem se restringir à divulgação de informações. Para alcançar mudanças reais de comportamento na em relação à gravidez não planejada na adolescência, essas jovens mães devem ter também acesso a cuidados de saúde adequados, métodos contraceptivos, educação e formação.

Além disso, destaca-se a importância da figura do enfermeiro atuante na APS por ser o profissional que está mais em contato direto com a população, no envolvimento em ações educativas voltadas para adolescentes sobre sexualidade, métodos contraceptivos, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e uso de álcool e drogas ilícitas, além de desenvolver estratégias para identificar adolescentes com alto risco para a gravidez precoce e GR.

FINANCIAMENTO

O presente estudo foi financiado pelas autoras.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Larissa Maciel de Almeida. Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva.

Coleta e organização dos dados. Larissa Maciel de Almeida.

Interpretação dos resultados. Larissa Maciel de Almeida. Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Larissa Maciel de Almeida. Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva.

Aprovação da versão final do artigo. Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Larissa Maciel de Almeida. Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues LS, Silva MVO, Gomes MAV. Gravidez na adolescência: suas implicações na adolescência, na família e na escola. *Rev Educação e Emancipação*. 2019;12(2):228-252.
2. 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):363-367.
3. Santos NLB, Guimarães DA, Gama CAP. A percepção de mães adolescentes sobre seu processo de gravidez. *Rev Psicol Saúde*. 2016;8(2):83-96.
4. World Health Organization. The World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health project at a glance: the power of collaboration. Geneva: World Health Organization; 2014.
5. Centers for Disease Control and Prevention (EUA). Division of Reproductive Health. Preventing repeat teen births. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2013.
6. Ramage K, Tough S, Scott C, McLaughlin AM, Metcalfe A. Trends in adolescent rapid repeat pregnancy in Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021;43(5):589-595.
7. Govender D, Naidoo S, Taylor M. Prevalence and risk factors of repeat pregnancy among South African adolescent females. *Afr J Reprod Health*. 2019;23(1):73-87.
8. Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Trends in repeated pregnancy among adolescents in the Philippines from 1993 to 2013. *Reprod Health*. 2018;15(184).
9. Miura PO, Tardivo LSLPT, Barrientos, DMS. O desamparo vivenciado por mães adolescentes e adolescentes grávidas acolhidas institucionalmente. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(5):1601-1610.
10. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.
11. Buratto J, Kretzer MR, Freias PF, Traebert J, Nunes RD. Temporal trend of adolescent pregnancy in Brasil. *Rev Assoc Méd Bras*. 2019;65(6):880-885.
12. Borovac-Pinheiro A, Jesus EAR, Surita FG. Empowering adolescent mothers in the choice of contraceptive methods at the postpartum period: Avoiding a subsequent pregnancy. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 2019;41(10):607-612.
13. Rodrigues ARS, Barros WM, Soares PDFL. Reincidência da gravidez na adolescência: percepções das adolescentes. *Enferm. Foco*. 2016;7(3/4):66-70.
14. Galvão RBF, Figueira CO, Borovac-Pinheiro A, Paulino DSM, Faria-Schützer DB, Surita FG. Hazards of repeat pregnancy during adolescence: A case-control study. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 2018;40(8):437-443.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Caxias. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2021.
16. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
18. Ngoda OA, Mboya IB, Mahande MJ, Msuya SE, Renju J. Trends and factors associated with repeated adolescent pregnancies in Tanzania from 2004-2016: evidence from Tanzania demographic and health surveys. *Pan Afr Med J*. 2021;17(40):162.
19. Amongin D, Nakimuli A, Hanson C, Nakafeero M, Kaharuza F, Atuyambe L et al. Time trends in and factors associated with repeat adolescent birth in Uganda: Analysis of six demographic and health surveys. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231557.
20. Rosa AJ, Reis AOA, Tanaka AC.d'A. Gestações sucessivas na adolescência. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2007;17(1):165-172.

