

## GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Denise Leite Maia Monteiro<sup>1,2</sup>

Raquel Ferreira Vaz<sup>3</sup>

1. Prof. Adjunto FCM/UERJ (Rio de Janeiro - RJ)
2. Prof. Titular UNIFESO (Teresópolis – RJ)
3. Médica graduada pelo UNIFESO (Teresópolis – RJ)

Por muito tempo, a adolescência foi a época da vida ideal para ter um filho. As redefinições das expectativas sociais depositadas nos jovens nos dias atuais, a possibilidade atual de vivência da sexualidade desvinculada da reprodução, transformou a gravidez em perda de oportunidades da juventude.<sup>1</sup>

A gravidez nesta faixa etária pode acarretar profundas modificações na vida desta adolescente, especialmente nos aspectos emocionais, educacionais, sociais e econômicos.<sup>2</sup>

Por estes motivos, a gravidez na adolescência tem sido objeto de preocupação dos órgãos governamentais, profissionais de saúde e educação e de toda a sociedade. A maior importância da gravidez na adolescência reside nos aspectos sociais, e não os biológicos e/ou médicos como se acreditava e que se aceita de modo equivocado até pouco tempo. É, portanto, um problema não resolvido nos países em desenvolvimento e em alguns dos desenvolvidos.<sup>3</sup>

## ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

Inúmeros programas visando reduzir sua prevalência vêm sendo implantados nas últimas duas décadas<sup>4</sup> e, no momento atual, observa-se declínio de sua prevalência a nível mundial, embora apresente grande variação de país para país.

De acordo com as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% de todos os nascimentos em todo o mundo são de meninas adolescentes entre 15 e 19 anos de idade.<sup>5</sup>

Avaliamos a prevalência da gravidez na adolescência no Brasil no período entre 2005 a 2010, nas diferentes regiões brasileiras, por meio de busca no banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando-se as informações do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). No período avaliado, houve redução de 3% no número de nascidos vivos (NV) de mães entre 10 a 14 anos e diminuição de 8% de mães entre 15 a 19 anos. Avaliando o grupo de mães adolescentes entre 10 a 14 anos, verificou-se aumento nas regiões Norte (7%) e Nordeste (9%), enquanto houve redução no Sul (13%) e no Sudeste (17%), mantendo-se estável no Centro-Oeste. Avaliando mães entre 15 e 19 anos houve redução em todas as regiões (de 9 a 15%), exceto no Nordeste que apresentou aumento de 3%. Apesar do pequeno declínio de sua prevalência, é necessário intensificar as estratégias de abordagem ao problema, a fim de que a gravidez na adolescência seja uma decisão própria e não consequência da falta de políticas públicas direcionadas ao adolescente.<sup>6</sup>

### **O PRÉ-NATAL DA GESTANTE ADOLESCENTE: o que difere da adulta**

Não só a gravidez na adolescência é motivo de preocupação, como também sua recorrência. Silva et al (2013) observaram que os fatores que permaneceram associados à recorrência da gravidez na adolescência foram: sexarca antes dos 15 anos, idade da primeira gestação menor que 16 anos, relação estável com o mesmo parceiro, não cuidar dos filhos e renda familiar inferior a um salário mínimo.<sup>7</sup>

A disponibilidade de centros de atendimentos voltados para a promoção da saúde da adolescente, ao planejamento familiar e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, com equipe médica multidisciplinar poderia levar à redução do risco da gestação na adolescência.<sup>2</sup>

Segundo a OMS e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o pré-natal é considerado adequado quando iniciado no primeiro trimestre da gestação e com mínimo de seis consultas.<sup>8,9</sup> A adolescente frequentemente inicia tardiamente sua orientação médica, talvez por medo, vergonha, dificuldade de assumir a gestação, pela presença de conflitos ou abandono de seus familiares e do parceiro sexual, questões financeiras e, ainda, dificuldades de acesso a serviços especializados.<sup>10,11</sup> Gama *et al.* (RJ) mostraram que, embora 95% delas tiveram pelo menos uma consulta, somente 42% alcançaram seis ou mais.<sup>12</sup>

Dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2005) mostram que o número de consultas pré-natais aumenta proporcionalmente à idade da adolescente, evidenciando que a gestante de 10 a 14 anos é a que menos frequenta o pré-natal.<sup>13</sup>

O que garante o sucesso da assistência pré-natal é a qualidade da equipe multidisciplinar, a participação da gestante e de seus familiares e o apoio dos órgãos assistenciais, especialmente governamentais.<sup>14</sup>

Importante esclarecer quanto à higiene, exercícios físicos, hábitos de vida saudáveis, orientação dietética e medicação sintomática. A suplementação de 400µg de ácido fólico pré-concepcional demonstrou forte efeito protetor contra defeitos de fechamento do tubo neural, devendo ser mantida até a 12ª semana.<sup>15</sup> A anemia megaloblástica pode ocorrer em até 25% das gestantes sem suplementação de ácido fólico nos países em desenvolvimento.

A suplementação de ferro é utilizada para profilaxia e tratamento da anemia ferropriva, principalmente a partir do segundo trimestre da gestação.<sup>9,10,11</sup>

O uso de drogas é muito comum na adolescência, devendo ser pesquisada a utilização pelas grávidas e seus companheiros. Não esquecer de interrogar sobre tabagismo e etilismo. Pesquisar sobre a ocorrência de abuso sexual e violência física familiar. É fundamental o apoio da Psicologia.