21. Viellas EF, Gama SGN, Filha MMT, Leal MC. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(3):443-454.
22. Mphatswe W, Maise H, Sebitloane M. Prevalence of repeat pregnancies and associated factors among teenagers in KwaZulu-Natal, South Africa. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;133(2):152-155.
23. Rosas SM, Alejandra, Martínez UP, Canessa BMJ, Insunza FA, Cayazzo MD. Reembarazo en la adolescencia: Análisis de la población perteneciente a la Red del Hospital Padre Hurtado, entre los años 2005-2015. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017;82(4):361-372.
24. Sanca-Valeriano S, Espinola-Sánchez M, Racchumí-Vela A. Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2022;87(1):11-18.
25. Bruno ZV, Feitosa FEL, Silveira KP, Morais IQ, Bezerra MF. Reincidência de gravidez em adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstetr.* 2009;31(10):480-484.
26. Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Exploring the risks of repeated pregnancy among adolescents and young women in the Philippines. *Matern Child Health J.* 2019;23(7):934-942.
27. Braga LP, Carvalho MFO, Ferreira CL, Mata ANS, Maia EMC. Riscos psicossociais e repetição de gravidez na adolescência. *Bol Psicol.* 2010;60(133):205-215.
28. Silva KS, Rozenberg R, Bonan C, Chuva VCC, Costa SF, Gomes MASM. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(5):2485-2493.
29. Estrada F, Suárez-López L, Hubert C, Allen-Leigh B, Campero L, Cruz-Jimenez L. Factors associated with pregnancy desire among adolescent women in five Latin American countries: a multilevel analysis. *BJOG.* 2018;125(10):1330-1336.
30. Silva AAA, Coutinho IC, Katz L, Souza ASR. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(3):496-506.
31. Anderson CA, Pierce L. Depressive symptoms and violence exposure: Contributors to repeat pregnancies among adolescents. *J Perinat Educ.* 2015;24(4):225-238.
32. Mata ANS, Lemos CA, Ferreira CL, Braga LP, Maia EMC. Fatores de risco na repetição de gravidez na adolescência. *Revista Colombiana de Psicología.* 2009; 18(2):167-175.
33. Zanchi M, Mendoza-Messi RA, Silva MR, Almeida SG, Teixeira LO, Gonçalves CV. Pregnancy recurrence in adolescents in Southern Brazil. *Rev Assoc Méd Bras.* 2017;63(7):628-635.
34. Padin MFR, Silva RS, Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R et al. Repeat pregnancies among adolescents in a tertiary hospital in Brazil. *J Reprod Infant Psychol.* 2021;30(2):193-200.
35. Maravilla JC, Betts KS, Couto E Cruz C, Alati R. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(5):527-545.
36. Nery IN, Gomes KRO, Barros IC, Gomes IS, Fernandes ACN, Viana LMM. Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(4):671-680.
37. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev Latino-Am Enferm.* 2004;12(5):745-750.
38. Albuquerque APS, Pitangui ACR, Rodrigues PMG, Araújo RC. Prevalence of rapid repeat pregnancy and associated factors in adolescents in Caruaru, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mat Infant.* 2017;17(2):347-354.

39. Wilkie GL, Leung K, Kumaraswami T, Barlow E, Simas TAM. Effects of obstetric complications on adolescent postpartum contraception and rapid repeat pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(6):612–616.
40. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.
41. Curtis C, Huber D, Moss-Knight T. Postabortion family planning: addressing the cycle of repeat unintended pregnancy and abortion. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2010;36(1):44-48.
42. Montgomery AE. The distinction between first and higher-order pregnancies among low-income adolescents. *ProQuest Information & Learning*. 2010;70.
43. Raneri LG, Wiemann CM. Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2007;39(1):39-47.
44. Lewis LN, Doherty DA, Hickey M, Skinner SR. Predictors of sexual intercourse and rapid-repeat pregnancy among teenage mothers: an Australian prospective longitudinal study. *Med J Aust*. 2010;193(6):338-342.
45. Jacoby M, Gorenflo D, Black E, Wunderlich C, Eyster AE. Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *Am J Prev Med*. 1999;16(4):318-321.
46. Noll JG, Shenk CE, Putnam KT. Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: a meta-analytic update. *J Pediatr Psychol*. 2009;34(4):366-378.
47. Crittenden CP, Boris NW, Rice JC, Taylor CA, Olds DL. The role of mental health factors, behavioral factors, and past experiences in the prediction of rapid repeat pregnancy in adolescence. *J Adolesc Health*. 2009;44(1):25-32.
48. Haglund K, Belknap RA, Garcia JT. Mexican American female adolescents' perceptions of relationships and dating violence. *J Nurs Scholarsh*. 2012;44(3):215-222.
49. Schnurr MP, Lohman BJ, Kaura SA. Variation in late adolescents' reports of dating violence perpetration: a dyadic analysis. *Violence Vict*. 2010;25(1):84-100.
50. Herrman JW. How teen mothers describe dating violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(4):462-470.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.P.S. et al. Prevalence of rapid repeat pregnancy and associated factors in adolescents in Caruaru, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 2, p. 347-354, 2017.

AMONGIN, D. et al. Time trends in and factors associated with repeat adolescent birth in Uganda: Analysis of six demographic and health surveys. **PLoS One**, v. 15, n. 4, e0231557, 2020.

AMORAS, B.C.; CAMPOS, A.R.; BESERRA, E.P. Reflexões sobre vulnerabilidade dos adolescentes a infecções sexualmente transmissíveis. **PRACS**. Macapá, v.8, n.1, p.163-171, jan/jun., 2015.

ANDERSON, C.A.; PIERCE, L. Depressive symptoms and violence exposure: contributors to repeat pregnancies among adolescents. **J Perinat Educ**, v. 24, n. 4, p. 225-238, 2015.

ARAGÃO, J.M.N. et al. Conhecimento, atitude e prática de adolescentes escolares em relação ao uso do preservativo masculino. **Rev. Enferm. Contemp.**, Salvador, v. 10, n. 1, p. 67-78, 2021.

ASQUIDAMINI, F. **Política nacional da saúde dos adolescentes e jovens: interfaces com a atenção básica**. Monografia (Especialização em Serviço) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília. 2014. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/114769/000954686.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BEZERRA, E.O. et al. Representações sociais de adolescentes acerca da relação sexual e do uso do preservativo. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.36, n.1, p.84-91, mar., 2015.

BOROVAC-PINHEIRO, A.; JESUS, E.A.R.; SURITA, F.G. Empowering adolescent mothers in the choice of contraceptive methods at the postpartum period: avoiding a subsequent pregnancy. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 10, p. 607-612, out., 2019.

BRAGA, L.P. et al. Riscos psicossociais e repetição de gravidez na adolescência. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 60, n. 133, p. 205-215, dez., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro do 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 300 p. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 428 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 37 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente: Bases programáticas**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 36 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional nº. 65, de 13 de julho de 2010**. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. Brasília: Diário Oficial da União, 2010b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 602, de 17 de abril de 1975**. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1975.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 12.852, de 5 de agosto de 2013**. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRUNO, Z.V. et al. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, v. 31, n. 10, p. 480-484, 2009.

BURATTO, J. et al. Temporal trend of adolescent pregnancy in Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 65, n. 6, p. 880-885, jun., 2019.

CARVALHO, R.O. et al. Medidas de educação em saúde sobre infecções sexualmente adquiridas para escolares do ensino médio. **Revista ELO - Diálogos em Extensão**, Viçosa, v. 10, 2021.

CASSIMIRO, P.S. et al. Reincidência gestacional entre adolescentes no município de Nova Serrana-MG. **Conexão Ci.**, Formiga, v. 12, n. 3p. 76-85, 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Division of Reproductive Health. **Preventing repeat teen births**. Atlanta (EUA): CDC, 2013.

CRITTENDEN, C.P. et al. The role of mental health factors, behavioral factors, and past experiences in the prediction of rapid repeat pregnancy in adolescence. **J Adolesc Health**, v. 44, n. 1, p. 25–32, 2009.

CURTIS, C.; HUBER, D.; MOSS-KNIGHT, T. Postabortion family planning: addressing the cycle of repeat unintended pregnancy and abortion. **Int Perspect Sex Reprod Health**, v. 36, n. 1, p. 44-48, 2010.

DARROCH, J. et al. **Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents**. New York: Guttmacher Institute, 2016.

ESTRADA, L.F. et al. Factors associated with desire pregnancy among adolescent women in five Latin American countries: a multilevel analysis. **BJOG**, v. 125, n. 1, p. 1330-1336, 2018.

FONSECA, F.F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. Paul. Pediatr.**, Minas Gerais, v. 31, n. 2, jun., 2013.

GALVÃO, R.B.F. et al. Hazards of repeat pregnancy during adolescence: a case-control study. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, v. 40, n. 8, p. 437-443, 2018.

GIPSON, J.D.; HICKS, A.L. The delinking of sex and marriage: pathways to fertility among young filipino women. **J Biosoc Sci**, v. 49, n. 1, p. 1–14, 2017.

GÓMEZ, O.S.M.; GONZLÉZ, K.O. Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e99, 2018.

GOVENDER, D.; NAIDOO, S.; TAYLOR, M. Repeat pregnancy among south african adolescent females. **Afr J Reprod Health**, v. 23, n. 1, p. 73-87, 2019.

HAGLUND, K.; BELKNAP, R.A.; GARCIA, J.T. Mexican American female adolescents' perceptions of relationships and dating violence. **J Nurs Scholarsh**, v. 44, p. 215–222, 2012.

HERRMAN, J.W. How teen mothers describe dating violence. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 42, n. 4, p. 462-470, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Caxias**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/caxias/panorama>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico**: resultados preliminares da amostra. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/default_resultados_preliminares_amostra.shtm>. Acesso em: 14 nov. 2021.
- JACOBY, M. et al. Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. **Am J Prev Med**, v. 16, p. 318–321, 1999.
- KOZUKI, N. et al. The associations of birth intervals with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: A meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 13(Suppl. 3), S3, 2013.
- LEWIS, L.N. et al. Predictors of sexual intercourse and rapid-repeat pregnancy among teenage mothers: an Australian prospective longitudinal study. **Med J Aust** v. 193, p. 338-342, 2010.
- LOPES, R.W.; BEZERRA, M.G. Adolescência: sintoma e subjetivação. **Revista EDUCAmazônia - Educação Sociedade e Meio Ambiente**, Humaitá, v. 13, n. 1, p. 118-136, jan./jun., 2021.
- MÄNNISTÖ, J. et al. Interpregnancy interval after termination of pregnancy and the risks of adverse outcomes in subsequent birth. **Obstet Gynecol**, v. 129, n. 2, p. 347-354, 2017.
- MARAVILLA, J.C. et al. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. **Am J Obstet Gynecol**, v. 217, n. 5, p. 527-545, 2017.
- MARAVILLA, J.C.; BETTS, K.S.; ALATI, R. Exploring the risks of repeated pregnancy among adolescents and young women in the Philippines. **Matern Child Health J**, v. 23, n. 7, p. 934-942, 2019.
- MARAVILLA, J.C.; BETTS, K.S.; ALATI, R. Trends in repeated pregnancy among adolescents in the Philippines from 1993 to 2013. **Reprod Health**, v. 15, n. 1, 184, 2018.
- MATA, A.N.S. et al. Fatores de risco na repetição de gravidez na adolescência. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 18, n. 2, p. 167-175, 2009.
- MIURA, P.O.; TARDIVO, L.S.L.P.T.; BARRIENTOS, D.M.S. O desamparo vivenciado por mães adolescentes e adolescentes grávidas acolhidas institucionalmente. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 5, p. 1601-1610, 2018.
- MONTGOMERY, A.E. The distinction between first and higher-order pregnancies among low-income adolescents. **ProQuest Information & Learning**, v. 70, 2010.
- MPHATSWE, W.; MAISE, H.; SEBITLOANE, M. Prevalence of repeat pregnancies and associated factors among teenagers in KwaZulu-Natal, South Africa. **Int J Gynecol Obstet**, v. 133, n. 2, p. 152–155, 2016.