Na gestação, as necessidades energéticas devem equilibrar-se qualitativa e quantitativamente para atender ao metabolismo materno e sustentar o crescimento fetal. O total calórico diário deve conter 50% de hidratos de carbono, 30 a 35% de gorduras e 15 a 20% de proteínas, sendo recomendado acréscimo calórico de 300 a 400 cal/dia (acrécimo diário de 15% sobre as necessidades pré-gravídicas) e 10 a 15g/proteína/dia sobre as necessidades normais para a idade, além da suplementação de vitaminas A, D, ácido fólico, ferro e cálcio, cujas necessidades estão aumentadas em função da síntese de novos tecidos, aumento do volume sanguíneo e crescimento fetal.

### **Vacinação da gestante adolescente**

O Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) recomendam a vacinação de todas as gestantes em qualquer idade gestacional para a hepatite B e influenza.<sup>16,17</sup> A partir de 20 semanas de gestação, é recomendada a vacina tríplice bacteriana do tipo adulto (dTpa-r), visando proteção do lactente contra difteria, tétano neonatal e coqueluche, nos primeiros meses de vida. A vantagem da vacinação da gestante está na possibilidade de transferência de anticorpos do tipo IgG para o bebê, via placenta. A estratégia *cocoon* consiste em vacinar todas as pessoas que convivem com o lactente (pais, avós, irmãos, babá), pois em **75% dos casos, a transmissão ocorre por pessoa que reside com o bebê**, que é portador são da bactéria *Bordetella pertussis*.<sup>18</sup>

### **Orientação contraceptiva**

Iniciar no oitavo mês de gestação, devendo-se estimular a participação do pai do bebê, que muitas vezes, também é adolescente. O envolvimento deste grupo nos serviços de saúde, tanto no pré-natal quanto no planejamento familiar, tem sido enfatizado visando melhor atenção à saúde reprodutiva, assim como psicologicamente, estimula a paternidade responsável e pode reduzir a reincidência de gestação na adolescência.<sup>11</sup>

A idade em si não se constitui em razão médica para negar qualquer método contraceptivo às adolescentes. O que deve ser levado em consideração são os critérios de elegibilidade da OMS. Portanto, no período antes de completar seis semanas do parto, como na mãe lactante é um período anovulatório, a contracepção pode ser efetuada pelos métodos de lactação e amenorreia (LAM), métodos de barreira e DIU de cobre. Nas lactantes, entre seis semanas e até seis meses de pós-parto, não utilizar métodos com estrogênio, portanto, podem ser usados os contraceptivos de progestagênio, incluindo os orais, injetáveis, implantes e DIU (de cobre e levonorgestrel). Lembrar que o contraceptivo oral de desogestrel apresenta eficácia anovulatória semelhante aos contraceptivos combinados (99%), enquanto as minipílulas bloqueiam a ovulação em aproximadamente 50%. Após seis meses do parto, qualquer método contraceptivo pode ser prescrito às adolescentes, contanto que ela não apresente alguma doença clínica que contraindique algum método. Sempre consultar as recomendações publicadas como critérios de elegibilidade da OMS (2009) e adaptadas pela FEBRASGO (2010).<sup>19</sup>

**Referencias bibliográficas:**

- 1- Heilborn M, Salem T, Knauth D, Aquino E, Bozon M, Rohden F, Victora C, McCallum C, Brandão E. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes antropológicos*. 2002;8, 3-45.
- 2- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). *Gestação na adolescência: aspectos atuais*. In: Manual de Orientação Infante Puberal. São Paulo: FEBRASGO; 2010. ISBN – 978-85-64319-00-4. p.171-9.
- 3- Pinto e Silva JL, Surita FGC. Gravidez na adolescência: situação atual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(8):347-50.
- 4- Swierzewski SJ. Overview, consequences of teenage pregnancy. Disponível em <http://www.womenshealthchannel.com/teenpregnancy/index.shtml>. Acesso em 10Jan2013.
- 5- World Health Organization (WHO). (2006). *Pregnant adolescents: Delivering on global promises of hope*. Geneva, Switzerland:WHO Document Production Services.
- 6- Vaz RF, Monteiro DLM. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA – Análise da prevalência de 2005 a 2010. Trabalho de conclusão do curso de Medicina. Centro Universitário Serra dos Órgãos, 2013.
- 7- Silva AA, 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.
- 8 - Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher; 2000.
- 9 - Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1*. Oxford: Update Software; 2006.
- 10 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Ministério da Saúde; 2005.
- 11 - Monteiro DLM. Pré-natal da gestante adolescente. In: Monteiro DLM, Trajano AJB, Bastos AC. *Gravidez e Adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter; 2009. p. 83-93.
- 12 - Gama SGN, Szwarcwald CI, Sabroza AR, Branco VC, Leal MC. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública* 2004;20(Suppl.1):S101-11.
- 13 - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Superintendência de vigilância em saúde/ Gerência de vigilância epidemiológica; 2005.
- 14- Correa MD. Assistência pré-natal. *Iatrogenia da tecnologia*. *GO Atual* 1995; 4(1):21-30.
- 15 - Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1*. Oxford: Update Software; 2006.

- 16- Ministério da Saúde. Informe Técnico. Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza, Ano 2013. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe\\_tecnico\\_campanha\\_influenza\\_2013\\_svs\\_pni.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tecnico_campanha_influenza_2013_svs_pni.pdf). Acesso em 16Jul2013.
- 17- Sociedade Brasileira de Imunizações – SBIm. Calendários de vacinação. Disponível em: <http://www.sbim.org.br/vacinacao>. Acesso em 16Jul2013.
- 18- Bisgard KM. Et al. Infant pertussis: who was the source? *Pediatr Infect Dis J.* 23(11):985-9, 2004.
- 19- World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *Reproductive health and research.* 4<sup>th</sup> ed. Geneve: WHO, 2009.