- NASCIMENTO, T.L.C. et al. Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo ecológico de agregados espaciais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 30, n. 1, 2021.
- NERY, I.S. et al. Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil. **Epidemiol. Ser. Saúde**, v. 24, n. 4, p. 671-680, 2015.
- NGODA, O.A. et al. Trends and factors associated with repeated adolescent pregnancies in Tanzania from 2004-2016: evidence from Tanzania demographic and health surveys. **Pan Afr Med J**, v. 40, 162, 2021.
- NOLL, J.G.; SHENK, C.E.; PUTNAM, K.T. Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update. **J Pediatr Psychol**, v. 34, p 366–378, 2009.
- PADIN, M.F.R. et al. Repeat pregnancies among adolescents in a tertiary hospital in Brazil. **J Reprod Infant Psychol**, v. 30, n. 2, p. 193–200, 2012.
- PERSONA, L.; SHIMO, A.K.K.; TARALLO, M.C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Rev Latino-Am Enferm.**, v. 12, p. 745-750, 2004.
- PINHEIRO, Y.T.; PEREIRA, N.H.; FREITAS, G.D.M. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 363-367, dez., 2019.
- RAJ, A.; BOEHMER, U. Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries. **Violence Against Women**, v. 19, n. 4, 2013.
- RAMAGE, K. et al. Trends in adolescent rapid repeat pregnancy in Canada. **J Obstet Gynaecol**, Canada, v. 43, n. 5, p. 589-595, 2021.
- RANERI, L.G.; WIEMANN, C.M. Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy. **Perspect Sex Reprod Health**, v. 39, p. 39-47, 2007.
- REYES-LOPEZ, S.V. et al. Experiencias de las adolescentes que cursan un embarazo, desde un enfoque cualitativo. **Sanus**, Sonora, v. 5, n. 15, 00003, set., 2020.
- RODRIGUES, A.R.S.; BARROS, W.M.; SOARES, P.D.F.L. Reincidência da gravidez na adolescência: percepções das adolescentes. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 3/4, p. 66-70, 2016.
- RODRIGUES, L.S.; SILVA, M.V.O.; GOMES, M.A.V. Gravidez na adolescência: suas implicações na adolescência, na família e na escola. **Rev. Educação e Emancipação**, São Luís, v. 12, n. 2, mai./ago., p. 228-252, 2019.
- ROSA, A.J.; REIS, A.O.A.; TANAKA, A.C.d'A.. Gestações sucessivas na adolescência. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 165-172, abr., 2007.

ROSAS, A.S.M. et al. Reembarazo en la adolescencia: Análisis de la población perteneciente a la Red del Hospital Padre Hurtado, entre los años 2005-2015. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, Santiago, v. 82, n. 4, p. 361-372, 2017.

SANCA-VALERIANO, S.; ESPINOLA-SANCHEZ, M.; RACCHUMI-VELA, A. Social and demographic factors associated with pregnancy and repeated pregnancy in adolescent women in Peru. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, Santiago, v. 87, n. 1, p. 11-18, 2022.

SANTOS, L.A.V. et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 2, p. 617-625, 2018.

SANTOS, N.L.B.; GUIMARÃES, D.A.; GAMA, C.A.P. A percepção de mães adolescentes sobre seu processo de gravidez. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 8, n. 2, p. 83-96, dez., 2016.

SAWYER, S.M. et al. The age of adolescence. **Lancet Child Adolesc Health**, v. 2, n. 3, p. 223–228, 2018.

SCHNURR, M.P.; LOHMAN B.J.; KAURA, S.A. Variation in late adolescents' report of dating violence perpetration: A dyadic analysis. **Violence Vict**, v. 25, n. 1, p. 84–100, 2010.

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

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

SOUZA JÚNIOR, E.V. et al. Dilemas bioéticos na assistência médica às gestantes adolescentes. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2018.

TELLES, T.S.; SUGUIHIRO, V.L.T.; BARROS, M.N.F. Os direitos de crianças e adolescentes na perspectiva orçamentária. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 50-66, mar., 2011.

TZILOS, G.K. et al. Psychosocial factors associated with depression severity in pregnant adolescents. **Arch Women's Ment Health**, v. 15, p. 397–401, 2012.

UNICEF. **Ending child marriage: Progress and prospects**. Nova Iorque: UNICEF, 2013.

VIELLAS, E.F. et al. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 3, p. 443-454, 2012.

WILKIE, G.L. et al. Effects of obstetric complications on adolescent postpartum contraception and rapid repeat pregnancy. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, v. 29, n. 6, p. 612-616, 2016.

WORLD BANK. **Economic impacts of child marriage**: Global synthesis report. Washington, DC: World Bank, 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Adolescent health research priorities**: report of a technical consultation. Geneva: WHO, 2015a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Adolescent pregnancy**. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Adolescent pregnancy**: evidence brief. Geneva: WHO, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global health estimates 2015**: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global standards for quality health care services for adolescents**. Geneva: WHO, 2015b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Health needs of adolescents**. Technical report series 609. Geneva: WHO, 1977.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Health problems of adolescents**. Technical report series 308. Geneva: WHO, 1965.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health project at a glance**: the power of collaboration. Geneva: WHO, 2014.

ZANCHI, M. et al. Pregnancy recurrence in adolescents in Southern Brazil. **Rev Assoc Méd Bras.**, v. 63, n. 07, p. 628-635, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Idade:** _____
2. **Cor autorreferida:**
 Branca Preta Parda
 Amarela Indígena
3. **Escolaridade:**
 Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto Ensino médio completo
4. **Situação conjugal:**
 Com companheiro Sem companheiro
5. **Trabalho remunerado:**
 Não Sim
6. **Renda familiar mensal:**
 < 1 salário mínimo ≥ 1 salário mínimo

II – CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS

7. **Consumo de álcool:**
 Não Sim
8. **Tabaco durante a gestação:**
 Não Sim
9. **Histórico de uso de droga ilícita:**
 Não Sim

III – ASPECTOS OBSTÉTRICOS

10. **Menarca:** _____
11. **Início da vida sexual:**
 A partir de _____ anos
12. **Nº de gestações:**
 1 2 ou mais

13. Nº de partos:

0 1 ou mais

14. Nº de abortos:

0 1 ou mais

15. Sentiu desejo de interromper a gravidez:

Não Sim

16. Número de parceiros no ano:

1 2 ou mais

17. Experiência de violência sexual:

Não Sim



APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo intitulado “**ANÁLISE DA GRAVIDEZ REPETIDA NA ADOLESCÊNCIA: prevalência e fatores associados**”, que será realizada nas Unidades Básicas de Saúde, cujo pesquisador responsável é a Sra. **Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva**, Enfermeira, Docente no Programa de Pós-Graduação Mestrado/Doutorado Rede Nordeste em Formação de Saúde da Família -RENASF/UFMA.

O estudo se destina a identificar a prevalência e os fatores associados à reincidência da gravidez em adolescentes; conhecer as características demográficas, sociais e econômicas da amostra em estudo; produzir uma série histórica dos casos de gravidez repetida na adolescência entre os anos de 2016 e 2020 do município em estudo; verificar as características comportamentais e clínicas da amostra em estudo; e identificar os fatores associados da gravidez repetida em adolescentes da amostra em estudo.

A importância deste estudo se deve relevância do tema e da constatação do elevado número de repetição de gravidez entre adolescentes e ainda considerando a problemática do não planejamento da gestação com repercussões na formação acadêmica e profissional das jovens, considera-se importante conhecer os fatores associados à reincidência gestacional em adolescentes e suas atitudes em face da sexualidade, bem como suas implicações no processo de planejamento familiar, no intuito de intervir de forma integrada, oportuna e segura considerando seus diversos aspectos biopsicossociais para garantir uma melhor qualidade de vida. Além de promover conhecimento a elas sobre as consequências que as múltiplas gestações na adolescência podem trazer para sua saúde, do bebê e para suas relações sociais, visando a sensibilização quanto à mudança de comportamento para que adotem métodos preventivos da gravidez.

Espera-se que com esta pesquisa possível identificar a prevalência de gravidez repetida na adolescência, bem como analisar seus fatores associados e as atitudes frente à sexualidade, contribuindo, dessa forma, no alinhamento da equipe de saúde na elaboração de estratégias para redução e intervenção nos principais fatores de risco ao qual essa população está exposta. Dessa forma, será possível reduzir a



prevalência desse fenômeno, a mortalidade materna e infantil, a evasão escolar e promover sensibilização e empoderamento para a corresponsabilização no cuidado em saúde.

A sua contribuição no estudo se dará em responder a um questionário semiestruturado contendo questões sobre dados socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos, características comportamentais e aspectos reprodutivos e clínicos, além de um instrumento validado sobre atitudes da sexualidade. A sua participação será voluntária; e a qualquer momento, você poderá se recusar a continuar participando do estudo, podendo retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo

Esta pesquisa poderá acarretar alguns riscos a você como invasão de privacidade, discriminação e estigmatização, a partir do conteúdo revelado, divulgação de dados confidenciais, responder a questões sensíveis, e o seu tempo para responder aos questionários, sabendo que tiram o seu total sigilo.

Entretanto, os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: garantir o acesso aos resultados individuais e coletivos; minimizar desconfortos; garantir local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras; assegurar a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem a estigmatização, a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou econômico e financeiro. Além disso, o pesquisador será habilitado ao método de coleta dos dados.

Sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo, além disso, a qualquer momento, você poderá se recusar a continuar participando do estudo, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Você poderá ser ressarcida por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação e, também, indenizada por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão.

Ressalta-se que as informações conseguidas através da sua participação no estudo não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto ou em publicações de artigos ou eventos científicos.



Os benefícios que esta pesquisa trará a você serão relacionados a ações voltadas para diminuição da repetição da gravidez na adolescência que serão implantadas em todas as Unidades Básicas de Saúde do Município de Caxias - MA.

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que lhe foi informado sobre a sua participação no mencionado estudo e, estando consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a sua participação implica, eu dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçada ou obrigada.

Endereço da participante voluntária:
Bloco: Nº: Complemento:
Bairro: Cidade:
CEP: Telefone:
Ponto de referência:

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Avenida dos Holandeses, 1966, Cidade Universitária Dom Delgado, Prédio CEB Velho - PROEN. Telefone: (98) 3272-8708.

Caxias – MA, 25 de junho de 2021.

Assinatura ou impressão datiloscópica da participante da pesquisa

Dr.ª Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva – RG: 42202395-7

Pesquisadora Responsável

Larissa Maciel de Almeida - RG: 024601472003-7

Pesquisadora Participante

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCL

3 de 3



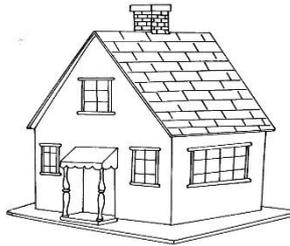
Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa.

O nome dela é: **“ANÁLISE DA GRAVIDEZ REPETIDA NA ADOLESCÊNCIA: prevalência e fatores associados”**.

O nosso objetivo é identificar a prevalência e os fatores associados à reincidência da gravidez em adolescentes.

Por isso, vamos usar um material que tem e a gente vai realizar algumas atividades juntas, com um material igual a essa figura:

Por isso, nós iremos na sua casa para aplicar esse teste.



Para participar deste estudo, a pessoa que cuida de você, com quem você mora, vai assinar um Termo de Consentimento, que é um papel que autoriza que você participe. Por isso, essa pessoa vai escrever o nome dela nesse papel.

Além disso, a pessoa que cuida de você, poderá retirar a autorização dela a qualquer momento, aí você para de fazer as atividades e isso não causará nenhum problema pra ela e nem pra você.

E também se você não quiser participar dessas atividades, não tem problema. Nós não vamos ficar tristes com você.



Nós estamos muito alegres de conversar com você!!

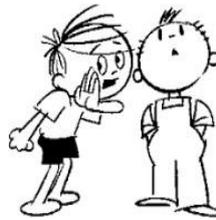


O risco da pesquisa poderá estar relacionado a invasão de privacidade, discriminação e estigmatização, a partir do conteúdo revelado confidenciais, responder a questões _____ is, e o seu ter



questionário, sabendo que tiram o seu total sigilo, mas se você estiver se sentindo desconfortável, constrangida ou não quiser mais participar do estudo, nós iremos parar com a pesquisa e voltar a fazer quando você melhorar, ou marcar outro dia pra voltar a fazer ou então não continuaremos com a pesquisa, se você não desejar mais continuar.

Ninguém vai saber que você está participando dessa pesquisa, isso é segredo nosso.



Os resultados da pesquisa vão ser publicados em revistas, mas sem identificar o seu nome.

Este documento está impresso em duas vias, sendo que uma cópia ficará com as pesquisadoras e a outra será entregue a você ou o(a) seu(sua) cuidador(a).

Para finalizar, vamos ler o que diz abaixo:

Eu, _____, que tenho o meu documento de identidade _____ (se já tiver documento), fui informada dos objetivos desse estudo e entendi tudo. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que aceito participar da pesquisa.

Caxias, MA, _____ de _____ de _____.

Assinatura da adolescente participante

O(A) seu(sua) cuidador(a) tam² de ³ assinar este Ter
que todas as informações foram passadas e confirmando que ele concorda.



Assinatura do(a) cuidador(a) ou pessoa responsável

Quero confirmar também que eu, Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva, pesquisadora responsável, consegui de forma voluntária que estas pessoas participassem da pesquisa e expliquei tudo o que ia ser feito.

Dr.^a Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva – RG: 42202395-7

Pesquisadora Responsável

Larissa Maciel de Almeida - RG: 024601472003-7

Contatos da Pesquisadora responsável:

Fone: (98) 9816-2255

E-mail: ilana.mirian@ufma.br

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) – UFMA

Endereço: Avenida dos Holandeses, 1966, Cidade Universitária Dom Delgado, Prédio CEB Velho - PROEN. Telefone: (98) 3272-8708.

ANEXOS



ANEXO A – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu, Mônica Cristina Melo Santos Gomes declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado “**ANÁLISE DA GRAVIDEZ REPETIDA NA ADOLESCÊNCIA** : prevalência e fatores associados”, sob a responsabilidade das pesquisadoras, **ILANA MIRIAN ALMEIDA FELIPE DA SILVA**, que as Unidades Básicas de Saúde de Caxias - MA, conforme Resolução CNS/MS 466/12, assumem a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzidos possam ser informados a esta instituição por meio de relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe (como palestra, folder e demais).

De acordo e ciente,

Caxias (MA), 30 de junho de 2021.

Mônica Cristina Melo Santos Gomes
CPF: 978.475.264-68 / COREN - MA: 75609
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA GRAVIDEZ REPETIDA NA ADOLESCÊNCIA E DE ATITUDES DA SEXUALIDADE: prevalência e fatores associados

Pesquisador: Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49985821.6.0000.5086

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.904.133

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1785463.pdf. Datado de 30/06/2021).

Introdução:

A adolescência é definida com base etária dos 10 aos 19 anos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). A gravidez nessa fase é responsável por diversas transformações físicas, sociais e psicológicas na vida da adolescente. O corpo feminino ainda está em processo de desenvolvimento, principalmente os órgãos reprodutores, que passam por um período de maturação para reproduzir adequadamente sem riscos à mulher gestante e ao bebê. Essas mudanças podem alterar o desenvolvimento da mãe e da criança (RODRIGUES; SILVA; GOMES, 2019). Atualmente muitos países, incluindo o Brasil, consideram a gravidez na adolescência um problema de saúde pública associado aos inúmeros desfechos desfavoráveis, principalmente para a mãe e o bebê. Além dos riscos à saúde, a gravidez na adolescência pode ser considerada um fenômeno social que acarreta problemas familiares, psicossociais e econômicos, bem como afeta a Qualidade de Vida (QV) e o crescimento pessoal e profissional (PINHEIRO; PEREIRA; FREITAS, 2019). Isto se dá, devido a maior prevalência de complicações pré, peri e pós-parto entre mães adolescentes e seus filhos, evasão escolar, aumento do risco de depressão e outros transtornos

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

Município: SAO LUIS

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.904.133

psiquiátricos, dificuldade financeira, conflitos familiares, pobreza, ingresso precoce em situação de trabalho não-qualificado, separação conjugal, situações de violência e negligência e diminuição das oportunidades de mobilidade social (SANTOS; GUIMARÃES; GAMA, 2016). A repetição da gravidez ou reincidência gestacional são

sinônimos que caracteriza uma ou mais gestações em cinco anos. Portanto, esse acontecimento interfere nas representações sociais das adolescentes, que subitamente passam de filha para mãe e provedora. Este processo, muitas vezes, está condicionado ao despreparo físico, emocional, social e econômico, o que pode comprometer a execução das funções maternas caso não haja o redimensionamento da vida da jovem e das pessoas que com ela convivem (PINHEIRO; PEIREIRA; FREITAS, 2019). Dados da Pesquisa Multipaíses da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre saúde materna e neonatal, realizada em 29 países da África, América Latina, Ásia e Oriente Médio, revelam que 14,8% das adolescentes experimentaram uma gravidez repetida (WHO, 2014). Um estudo realizado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) nos Estados Unidos da América (EUA) em 2010, revelou que 18,3% das adolescentes entre 15 e 19 anos tiveram gravidezes repetidas (CDC, 2013). No Canadá, dados do Banco de Dados de Resumo de Descarga mostraram que 32,9% das adolescentes tiveram gravidez repetida (RAMAGE et al., 2021). Na África do Sul, 19,9% das adolescentes experimentaram uma gravidez repetida, associada à história de aborto espontâneo e uso prévio de contraceptivo (GOVENDER; NAIDOO; TAYLOR, 2019). Um estudo transversal revelou que no Sudeste da Ásia, a prevalência de reincidência da gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos foi de 18,06% (MARAVILLA; BETTS; ALATI, 2018). No Brasil, a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes, o que representa o triplo dessas ocorrências na década de hoje (MIURA; TARDIVO; BARRIENTOS, 2018). Dados da última Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, apontaram que 26,4% das adolescentes já tinham dois ou mais filhos (BRASIL, 2009). A gravidez na adolescência em geral e, especificamente, a repetição da gravidez, expõem as mães jovens e seus filhos a múltiplos riscos socioeconômicos e de saúde. Isso é mais comum entre jovens de classes sociais menos privilegiadas, com poucos anos de educação formal e morando fora das áreas urbanas, o Censo 2010 ainda mostrou que nas áreas urbanas, 11,1% das jovens de 15 a 19 anos tinham ao menos um filho nascido vivo, enquanto nas áreas rurais, essa proporção era de 15,5% (BURATTO et al., 2019). Aproximadamente 80% das gestações na adolescência não são planejadas e entre 28 e 63% das mães adolescentes já tiveram uma gravidez recorrente dentro de 18 meses, das quais, dois terços relataram que a gravidez não foi planejada (BOVORAC-PINHEIRO; JESUS; SURITA, 2019). Foi evidenciado em um

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.904.133

estudo do desamparo da família ou do companheiro vivenciado pelas adolescentes tanto durante a gravidez como ao longo de suas vidas, sendo a instituição de acolhimento o único lugar de proteção, acolhimento e apoio a elas no período gravídico-puerperal (MIURA; TRADIVO; BARRIENTOS, 2018).

Hipótese:

A prevalência de gravidez repetida em adolescentes é alta, associada à baixa escolaridade, não possuir companheiro, renda familiar mensal menor que 1 salário mínimo, ter iniciado a vida sexual antes de 15 anos de idade e atitudes negativas em face da sexualidade.

Metodologia Proposta:

A coleta de dados será realizada por pesquisadores treinados durante as consultas das adolescentes grávidas na UBSF. Será feito um estudo piloto para verificação da necessidade de ajustes, por meio da aplicação de um questionário próprio estruturado (APÊNDICE A), no qual haverá perguntas sobre as características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas: (a) idade; (b) cor autorreferida; (c) nível de escolaridade; (d) situação conjugal (sem companheiro e com companheiro); (e) trabalho remunerado (não e sim) e (f) renda familiar mensal (menos de 1 salário mínimo e 1 salário mínimo ou mais); as características comportamentais: (g) consumo de álcool (não e sim); (h) tabaco durante a gestação (não e sim) e (i) histórico de uso de droga ilícita (não e sim); os aspectos reprodutivos e clínicos: (j) menarca; (k) início da vida sexual (até 14 anos e 15 anos ou mais); (l) número de gestações (1, 2, e 3 ou mais); (m) número de partos (0, 1, 2, e 3 ou mais); (n) número de abortos (0, 1, 2, e 3 ou mais); (o) histórico de infecção sexualmente transmissível (IST) (não e sim); (p) doença na gravidez (não e sim); (q) ter sentido desejo de interromper a gravidez (não e sim); (r) número de parceiros no ano (1 e 2 ou mais); e (s) experiência de violência sexual antes dos 15 anos (não e sim). Para avaliar as atitudes das adolescentes grávidas em face da sexualidade, serão investigadas informações contidas em um instrumento validado (ANEXO A) por meio da aplicação da Escala de Atitudes dos Alunos Adolescentes em face da Sexualidade (E3AS) (BARROS et al., 2021). A versão da E3AS constitui-se de 34 itens (05 domínios e 34 facetas) com resposta tipo Likert, com cinco opções: Discordo totalmente; Discordo; Não concordo nem discordo; Concordo; e Concordo totalmente. A seguir: F1 - Planejamento familiar e educação sexual; F2 - Primeira relação sexual; F3 - Violação dos direitos sexuais e a quem recorrer na gravidez não planejada; F4 - Expressão e identidade de gênero; F5 - Gravidez não planejada e

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

Município: SAO LUIS

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.904.133

parentalidade (BARROS et al., 2021). Serão esclarecidos os objetivos da pesquisa às adolescentes e, posteriormente, receberão uma cópia do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) ou do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE (APÊNDICE C) acompanhado do TCLE para seus respectivos pais ou responsáveis. Mediante assinatura dos termos, as adolescentes, individualmente, serão conduzidas a uma sala reservada para o início da entrevista.

Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão serão: adolescentes grávidas com idade entre 10 e 19 anos, cadastradas no e-SUS-AB e ter realizado pelo menos duas consultas na UBSF.

Critério de Exclusão:

Os critérios de exclusão serão: residir em outro município e apresentar alguma patologia ou condição limitante que possa impedir a realização da pesquisa.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados serão duplamente digitados em uma planilha eletrônica construída no programa Excel®, para verificação da consistência externa e depois serão transferidos para o software estatístico IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0. Serão empregadas técnicas descritivas de análise de dados, como média e desvio padrão (média \pm DP) ou mediana, para variáveis quantitativas, e frequências absoluta (N) e relativa (%) para variáveis qualitativas. Para avaliar a normalidade dos dados será empregado o teste de Shapiro-Wilk. A associação entre a reincidência de gravidez na adolescência (variável dependente) e as características sociodemográficas, clínicas e atitudes em face da sexualidade (variáveis independentes) será avaliada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Para a análise multivariada será utilizada a Regressão Logística Múltipla, calculando-se os Odds Ratio (OR) com intervalo de confiança de 95% (IC95%) e significância obtida pelo teste de Wald. O critério para inclusão de variáveis no modelo de regressão será a constatação de associações estatisticamente significantes entre a reincidência de gravidez com as variáveis independentes na análise bivariada. Na análise multivariada, a hipótese de nulidade será rejeitada quando o valor de $p < 0,05$.

Desfecho Primário:

Associação entre a gravidez repetida com baixa escolaridade, não possuir companheiro, renda

| | |
|--|------------------------------|
| Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 | CEP: 65.020-070 |
| Bairro: CENTRO | |
| UF: MA | Município: SAO LUIS |
| Telefone: (98)2109-1250 | E-mail: cep@huufma.br |



Continuação do Parecer: 4.904.133

familiar mensal menor que 1 salário mínimo, ter iniciado a vida sexual antes de 15 anos de idade e atitudes negativas em face da sexualidade.

Tamanho da Amostra no Brasil: 145

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar a prevalência e os fatores associados à gravidez repetida em adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa poderá acarretar alguns riscos, como invasão de privacidade, discriminação e estigmatização, a partir do conteúdo revelado, divulgação de dados confidenciais, responder a questões sensíveis, e o tempo para responder aos questionários, sabendo que tiram o total sigilo da participante. Entretanto, os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: garantir o acesso aos resultados individuais e

coletivos; minimizar desconfortos; garantir local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras; assegurar a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem a estigmatização, a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou econômico e financeiro. Além disso, o pesquisador será habilitado ao método de coleta dos dados.

Benefícios:

Os benefícios que esta pesquisa trará às participantes serão relacionados a ações voltadas para diminuição da repetição da gravidez na adolescência, que serão implantadas em todas as UBSFs do município de Caxias - MA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui relevância social e científica por propor a discussão sobre o fenômeno da gravidez na adolescência, entendida como um grave problema de saúde pública e expressão da questão social, que requer ações efetivas do estado pra o seu enfrentamento. Além de contribuir

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.904.133

com a literatura acadêmica sobre essa temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento (TA), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3). O protocolo apresenta ainda a declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa—CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|----------------|---------|----------|-------|----------|
|----------------|---------|----------|-------|----------|

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO / HU - UFMA



Continuação do Parecer: 4.904.133

| | | | | |
|---|---|------------------------|---|--------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1785463.pdf | 30/06/2021 17:58:22 | | Aceito |
| Outros | CURRICULO_LATTES_PESQUISADOR_A_PARTICIPANTE.pdf | 30/06/2021 17:57:08 | Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva | Aceito |
| Outros | CURRICULO_LATTES_PESQUISADOR_A_RESPONSÁVEL.pdf | 30/06/2021 17:56:19 | Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_DE_PESQUISA.docx | 30/06/2021 17:52:08 | Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_DE_PESQUISA.pdf | 30/06/2021 17:51:14 | Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | DECLARACAO_DE_AUTORIZACAO_DA_INSTITUICAO.pdf | 30/06/2021 17:48:40 | Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.docx | 30/06/2021 17:32:51 | Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto.pdf | 30/06/2021 17:30:56 | Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO_DE_ASSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx | 30/06/2021 16:57:21 | Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx | 30/06/2021 16:57:06 | Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 13 de Agosto de 2021

Assinado por:
Camiliane Azevedo Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br